

**Rol del auditor en la gestión de la seguridad del paciente en el entorno hospitalario
colombiano**

Andrea Carolina Peña Rodríguez

Kelly Joanna García Sánchez

Asesor

Katty Margarita Baquero Baquero

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela Ciencias de la Salud - ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

2026

Resumen

En el entorno hospitalario colombiano, el auditor desempeña un papel fundamental en la protección y fortalecimiento de la seguridad del paciente, ya que su labor va más allá de la verificación de cumplimiento normativo; se convierte en un agente clave para garantizar que los procesos clínicos y administrativos se desarrollen bajo estándares de calidad, minimizando riesgos y promoviendo una atención segura.

Su rol incluye promover prácticas seguras, verificar la correcta gestión del riesgo, evaluar el desempeño del personal de salud y asegurar la trazabilidad de los procesos, además, fomenta la transparencia institucional mediante informes que orientan la toma de decisiones y facilitan el enfoque preventivo de la gestión hospitalaria.

La seguridad del paciente constituye un eje fundamental de la atención en salud, orientado a prevenir y mitigar los riesgos derivados de la práctica asistencial. Su relevancia radica en la complejidad creciente de los entornos clínicos y en la necesidad de promover una cultura institucional que favorezca conductas seguras y una atención centrada en la calidad. Este estudio analiza el papel de la auditoría en salud como herramienta estratégica para la identificación, evaluación y gestión de riesgos, en el marco del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

En este contexto, los incidentes relacionados con la seguridad del paciente y los eventos adversos se presentan con una frecuencia cada vez mayor. Estas situaciones no son únicamente resultado de errores humanos, sino que están asociadas a factores tanto personales como institucionales (González Delgado et al., 2017), lo que hace imprescindible aplicar estrategias y protocolos rigurosos. El estudio demuestra que la función del auditor trasciende la verificación de cumplimiento normativo para constituirse en un mecanismo estratégico de mejora continua

mediante el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) (Ministerio de la Protección Social, 2007; Domínguez Herrera et al., 2024). A través de herramientas como listas de chequeo (Gallego et al., 2013), protocolo de Londres y la aplicación del ciclo PHVA, el auditor diagnostica el estado del ambiente de seguridad, gestiona riesgos proactivamente e investiga las causas raíz de eventos adversos (Lara et al., s.f.; Luna Gómez, 2015), los hallazgos evidencian la efectividad de la auditoría para identificar brechas críticas en procesos esenciales y confirman su valor como herramienta indispensable para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Agámez & Barón Sotomayor, 2023).

Palabras clave: Paciente, Seguridad del Paciente, Entorno Hospitalario, Atención en Salud, Buenas Prácticas en Salud, Error Clínico, Evento Adverso, Evento Adverso Prevenible, Evento Adverso no Prevenible, Evento Según Severidad (Leve, Moderado, Grave), Incidente, Factor de Riesgo, Pre-Auditoría, Auditoría, Auditoría Interna, PAMEC, Auditoría Externa, Auditoría por Niveles (Auditoría de Primer Orden, Auditoría de Segundo Orden), Auditoría en Salud.

Abstract

In the Colombian hospital environment, auditors play a fundamental role in protecting and strengthening patient safety, as their work goes beyond verifying regulatory compliance; they become key agents in ensuring that clinical and administrative processes are carried out in accordance with quality standards, minimizing risks and promoting safe care.

Their role includes promoting safe practices, verifying proper risk management, evaluating the performance of healthcare personnel, and ensuring the traceability of processes. They also promote institutional transparency through reports that guide decision-making and facilitate a preventive approach to hospital management.

Patient safety is a fundamental aspect of healthcare, aimed at preventing and mitigating the risks associated with healthcare practices. Its relevance lies in the growing complexity of clinical environments and the need to promote an institutional culture that favors safe behaviors and quality-focused care. This study analyzes the role of health auditing as a strategic tool for identifying, assessing, and managing risks within the framework of the Quality Improvement Audit Program (PAMEC).

In this context, incidents related to patient safety and adverse events are occurring with increasing frequency. These situations are not solely the result of human error, but are associated with both personal and institutional factors (González Delgado et al., 2017), making it essential to implement rigorous strategies and protocols. The study shows that the role of the auditor goes beyond verifying regulatory framework to become a strategic mechanism for continuous improvement through the Quality Improvement Audit Program (PAMEC) (Ministry of Social Protection, 2007; Domínguez Herrera et al., 2024). Using tools such as checklists (Gallego et al., 2013), the London protocol, and the PDCA cycle, the auditor diagnoses the state of the safety

environment, proactively manages risks, and investigates the root causes of adverse events (Lara et al., n.d.; Luna Gómez, 2015), the findings demonstrate the effectiveness of the audit in identifying critical gaps in essential processes and confirm its value as an indispensable tool for Health Service Providers (Agámez & Barón Sotomayor, 2023).

Keywords: Patient, Patient Safety, Hospital Environment, Healthcare, Good Healthcare Practices, Clinical Error, Adverse Event, Preventable Adverse Event, Non-Preventable Adverse Event, Event According to Severity (Mild, Moderate, Severe), Incident, Risk Factor, Pre-Audit, Audit, Internal Audit, PAMEC, External Audit, Level-Based Audit (First-Level Audit, Second-Level Audit), Health Audit.

Tabla de Contenido

Justificación	14
Objetivos	15
Objetivos Específicos.....	15
Describir Conceptos, Riesgos, Procesos y Factores Relacionados con la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario de Colombia.....	16
Riesgos en la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario.....	18
Procesos y Factores Contribuyentes a los Eventos Adversos	19
Evolución de las Políticas de Seguridad del Paciente en Colombia: Un Análisis desde la Perspectiva Regional.....	24
Cambios Recientes y Tendencias.....	25
Funciones Específicas del Auditor en Seguridad del Paciente	26
Análisis de los Riesgos de la Atención Hospitalaria que Impactan la Seguridad del Paciente Visto desde la Auditoría en Salud.....	26
Aportes del Artículo de Urgencias a la Auditoría.....	28
Determinar Retos y Desafíos del Auditor en Salud Frente a los Eventos Adversos Incorporados desde el Enfoque de la Odontología e Instrumentación Quirúrgica.....	29
Retos y Desafíos Principales.....	30
Recomendaciones Operativas	34
Discusión.....	36
Metodología	39

Conclusiones	45
Recomendaciones	47
Referencias Bibliográficas	48

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Factores humanos y organizacionales</i>	23
Tabla 2 <i>Criterios de Selección (Inclusión y Exclusión) de la Monografía</i>	40

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Riesgos en la seguridad del paciente en el entorno hospitalario</i>	19
Figura 2 <i>Diagrama de pescado - Protocolo de Londres</i>	21
Figura 3 <i>Prácticas seguras</i>	22
Figura 4 <i>Seguridad del paciente</i>	31

Introducción

La seguridad del paciente ocupa un lugar prioritario en las instituciones de salud, dado que busca garantizar una atención libre de daños prevenibles mediante la adopción de estándares, protocolos y prácticas seguras. En los últimos años, la complejidad de los procedimientos clínicos, la presión asistencial y las condiciones cambiantes de los entornos hospitalarios han incrementado la probabilidad de incidentes y eventos adversos, especialmente cuando confluyen factores individuales, organizacionales o fallas en los sistemas de trabajo.

Los Incidentes de Seguridad del Paciente son más comunes a medida que la atención médica se vuelve más compleja o el paciente se vuelve vulnerable. Se trata de situaciones habituales de emergencia sanitaria, no hospitalaria, con un entorno más dinámico que el hospitalario, que en ocasiones resulta peligroso; esta cultura de prevención corresponde a valores y comportamientos caracterizados por el alto grado de compromiso de las instituciones, ofreciendo calidad en la prestación de servicios.

Es por ello que, aunque se cuenten con protocolos dentro de las instituciones, el problema radica en las prácticas que se llevan a cabo para proporcionar seguridad al paciente, dado que toda actividad humana conlleva un margen de error, la atención sanitaria requiere mecanismos que permitan anticipar, controlar y reducir la ocurrencia de daños. En este sentido, la auditoría en salud desempeña un papel crucial al evaluar de manera sistemática los procesos asistenciales, detectar fallas potenciales y promover acciones de mejora continua para fortalecer la calidad y seguridad de la atención.

La asistencia sanitaria no es la excepción, ya que los eventos adversos no son únicamente el resultado de errores humanos, sino también de fallas en los sistemas, procesos y estructuras organizativas que conforman el entorno hospitalario. Es importante comprender que los errores

médicos y los efectos secundarios pueden ocurrir en cualquier nivel de atención, independientemente de la habilidad y experiencia de los profesionales de la salud; por lo que es necesario implementar estrategias y protocolos que mejoren la calidad de la atención médica, reduzcan daños y errores, elementos esenciales en la protección del paciente.

Por ende, el auditor en salud desempeña un papel preciso, ya que su labor consiste en evaluar de manera sistemática los procesos asistenciales y administrativos con el fin de verificar su cumplimiento frente a estándares de calidad y buenas prácticas. A través de auditorías, seguimiento a indicadores, revisión de historias clínicas y análisis de incidentes, el auditor identifica fallas que podrían comprometer la seguridad del paciente y orienta acciones de mejora. Su rol no solo implica vigilar, sino también promover una cultura de autocuidado institucional, transparencia y mejora continua. El auditor es un actor clave para fortalecer los sistemas de gestión en salud y garantizar que cada paciente reciba una atención segura, oportuna y centrada en sus necesidades.

Descripción del Problema

La seguridad del paciente se ha consolidado como uno de los pilares fundamentales de la calidad en la atención sanitaria, que busca prevenir, mitigar y aprender de los errores que pueden ocasionar daño durante la prestación de los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En Colombia, este enfoque se integra dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establecido por el Decreto 1011 de 2006, el cual define lineamientos para garantizar que los procesos asistenciales se desarrollen bajo criterios de efectividad, oportunidad y seguridad.

En los entornos hospitalarios persisten múltiples desafíos que comprometen la seguridad del paciente, tales como la complejidad de los procedimientos clínicos, la sobrecarga laboral del personal, la deficiente comunicación entre equipos multidisciplinarios y la débil cultura institucional de reporte y aprendizaje frente a los eventos adversos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En este contexto, el auditor en salud emerge como un actor estratégico dentro de los programas de calidad hospitalaria. Su función no se limita a verificar el cumplimiento normativo, sino que implica un análisis profundo de los procesos asistenciales, la identificación de riesgos, la evaluación de resultados y la formulación de acciones de mejora (González Delgado et al., 2017).

El auditor contribuye al fortalecimiento del entorno seguro institucional mediante la observación crítica de los procedimientos y la promoción de prácticas basadas en la evidencia, fomentando la transparencia y el aprendizaje organizacional (Domínguez Herrera et al., 2024). Sin embargo, su potencial transformador suele verse limitado por la falta de articulación entre los

procesos de auditoría y los mecanismos de mejora continua, lo cual reduce el impacto de sus intervenciones en la prevención de eventos adversos.

A pesar de la existencia de marcos regulatorios como la Resolución 3100 de 2019 que actualiza los estándares del Sistema Único de Habilitación e incluye las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, la implementación de estrategias efectivas de control y seguimiento continúa siendo desigual.

Desde esta perspectiva, se plantea que el rol del auditor en salud puede ser determinante en la construcción de programas hospitalarios más seguros, siempre que sus funciones sean integradas de manera efectiva con las estrategias institucionales de mejora continua. El análisis de su participación en la gestión de la seguridad del paciente permite no solo identificar los factores que generan eventos adversos, sino también evaluar los riesgos asociados y promover una cultura organizacional que priorice la atención centrada en la persona. Comprender esta relación es esencial para fortalecer la calidad de la atención y avanzar hacia una gestión hospitalaria más eficiente, ética y segura para los usuarios del sistema de salud.

En consecuencia, surge la necesidad de responder al siguiente interrogante central:

¿Cómo incide el rol del auditor en salud en la gestión de la seguridad del paciente en los entornos hospitalarios?

Justificación

El rol del auditor en la gestión de la seguridad del paciente en el entorno hospitalario colombiano es fundamental para garantizar que las instituciones de salud cumplan con los estándares de calidad establecidos por la normatividad vigente y respondan adecuadamente a las necesidades de los usuarios. En Colombia, la seguridad del paciente constituye un eje prioritario dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, lo que exige mecanismos de supervisión y mejora continua que permitan identificar riesgos, prevenir eventos adversos y promover una atención segura.

El auditor, desde su función técnica e independiente, contribuye a evaluar la efectividad de los procesos asistenciales, verificar el cumplimiento de protocolos, analizar incidentes y proponer acciones correctivas que fortalezcan la gestión institucional. Su labor no solo permite detectar fallas, sino también promover una cultura de seguridad centrada en el aprendizaje y la prevención, aspectos esenciales para reducir la variabilidad clínica y mejorar los resultados en salud.

Además, en un contexto donde las instituciones de salud enfrentan desafíos como la alta demanda de servicios, limitaciones en recursos y la necesidad de optimizar los procesos, el auditor se convierte en un actor clave para garantizar la transparencia, eficiencia y calidad en la atención. Por ello, estudiar y comprender su rol resulta indispensable para avanzar hacia entornos hospitalarios más seguros, confiables y orientados al bienestar del paciente.

Objetivos

Objetivo General

Identificar desde el rol del auditor los factores que afectan la seguridad del paciente en el entorno hospitalario de Colombia.

Objetivos Específicos

Describir conceptos, riesgos, procesos y factores relacionados con la seguridad del paciente.

Evaluar la efectividad de la auditoría en salud en la identificación de riesgos para la seguridad del paciente.

Determinar retos y desafíos del auditor en salud frente a los eventos adversos incorporados desde el enfoque de la profesión odontología e instrumentación quirúrgica.

Marco Teórico

Describir Conceptos, Riesgos, Procesos y Factores Relacionados con la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario de Colombia

Conceptos de la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario

En este espacio se plasman términos y conceptos que se utilizarán a lo largo de la construcción del capítulo relacionados con el entorno hospitalario y la seguridad al paciente.

Paciente. Se denomina paciente a la persona que padece física y emocionalmente una enfermedad por lo cual necesita de una atención médica en salud; un paciente contribuye a generar el error cuando está angustiado, nervioso o ansioso.

Seguridad del paciente. Es el conjunto de elementos, procesos metodológicos y científicos que permiten minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el tratamiento y cuidado de un paciente en el entorno hospitalario. Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia establecen que es la ausencia de daño prevenible hacia un paciente durante el proceso de atención sanitaria.

Entorno hospitalario. Es el grupo de infraestructura, recursos y personal médico que conforman una institución en salud generando atención médica de alta, media y baja complejidad a los pacientes agudos y crónicos; permitiendo generar un diagnóstico y cuidado de los pacientes.

Atención en salud. Son los servicios y cuidados que se generan a los usuarios, familias y comunidades con el fin de promover, mantener o mejorar la salud de los individuos.

Buenas prácticas en salud. Es el cumplimiento de estándares y protocolos que garantizan la calidad y seguridad de los usuarios.

Error clínico. Es la acción u omisión que se presenta en la atención médica y genera daño o riesgo a un paciente.

Evento adverso. Es el resultado de una atención en salud que le genera daño a un paciente de manera no intencional, consecuencia que se puede generar desde un fallo leve o severo.

Evento adverso prevenible. Es un evento que se genera de manera no intencional, pero se habría evitado mediante el cumplimiento de protocolos y reglas del cuidado asistencial.

Evento adverso no prevenible. Es un evento que se genera de manera no intencional y se desarrolla a pesar de haber cumplido protocolos y reglas del cuidado asistencial.

Evento adverso según severidad. Los eventos adversos se clasifican de acuerdo con su impacto clínico en: (a) Leve, cuando se genera daño al paciente pero no compromete su estado funcional; (b) Moderado, cuando el daño requiere estancia hospitalaria y compromete el estado funcional del paciente de manera temporal; y (c) Grave, cuando se genera un evento centinela que puede producir discapacidad o incluso la muerte del individuo perjudicado.

Incidente. Error que se presenta en la atención médica pero no genera daño al paciente por alguna u otra condición.

Factor de riesgo. Es la característica que aumenta la probabilidad de que una persona sufra un daño en salud.

Pre-auditoría. La pre-auditoría se realiza en una institución antes de iniciar el proceso de certificación.

Auditoría. La auditoría en salud es el proceso que tiene como objetivo evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud.

Auditoría interna. Es un proceso sistemático cuyo objetivo es analizar y evaluar los procesos en salud dentro de una institución, generando una evaluación independiente de riesgos y controles asociados.

PAMEC. Es el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, exigido por el Decreto 1011 de 2006, y su finalidad es la autoevaluación y la gestión temprana de riesgos (Superintendencia Nacional de Salud, 2022).

Auditoría externa. Es un proceso de evaluación independiente ejecutada por un auditor externo a la organización con el fin de expresar su opinión de la información presentada.

Auditoría por niveles. La auditoría en salud tiene un enfoque sistemático y estructurado para analizar los sistemas de salud en diferentes niveles de atención. La auditoría de primer orden evalúa de manera directa los servicios pertinentes de función esencial de la organización, procesos de gestión o resultados que se auditan. La auditoría de segundo orden verifica quien provee los servicios de salud garantizando una gestión para mejorar la calidad en salud.

Auditor en salud. El auditor en salud es el profesional que opera en la intersección entre la teoría normativa y la práctica clínica; la Auditoría en Salud es un instrumento de verificación y mejora.

Riesgos en la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario

Un riesgo es aquel que aumenta la posibilidad de sufrir un daño en salud (OMS, 2022). El riesgo es la causa de muchos de los daños habituales que afectan a los pacientes; hay múltiples factores que contribuyen a cualquier daño en la salud del paciente como: sistemas, organizativos, tecnológicos, humanos y comportamentales.

Cada uno de estos factores es un claro ejemplo de cómo influye en el antes, durante y después de una estancia hospitalaria de un paciente. Es por tal razón que la seguridad del

paciente se caracteriza en buenas prácticas en salud para detectar, minimizar y prevenir riesgos en el entorno hospitalario, mejorando la calidad asistencial. Los riesgos más presentados según la OMS e instituciones internacionales como el National Pressure Ulcer Advisor Panel (EPUAP) son: caídas de pacientes, error en procedimientos quirúrgicos, error en diagnóstico y tratamiento, error en problemas de comunicación efectiva, y error en la identificación del paciente.

Figura 1

Riesgos en la seguridad del paciente en el entorno hospitalario.



Nota. Autoría propia.

Procesos y Factores Contribuyentes a los Eventos Adversos

Procesos.

Los auditores en salud cumplen un papel importante en la identificación y análisis de eventos adversos. Para ello usan un enfoque sistemático y estructurado que se basa en recolectar datos, evaluar información y analizar procesos de mejora, y se realiza a través de herramientas

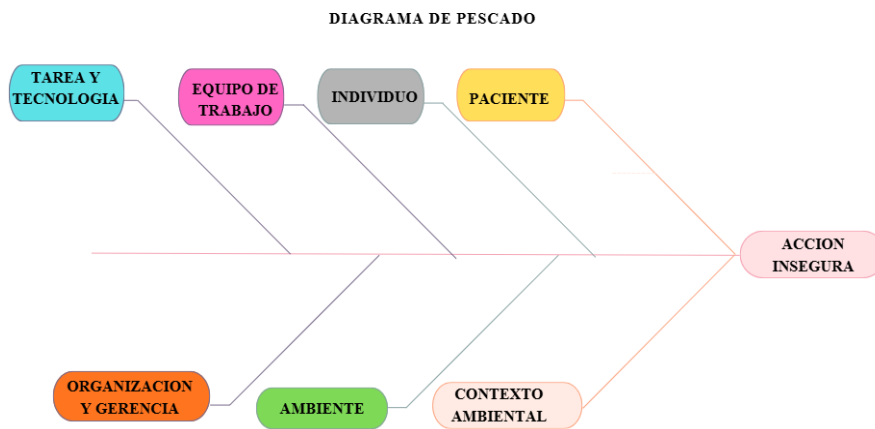
como listas de chequeo, protocolo de Londres, ciclo PHVA, Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente y el análisis del DAFO.

Listas de chequeo. Es una herramienta fundamental para minimizar riesgos en el entorno hospitalario durante la atención médica de un paciente; permite cumplir protocolos, minimizar errores, mejorar la comunicación entre los profesionales de salud y el paciente, y estandarizar procesos.

Protocolo de Londres. El Protocolo de Londres es una versión actualizada y mejorada de un documento anterior titulado "Protocolo para la Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos". Este protocolo sirve como una herramienta práctica dirigida a los gestores de riesgo y a otros profesionales interesados en el análisis de incidentes clínicos. El Protocolo de Londres es una herramienta utilizada en el sector salud para examinar y estudiar incidentes clínicos y eventos adversos, con el propósito de fortalecer la seguridad del paciente. En lugar de enfocarse exclusivamente en los errores cometidos por individuos, este enfoque busca detectar fallas a nivel sistémico, considerando diversos factores contribuyentes relacionados con la organización, la cultura institucional, las tareas, la tecnología, el personal y el entorno, basándose en el modelo de James Reason. Su finalidad es evitar la recurrencia de incidentes mediante la formulación e implementación de un plan de acción priorizado.

Figura 2

Diagrama de pescado - Protocolo de Londres.



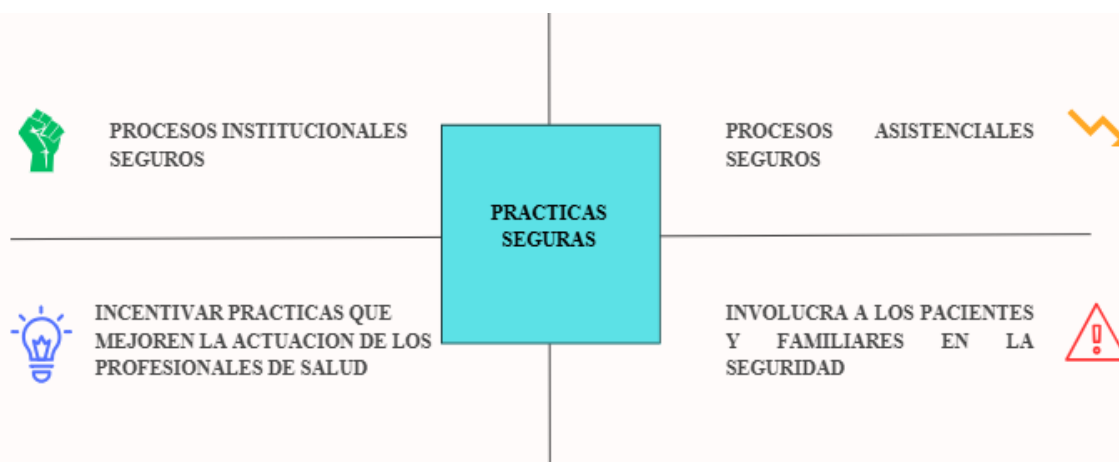
Nota. Autoría propia con base en el Protocolo de Londres.

Ciclo PHVA. Es un proceso de Mejora Continua que se usa en los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) para la eficiencia de procesos y la prevención de riesgos. Sus fases son: Planificar (definir propósitos y planes), Hacer (aplicar medidas), Verificar (evaluar resultados), y Actuar (actuar frente a los resultados e iniciar de nuevo el ciclo).

Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente. La presente Guía Técnica en Salud ofrece una serie de recomendaciones dirigidas a las instituciones con el propósito de fomentar, promover y gestionar la aplicación de prácticas seguras en la atención sanitaria. Esta guía se organiza en cuatro ejes principales: garantizar la seguridad en los procesos institucionales, asegurar la seguridad en los procesos asistenciales, involucrar a los pacientes y sus familiares en la protección de su seguridad, y promover prácticas que fortalezcan el desempeño de los profesionales de la salud.

Figura 3

Prácticas seguras.



Nota. Autoría propia con base en la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente.

DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades). El análisis DAFO en el ámbito de la salud constituye una herramienta estratégica que permite examinar los factores internos y externos que influyen en una institución en salud, ya sea un departamento de salud, un hospital o un programa específico.

Los eventos adversos rara vez tienen una causa única, ya que suelen ser el resultado de la atención en salud y son generados por factores múltiples, tal como lo ilustra el modelo del "queso suizo" de Reason (2000), donde los fallos activos (humanos) y latentes (organizacionales) se alinean.

Tabla 1*Factores humanos y organizacionales.*

Factores Humanos (Activos)	Factores Organizacionales (Latentes): Cultura de culpa, comunicación deficiente, liderazgo débil (Reason, 2000).
Son relaciones que pueden afectar el desempeño de los individuos.	Identificar errores médicos: como la administración de medicamentos y procedimientos quirúrgicos incorrectos.
Ambientes físicos: Ruido, luz, espacio, fatiga.	Fomentar comunicación efectiva en los profesionales de salud para velar por la seguridad del paciente.
Social: Clima laboral, relaciones interpersonales, sobrecarga laboral.	

*Nota. Autoría propia.***Marco Normativo Colombiano en Seguridad del Paciente**

El presente marco teórico se rige sobre la premisa de que la seguridad del paciente es un pilar fundamental de la calidad en la atención en salud (OMS, 2009). En Colombia, este principio ha sido elevado a mandato legal y técnico a través de un robusto andamiaje normativo. El fundamento legal de la seguridad del paciente en Colombia es sólido y jerárquico:

Ley 1438 de 2011. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y establece en su Artículo 3 que la calidad y seguridad en la atención son derechos fundamentales de los usuarios (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Decreto 1011 de 2006. Crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), estructurando la auditoría como una herramienta fundamental para el mejoramiento de la calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Resolución 2003 de 2014. Establece los protocolos de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente de carácter mandatorio, convirtiéndose en la herramienta central para la evaluación auditora (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Resolución 3100 de 2019. Actualiza los estándares de habilitación que toda IPS debe cumplir, muchos de ellos directamente vinculados a la seguridad del paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Evolución de las Políticas de Seguridad del Paciente en Colombia: Un Análisis desde la Perspectiva Regional

Contexto Nacional: El Marco de Referencia.

La base de todas las políticas de seguridad del paciente en Colombia es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993. Si bien esta ley no mencionaba explícitamente el término "seguridad del paciente", sentó las bases para la calidad de los servicios, que posteriormente incluiría la seguridad.

El punto de inflexión a nivel nacional fue la Resolución 1441 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta resolución adopta el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y, de manera crucial, ordena la implementación de Sistemas de Gestión de la Seguridad del Paciente (SGSP) en todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y autoridades sanitarias territoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Los principales componentes de la política nacional incluyen: la creación del SGSP con obligatoriedad de tener un sistema para identificar, prevenir, reducir y mitigar eventos adversos; la implementación de sistemas de reporte voluntario y obligatorio para ciertos eventos centinela; la adopción de las metas de la Joint Commission International; y el fomento de una cultura no punitiva que priorice el aprendizaje sobre la culpa.

Los Cambios y Desafíos por Regiones.

La implementación de estas políticas nacionales no ha sido homogénea. Las diferencias socioeconómicas, la capacidad institucional y la geografía han creado un panorama regional diverso. Las regiones centrales como Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca han liderado la implementación con mayor rapidez y robustez. Como ejemplo, en Antioquia, la Red de Seguridad del Paciente constituyó una alianza entre universidades, hospitales y la secretaría de salud departamental que trabajó en la estandarización de protocolos, capacitación e investigación, logrando mejoras significativas en el reporte de incidentes y la percepción de la cultura de seguridad (Echeverri et al., 2019).

Las regiones periféricas y rurales como Amazonas, Chocó y La Guajira enfrentan barreras estructurales como la escasez de personal de salud, limitada infraestructura tecnológica, dificultades de acceso geográfico y alta rotación de profesionales. En estos contextos, la implementación del SGSP a menudo se limita a cumplimientos formales, siendo la notificación de eventos muy baja, no necesariamente por la ausencia de estos, sino por la falta de sistemas robustos y el temor a represalias (Gómez & Ruiz, 2020).

Cambios Recientes y Tendencias

Un cambio fundamental ha sido la transición de un enfoque punitivo y reactivo hacia uno sistémico y proactivo. Sin embargo, este cambio cultural es lento y varía enormemente entre

regiones. Además, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 elevó la salud a un derecho fundamental autónomo (Congreso de la República de Colombia, 2015). Esto ha presionado a las instituciones de todas las regiones a tomar el tema con mayor seriedad, ya que los fallos en la seguridad pueden ser considerados una vulneración de este derecho fundamental.

Funciones Específicas del Auditor en Seguridad del Paciente

Evaluación del cumplimiento normativo. Verificar la adherencia a la Resolución 2003 de 2014 y estándares de habilitación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014; 2019).

Gestión proactiva de riesgos. Utilizar herramientas para identificar puntos críticos en procesos de alto riesgo antes de que ocurra un evento adverso (OMS, 2011).

Investigación de eventos adversos. Liderar investigaciones aplicando metodologías estructuradas como el Análisis de Causa Raíz (ACR) para identificar fallas latentes del sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Análisis de los Riesgos de la Atención Hospitalaria que Impactan la Seguridad del Paciente

Visto desde la Auditoría en Salud

La auditoría en salud se define como un proceso sistemático de evaluación, cuyo propósito fundamental dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) es fomentar el mejoramiento continuo y garantizar la seguridad del paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). El objetivo central de este análisis es evaluar la efectividad de este proceso en la identificación de riesgos que puedan comprometer la seguridad del paciente.

La efectividad de la auditoría para identificar riesgos radica en su capacidad de actuar como un mecanismo de control preventivo. Según lo estipulado en el Decreto 1011 de 2006, sus actividades deben orientarse a la revisión permanente de los procesos asistenciales y

administrativos, lo que permite evidenciar fallas en el sistema antes de que generen un daño (IDSN, s.f.). Esta función es esencial, ya que, como establece la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, la identificación oportuna de factores de riesgo es la base para prevenir la ocurrencia de eventos adversos (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

La evidencia científica reciente corrobora esta efectividad. Un estudio realizado en el Valle de Aburrá demostró que la implementación sistemática de auditorías en servicios de cuidados intensivos permitió identificar y disminuir errores asociados con la administración de medicamentos, optimizando el cumplimiento de los protocolos de seguridad (Universidad CES, 2024). Este caso ilustra cómo la auditoría trasciende su carácter normativo para convertirse en una herramienta estratégica en la gestión proactiva del riesgo.

Salazar y Restrepo (2020) evidenciaron que las auditorías periódicas en centros quirúrgicos de Antioquia permiten detectar fallas en comunicación, deficiencias en la aplicación de listas de verificación y problemas en las transiciones del paciente. El estudio aplicado a 514 profesionales en seis centros quirúrgicos de Antioquia analizó la cultura de seguridad mediante la herramienta del AHRQ. Entre sus principales hallazgos se destacan: 62% de percepción positiva de la cultura de seguridad; fortalezas como el trabajo en equipo en la unidad (82.94%) y el aprendizaje organizacional y mejora continua (82.94%); y debilidades como la respuesta no punitiva al error (46.25%) y la franqueza en la comunicación (45.38%).

Estas debilidades afectan directamente el éxito de la auditoría. Una cultura punitiva limita la notificación de incidentes, mientras que la falta de comunicación abierta genera vacíos en la transferencia de información, aumentando la probabilidad de errores quirúrgicos y retrasos en la detección de riesgos. El estudio evidencia que la calidad del entorno organizacional es determinante para que la auditoría funcione como herramienta preventiva.

Aportes del Artículo de Urgencias a la Auditoría

El documento de Atención en Urgencias (Adultos y Pediatría) aporta elementos fundamentales para comprender cómo se manifiestan los riesgos en la atención hospitalaria y cómo la auditoría puede identificarlos. Los servicios de urgencias constituyen uno de los escenarios con mayor probabilidad de eventos adversos debido a la alta demanda y presión asistencial, los flujos constantes de pacientes con condiciones variables, la necesidad de decisiones rápidas bajo incertidumbre, y los riesgos específicos en población pediátrica.

El artículo destaca diversas fuentes de riesgo: retrasos en la valoración y clasificación del paciente; fallas en la aplicación de escalas clínicas (AVPU, Glasgow, Apgar, Silverman, escalas de dolor y escalas pediátricas); problemas de comunicación clínica especialmente durante la recepción y entrega del paciente; y riesgos asociados al registro clínico incompleto que compromete la trazabilidad del proceso de atención.

El documento fortalece la comprensión del rol auditor al definir protocolos estructurados, establecer criterios de actuación para evaluar adherencia, señalar fallas recurrentes que deben ser objeto de seguimiento, y reafirmar la importancia del registro completo y oportuno como evidencia del cuidado. De esta manera, urgencias se convierte en un escenario ideal para la auditoría clínica, ya que permite observar en tiempo real cómo la adherencia o la omisión de protocolos impacta la seguridad del paciente.

Limitaciones que Afectan la Efectividad de la Auditoría

Entre las barreras documentadas por la literatura se encuentran: el subregistro de incidentes por culturas punitivas (AHRQ, 2018), la falta de formación especializada en auditoría,

las altas cargas laborales y presión en servicios críticos, las deficiencias en comunicación entre equipos, y la falta de seguimiento sistemático a planes de mejora. Estas limitaciones pueden hacer que la auditoría se convierta en un proceso meramente documental, perdiendo su función proactiva y preventiva.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) establece que la auditoría debe ser continua, sistemática y orientada al riesgo. Herramientas como el análisis causa raíz, los indicadores de riesgo, la notificación de incidentes, las listas de verificación y la retroalimentación estructurada son fundamentales para fortalecer la seguridad del paciente en servicios críticos como quirófano y urgencias.

En conclusión, la auditoría en salud es una herramienta efectiva para la identificación de riesgos que comprometen la seguridad del paciente, siempre que se implemente bajo un enfoque integral y participativo. Su efectividad no es automática; depende críticamente del compromiso institucional para aplicar los hallazgos, del liderazgo de los auditores y de una cultura organizacional que priorice el aprendizaje sobre la sanción.

Determinar Retos y Desafíos del Auditor en Salud Frente a los Eventos Adversos Incorporados desde el Enfoque de la Odontología e Instrumentación Quirúrgica

El auditor en salud desempeña un rol estratégico en la identificación, análisis y gestión de eventos adversos, actuando como nexo entre la praxis clínica, la gestión de calidad y las responsabilidades administrativas y legales. En el ámbito de la odontología y la instrumentación quirúrgica, los procedimientos y los procesos asociados —manejo de instrumental, esterilización, técnicas operatorias específicas— introducen riesgos y particularidades que exigen competencias técnicas y metodológicas especializadas por parte del auditor. La complejidad del contexto colombiano con sus marcos normativos, estructuras organizacionales y niveles de cobertura

obliga a articular la auditoría de cuentas médicas con la auditoría clínica y la gestión de seguridad del paciente para asegurar trazabilidad, aprendizaje institucional y medidas correctivas eficientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023a; 2023b).

Retos y Desafíos Principales

Detección y Subregistro de Eventos Adversos en Prestaciones Odontológicas y Quirúrgicas.

En el entorno quirúrgico, desde el rol del instrumentador quirúrgico, la protección del paciente dentro del área quirúrgica es un elemento esencial para asegurar una atención de alta calidad y minimizar la posibilidad de incidentes. Las medidas de seguridad aplicadas en este contexto incluyen:

Preparación preoperatoria. Antes de realizar una intervención quirúrgica, es indispensable confirmar la identidad del paciente, obtener el consentimiento informado y evaluar tanto su estado general como los posibles riesgos asociados al procedimiento.

Durante el procedimiento quirúrgico. Antes, durante y después de la cirugía se debe cumplir con la lista de chequeo, validando lateralidad del paciente a operar, que se realicen recuentos de compresas, suturas, instrumental y que, al finalizar el recuento completo, se evite que quede alguna compresa, gasa, aguja o instrumento en cavidad; es por ello que el instrumentador quirúrgico tiene un rol importante durante un procedimiento quirúrgico y debe velar por cumplir esos protocolos.

Prevención de infecciones. Para evitar complicaciones infecciosas, es esencial mantener estrictos protocolos de asepsia y esterilización. Esto incluye el lavado adecuado de manos, el uso correcto de guantes, mascarillas y batas estériles, así como la limpieza y desinfección apropiada de los instrumentos y del área quirúrgica.

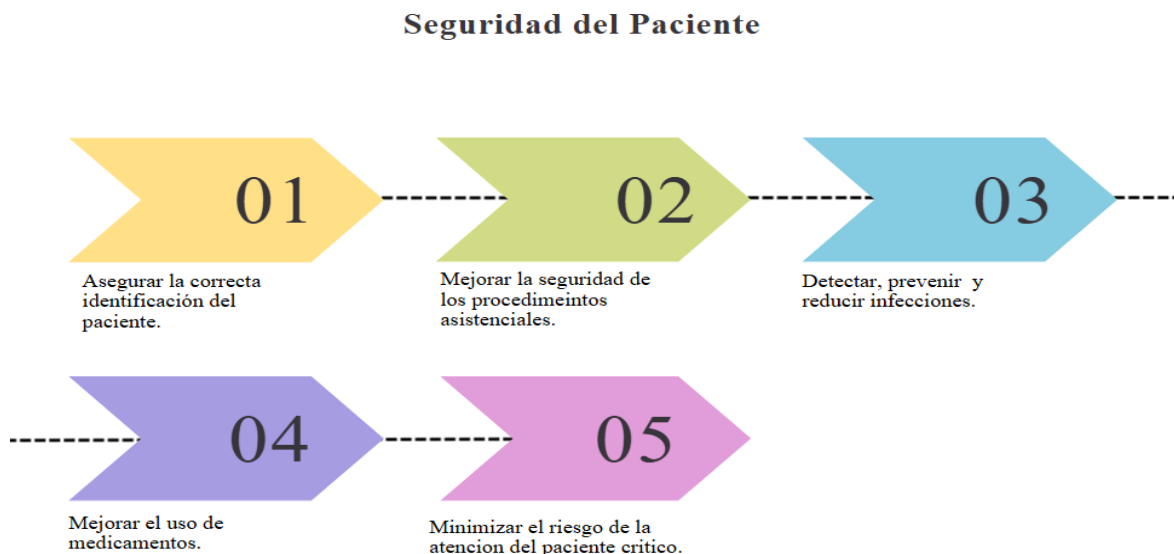
Seguridad y administración de medicamentos. Garantizar una administración segura de los fármacos durante la cirugía es fundamental: se debe prevenir cualquier error en la dosis, vía de administración o identificación del medicamento, y la supervisión continua por parte del personal de salud contribuye significativamente a disminuir fallos en la medicación.

Prevención de caídas y lesiones. Durante la intervención, el paciente está bajo anestesia y puede encontrarse en posiciones que representen cierto riesgo; por ello, el personal de salud debe asegurarse de que se encuentre en una posición segura y cómoda, evitando úlceras de presión.

Gestión de los riesgos inherentes a la cirugía. Toda cirugía implica riesgos como hemorragias o infecciones; para minimizar estos peligros, es necesario cumplir con las normas clínicas vigentes, disponer de instalaciones y equipos adecuados, y mantener una comunicación clara y efectiva entre todos los miembros del equipo quirúrgico.

Figura 4

Seguridad del paciente.



Nota. Autoría propia. Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Mooc Areandina.

Las prestaciones odontológicas y los procedimientos que implican instrumentación quirúrgica presentan riesgos específicos —infecciones, lesiones iatrogénicas, errores en técnicas de anestesia o manejo de instrumentos— que a menudo están sub-registrados debido a una cultura de reporte limitada. El auditor enfrenta el desafío de establecer métodos de búsqueda activos y de validar la completitud de los registros clínicos para garantizar una identificación oportuna y fiable de los eventos adversos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Integración Clínica-Administrativa: Conciliación Entre Historia Clínica y Facturación.

La auditoría de cuentas médicas requiere verificar la concordancia entre lo registrado en la historia clínica y lo facturado. Cuando existe un evento adverso, la determinación de responsabilidad, la oportunidad de la atención y el análisis de la cadena causal requieren que el auditor disponga de criterios clínicos aplicables a la actividad odontológica y quirúrgica. Este proceso exige colaboración con pares clínicos especializados para interpretar hallazgos técnicos y establecer si una desviación configura una falla asistencial o un evento inevitable (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023a).

Deficiencias en Competencias Técnicas del Equipo Auditor.

La ausencia de auditores con formación o experiencia en odontología e instrumentación puede limitar la identificación de desviaciones relevantes en técnica operatoria, esterilización o manejo de dispositivos. Para mitigar este riesgo es necesario conformar equipos multidisciplinarios que incluyan odontólogos y profesionales de instrumentación, o bien recurrir a auditorías por pares para la revisión técnica de casos complejos (Moreno, 2014).

Normatividad Específica y su Actualización.

El marco normativo relativo a bioseguridad, esterilización y prácticas odontológicas se actualiza periódicamente y puede resultar disperso entre resoluciones, guías técnicas y manuales.

El auditor debe mantener una matriz normativa vigente para aplicar criterios estandarizados y asegurar la congruencia entre la práctica evaluada y las exigencias regulatorias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023b).

Evaluación de la Cadena de Esterilización y Trazabilidad del Instrumental.

Los procesos de limpieza, empaquetado, esterilización y almacenamiento de instrumental constituyen puntos críticos de falla. La auditoría debe incluir revisión documental (registros de ciclos, indicadores físicos y químicos) e inspecciones operativas que permitan verificar la implementación de controles y la trazabilidad de lotes de instrumental reutilizable (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Comunicación con el Paciente y Aspectos Ético-Legales.

Auditar la gestión de un evento adverso incluye evaluar la respuesta institucional y el cumplimiento de protocolos de comunicación con el paciente, la documentación del consentimiento informado y las acciones de mitigación adoptadas. La gestión inadecuada de la comunicación puede agravar el impacto legal y reputacional, por lo que el auditor debe integrar criterios éticos y jurídicos en su evaluación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023a).

Fragmentación de Sistemas de Información.

La falta de interoperabilidad entre historias clínicas, registros de quirófano, listas de verificación y sistemas de facturación dificulta la auditoría integrada. El auditor debe diseñar estrategias de extracción y consolidación de información que permitan reconstruir trayectorias asistenciales y detectar inconsistencias entre registros clínicos y administrativos.

Cultura Organizacional y Resistencia al Cambio.

La percepción punitiva del reporte y la sobrecarga de trabajo del personal asistencial limitan la notificación y el aprendizaje institucional. El auditor debe promover enfoques no

punitivos, herramientas de reporte accesibles y programas de formación que incentiven la mejora continua y la participación activa del equipo asistencial.

Recomendaciones Operativas

Conformar equipos de auditoría multidisciplinarios que incluyan odontólogos y técnicos en instrumentación quirúrgica para revisiones clínicas y peritajes.

Implementar checklists específicos para procedimientos odontológicos y protocolos de cadena de esterilización que faciliten la verificación documental durante la auditoría.

Establecer flujos formales entre auditoría de cuentas y auditoría clínica para que los hallazgos administrativos deriven en revisiones clínicas y, cuando corresponda, en análisis de causas raíz.

Promover sistemas de reporte no punitivos y capacitación en notificación temprana, complementados con análisis de causas raíz (ACR) cuando se identifiquen eventos adversos.

Realizar auditorías in situ periódicas de procesos críticos (esterilización, almacenamiento de instrumental, adherencia a políticas de bioseguridad) y, cuando proceda, muestreos microbiológicos o revisiones técnicas.

Definir indicadores de desempeño y seguridad (por ejemplo, tasa de eventos adversos por 1.000 procedimientos, proporción de procedimientos con checklist completo) y reportes periódicos para monitoreo y mejora.

Los retos del auditor frente a eventos adversos en odontología e instrumentación quirúrgica combinan dimensiones técnicas, organizacionales y normativas. Superarlos exige dotar a los equipos de auditoría de competencias clínicas específicas, herramientas

estandarizadas, sistemas de información integrados y una cultura institucional orientada al reporte y la mejora continua.

Discusión

La revisión desarrollada en los capítulos anteriores permitió identificar, a partir de la literatura científica y normativa disponible, el comportamiento, alcance y evolución del rol del auditor en la gestión de la seguridad del paciente dentro del entorno hospitalario colombiano. Con base en este análisis, y desde una interpretación crítica de los resultados encontrados, se presentan a continuación los principales hallazgos y reflexiones.

En términos generales, se evidencia que la seguridad del paciente en Colombia ha experimentado un avance significativo, impulsado por la consolidación de políticas nacionales y el fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS). No obstante, persisten diferencias importantes en su implementación a nivel regional, lo que demuestra que la efectividad de estas políticas depende en gran medida del compromiso institucional, la cultura organizacional y las capacidades técnicas del talento humano, especialmente de los auditores en salud.

Bajo este contexto, el rol del auditor se posiciona como un actor fundamental para garantizar la calidad y seguridad en la atención. Su labor trasciende la simple verificación de requisitos normativos y se orienta hacia la identificación, análisis y gestión de eventos adversos, determinación de causas raíz y formulación de estrategias preventivas. Para ello, el auditor debe trabajar de manera articulada con los equipos de salud, promoviendo una cultura de seguridad basada en la comunicación abierta, el aprendizaje continuo y la transparencia en el reporte de incidentes.

En el caso colombiano, el auditor debe dominar el marco normativo vigente —incluida la Resolución 3100 de 2019, entre otros decretos y leyes relacionadas— que orienta la implementación de sistemas de gestión de seguridad del paciente. Cuando este rol se ejerce de

manera competente y ética, contribuye significativamente a la reducción de riesgos asociados a la atención y al mejoramiento sostenido de los procesos hospitalarios.

A nivel operativo, la auditoría en salud se configura como un proceso estratégico de aprendizaje organizacional. Herramientas como el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), los sistemas de gestión de riesgos y protocolos internacionales como el Protocolo de Londres permiten identificar fallas sistémicas y promover prácticas seguras dentro de las instituciones. En este sentido, la auditoría deja de ser un mecanismo exclusivamente de control para convertirse en un recurso esencial para el fortalecimiento del desempeño institucional.

Sin embargo, las investigaciones revisadas revelan brechas persistentes, entre ellas: la limitada articulación entre los procesos de auditoría y los comités de seguridad del paciente, la escasa capacitación continua del personal auditor y la permanencia de una cultura punitiva en algunas organizaciones. Estas debilidades restringen el alcance de la auditoría como herramienta para la mejora continua y dificultan la consolidación de una cultura de seguridad robusta.

Pese a ello, también se evidenció que las instituciones que han adoptado enfoques proactivos y participativos evidencian mejores indicadores de seguridad, incrementos en el reporte de incidentes y un ambiente laboral más transparente. Esto confirma que la transformación cultural, entendida como el reconocimiento de la seguridad del paciente como un valor institucional, constituye el elemento decisivo para consolidar entornos hospitalarios seguros y confiables.

En conclusión, el rol del auditor debe evolucionar desde una visión centrada en la verificación del cumplimiento normativo hacia una perspectiva más estratégica, fundamentada en la evidencia, la comunicación efectiva y el liderazgo ético. Alcanzar este enfoque permitirá

fortalecer la seguridad del paciente en Colombia, promover instituciones más confiables y consolidar sistemas de salud centrados en la calidad y la prevención del daño.

Metodología

Enfoque de Investigación

Esta monografía es de enfoque cualitativo porque permite explorar y comprender el rol del auditor en la gestión de la seguridad del paciente en el entorno hospitalario colombiano de manera profunda y detallada. Al utilizar métodos cualitativos como la investigación y análisis de documentos, se puede comprender el contexto en el que se desarrolla el rol del auditor, explorar las percepciones y experiencias de los auditores, profesionales de la salud y pacientes, analizar los procesos y procedimientos que se siguen en la gestión de la seguridad del paciente, e identificar barreras y oportunidades para mejorar la gestión de la seguridad del paciente en los hospitales colombianos.

Tipo de Investigación

La presente monografía es un tipo de investigación de compilación, ya que es un trabajo académico que se fundamenta en investigar, recopilar y analizar información existente de bases de datos, artículos de investigación e informes, con el fin de identificar el impacto de los riesgos existentes en el entorno hospitalario y cómo el auditor en salud aporta en ese factor.

Técnica de Recolección de Datos

La recolección de información se realizó mediante una revisión bibliográfica y documental basada en bases de datos académicas reconocidas como Scielo, PubMed, Redalyc, Dialnet y Google Académico, además de documentos oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se seleccionaron documentos publicados entre 2000 y 2025 que abordaran las siguientes temáticas: auditoría en salud y mejora de la calidad asistencial; cultura de seguridad del paciente

y gestión del riesgo clínico; normatividad colombiana vigente sobre seguridad del paciente (Decreto 1011 de 2006, Resolución 3100 de 2019, entre otros); experiencias de implementación del PAMEC en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS); y protocolos y evaluaciones de auditoría. La información fue registrada y organizada temáticamente para su análisis posterior, priorizando fuentes con validez científica y soporte institucional.

Técnica de Análisis de la Información

Para el análisis se utilizó la técnica de análisis de contenido, que permite examinar los documentos de forma sistemática y objetiva con el fin de identificar patrones, categorías y relaciones conceptuales relevantes (Bardin, 2002). La información se clasificó en tres categorías analíticas derivadas de los objetivos específicos: (a) conceptos, riesgos y factores asociados a la seguridad del paciente; (b) efectividad de la auditoría en salud para la identificación de riesgos; y (c) impacto institucional de la seguridad del paciente en la calidad de los servicios de salud. Cada categoría fue contrastada con la normativa nacional y con estudios empíricos recientes, para obtener una visión integral del papel del auditor en la seguridad del paciente en Colombia.

Tabla 2

Criterios de Selección (Inclusión y Exclusión) de la Monografía

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<p>Tipo de literatura: Artículos científicos, investigaciones, revisiones sistemáticas, guías, normas y documentos técnicos relacionados con:</p> <p>Seguridad del paciente en el entorno hospitalario.</p>	<p>Literatura no científica o no verificable: Publicaciones sin aval académico:</p> <p>Blogs, redes sociales, contenido no validado o sin referencia.</p> <p>Opiniones no sustentadas por evidencia o metodología formal.</p>

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<p>Eventos adversos y cultura de seguridad.</p> <p>Auditoría en salud y PAMEC.</p> <p>Modelos de análisis de riesgo clínico (p. ej., Protocolo de Londres, PHVA, listas de chequeo).</p>	
<p>Estudios sobre odontología e instrumentación quirúrgica asociados a la seguridad del paciente.</p>	<p>Trabajos fuera del enfoque clínico-hospitalario: Estudios centrados en seguridad del paciente: Exclusivamente en ámbitos comunitarios o extrahospitalarios sin relación con la hospitalización.</p>
<p>Enfoque temático: Documentos que aborden:</p> <p>Factores humanos, organizacionales y sistémicos asociados a incidentes y eventos adversos.</p>	
<p>Rol del auditor en salud como agente de calidad y seguridad.</p>	<p>En servicios no asistenciales o administrativos que no afecten directamente la atención sanitaria.</p>
<p>Cumplimiento del marco normativo colombiano en seguridad del paciente.</p>	
<p>Prácticas seguras en instituciones prestadoras de servicios de salud.</p>	

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<p>Procesos asistenciales hospitalarios que afecten la seguridad del paciente.</p>	
<p>Contexto geográfico y normativo:</p> <p>Publicaciones, datos y regulaciones aplicables a:</p> <p>Colombia (prioritariamente).</p> <p>América Latina cuando aporten comparación o complementen la comprensión regional.</p>	<p>Documentos no alineados con auditoría o seguridad del paciente: Investigaciones sobre:</p> <p>Gestión institucional sin relación con auditoría clínica.</p> <p>Calidad administrativa sin vínculo con eventos adversos o riesgo clínico.</p> <p>Atención en salud que no incluya análisis de seguridad.</p>
<p>Organismos internacionales (OMS, OPS, Joint Commission) cuando su contenido sea referencial o de soporte técnico.</p> <p>Temporalidad: Información publicada entre los años 2000 y 2025, periodo que coincide con la consolidación normativa en seguridad del paciente y la</p>	<p>Temporalidad no pertinente: Publicaciones anteriores al 2000, salvo documentos internacionales fundacionales o modelos teóricos que aporten al marco conceptual.</p> <p>Contextos no comparables: Estudios realizados en:</p> <p>Sistemas sanitarios no comparables con el modelo colombiano (p. ej., sistemas privados no regulados, países con modelos de salud no aplicables). Entradas normativas de</p>

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
implementación formal del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	países sin relación metodológica o estructural con Latinoamérica.
<p>Accesibilidad y calidad: Documentos con acceso completo, confiables y provenientes de:</p> <p>Bases académicas (Scielo, PubMed, ScienceDirect, Redalyc).</p> <p>Normatividad oficial del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Publicaciones institucionales certificadas (Superintendencia Nacional de Salud, organismos internacionales).</p>	<p>Información duplicada o redundante: Estudios que no aporten datos nuevos o cuyo contenido esté incluido en fuentes más completas o actualizadas.</p>

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión.

Se incluyeron artículos científicos, investigaciones, revisiones sistemáticas, guías, normas y documentos técnicos relacionados con la seguridad del paciente en el entorno hospitalario, eventos adversos y cultura de seguridad, auditoría en salud y PAMEC, modelos de análisis de riesgo clínico (Protocolo de Londres, PHVA, listas de chequeo), y estudios sobre odontología e instrumentación quirúrgica asociados a la seguridad del paciente. Se incluyeron documentos de Colombia (prioritariamente), América Latina, y organismos internacionales (OMS, OPS, Joint

Commission). La temporalidad abarca publicaciones entre 2000 y 2025, con documentos de acceso completo provenientes de bases académicas (Scielo, PubMed, ScienceDirect, Redalyc), normatividad oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, y publicaciones institucionales certificadas.

Criterios de Exclusión.

Se excluyeron publicaciones sin aval académico como blogs, redes sociales y contenido no validado; estudios centrados en seguridad del paciente exclusivamente en ámbitos comunitarios o extrahospitalarios; documentos no alineados con auditoría clínica o seguridad del paciente; publicaciones anteriores al año 2000 salvo documentos internacionales fundacionales; estudios realizados en sistemas sanitarios no comparables con el modelo colombiano; e información duplicada o redundante cuyo contenido esté incluido en fuentes más completas o actualizadas.

Conclusiones

En síntesis, el análisis realizado sobre el Rol del Auditor en la Gestión de la Seguridad del Paciente en el Entorno Hospitalario Colombiano evidencia la importancia de este tema en la prestación de servicios de salud. Se han identificado diversos factores, como la cultura organizacional, la formación del personal, la infraestructura y los procesos de gestión de riesgos. La seguridad del paciente constituye un pilar esencial de la calidad en salud en Colombia, y su implementación depende de la interacción entre normatividad, cultura institucional y compromiso profesional.

El auditor en salud se encarga de verificar el cumplimiento normativo y de la garantía de la calidad en salud; por ende, su rol es fundamental en las instituciones de salud, ya que se encarga de la evaluación y mejora continua, identificando áreas de mejora y riesgos, investigando eventos adversos, proponiendo estrategias preventivas y promoviendo prácticas basadas en la evidencia.

El marco normativo colombiano, particularmente el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 2003 de 2014 y la Resolución 3100 de 2019, ha consolidado la auditoría en salud como herramienta indispensable para garantizar prácticas seguras en las instituciones prestadoras de servicios.

La revisión realizada evidencia que la seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad en salud y un imperativo ético dentro de los servicios asistenciales en Colombia. Su gestión exige la integración de elementos técnicos, normativos, organizacionales y humanos que, en conjunto, permitan anticipar, detectar y mitigar los riesgos asociados a la atención en salud.

El análisis confirma que los eventos adversos no responden únicamente a fallas individuales, sino a la interacción de múltiples factores del sistema: procesos institucionales

deficientes, falencias en la comunicación, ambientes laborales demandantes y culturas organizacionales que aún tienden al señalamiento. Esta perspectiva sistémica coincide con los modelos propuestos por la OMS y la literatura especializada, reafirmando que la seguridad del paciente se fortalece mediante la mejora continua y el aprendizaje institucional.

Se evidencia que la auditoría en salud desempeña un papel estratégico en la gestión de riesgos clínicos a través del PAMEC. Del uso de herramientas como las listas de verificación, el Protocolo de Londres, el ciclo PHVA y los análisis de causa raíz, el auditor no solo verifica el cumplimiento normativo, sino que orienta la toma de decisiones basada en datos y evidencia.

De manera particular, en áreas clínicas como odontología e instrumentación quirúrgica, la auditoría se fortalece como herramienta para prevenir eventos adversos de alto impacto, mejorar la adherencia a protocolos y promover prácticas seguras en procedimientos invasivos.

Finalmente, el estudio demuestra que, aunque Colombia cuenta con un marco normativo robusto, la consolidación de una cultura de seguridad sigue siendo desigual entre regiones y niveles institucionales. Persisten brechas relacionadas con la formación del talento humano, la capacidad de reporte, la disponibilidad tecnológica y la articulación entre auditoría y mejora continua. Superar estas brechas implica fortalecer el liderazgo clínico, promover la transparencia y fomentar el aprendizaje organizacional como herramientas centrales para garantizar una atención segura, ética y centrada en el paciente.

Recomendaciones

Con base en la información presentada en los apartados anteriores y tras identificar los hallazgos obtenidos a partir de la revisión bibliográfica, la catalogación de referencias documentales y el análisis de experiencias nacionales, resulta pertinente considerar las siguientes recomendaciones:

Fortalecer la formación de los auditores en salud, incorporando competencias en análisis de riesgos, gestión del cambio, liderazgo ético y herramientas de evaluación de eventos adversos como el Análisis de Causa Raíz (ACR).

Promover la cultura del aprendizaje y la transparencia, reemplazando los enfoques punitivos por estrategias que incentiven la notificación de errores y la participación activa del personal asistencial.

Integrar de manera efectiva los procesos de auditoría con los comités de calidad y seguridad del paciente, garantizando la trazabilidad de los hallazgos y la implementación de acciones de mejora verificables.

Desarrollar sistemas de información interoperables y tecnológicos, como plataformas digitales para reportes y seguimiento de incidentes, que permitan medir indicadores en tiempo real y fortalecer la toma de decisiones.

Fomentar la investigación aplicada y las redes de cooperación entre regiones, con el fin de compartir experiencias exitosas, cerrar brechas en la implementación de políticas y fortalecer la equidad en la seguridad del paciente.

Involucrar al paciente y su familia en los programas de seguridad, promoviendo la comunicación abierta, la educación y la corresponsabilidad en los procesos de atención.

Referencias Bibliográficas

- Agámez, D. L., & Barón Sotomayor, B. U. (2023). Rol de la auditoría en el cumplimiento de la política de seguridad del paciente en las ESE de primer nivel en Colombia [Trabajo de monografía, Universidad de Córdoba].
- Aranaz, J. M., & Aibar, C. (2010). Investigación sobre eventos adversos ligados a la asistencia en hospitales españoles. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Arias, F. (2012). El proyecto de investigación científica. Episteme.
- Bardin, L. (2002). El análisis de contenido. Akal.
- Congreso de la República de Colombia. (2011, 19 de enero). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957.
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.401.
- Domínguez Herrera, L. M., Pérez García, J. C., & Torres Silva, A. (2024). Auditoría en salud y cultura de seguridad del paciente: desafíos en la gestión hospitalaria. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 26(1), 45–59.
- Domínguez Herrera, V. M., Jiménez Obregón, C. C., & Rivas Algarín, J. C. (2024). Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad del sector salud en Colombia y su relación con el auditor. Universidad de Córdoba.
- Duque Castaño, J. D. (2021). Seguridad del paciente en servicios odontológicos [Tesis de grado, Universidad de Antioquia].

- Echeverri, C. M., Gutiérrez, M. C., & Parra, D. (2019). Impacto de una estrategia educativa en la cultura de seguridad del paciente en instituciones de salud de Antioquia, Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 47(1), 40-48.
- Flick, U. (2015). *Introducción a la investigación cualitativa* (6.ª ed.). Morata.
- Gallego, P. A., Mantilla, L. A., & Tapias, S. M. (2013). Implementación de una herramienta de auditoría para realizar un diagnóstico de la seguridad del paciente en el servicio de consulta externa [Tesis de especialización, Universidad Autónoma de Bucaramanga].
- Gómez, L. F., & Ruiz, P. (2020). Desafíos en la implementación de la política de seguridad del paciente en contextos de alta vulnerabilidad: el caso del departamento del Chocó. *Salud Pública de México*, 62(1), 108-115.
- Gómez, P., & Ospina, J. (2023). Eventos adversos y gestión de riesgos en instituciones hospitalarias colombianas. *Revista Salud y Gestión*, 15(3), 101–113.
- González Delgado, D. M., Martínez Rojas, L. A., & Rodríguez, M. C. (2017). El papel del auditor en salud en la mejora de la calidad asistencial. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1568–1576.
- González Delgado, M., Ruiz Varón, E. Y., & Molina Béjar, R. (Eds.). (2017). *Avances y retos en la política de seguridad del paciente. Tomo I: Política de seguridad del paciente*. Fundación Universitaria del Área Andina.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. Sage.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Instituto de Medicina (IOM). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press.

- Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). (s.f.). Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC). <https://www.idsn.gov.co>
- Lara, S. C., Delgado, F. A., & Arcia, D. R. (s.f.). Auditoría al proceso para implementar la política de seguridad del paciente en la atención en salud [Tesis de especialización, Universidad CES].
- Luna Gómez, N. (2015). Propuesta de auditoría de las buenas prácticas para la seguridad de los pacientes en el servicio de métodos invasivos [Trabajo de especialización, Universidad de Santander].
- Ministerio de la Protección Social. (2007). Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2006, 5 de abril). Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Diario Oficial No. 46.237.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 1441 de 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a, 24 de julio). Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los protocolos de buenas prácticas en seguridad del paciente. Diario Oficial No. 49.229.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). Seguridad en procesos quirúrgicos: buenas prácticas para la seguridad del paciente. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, 27 de diciembre). Resolución 3100 de 2019. Por la cual se actualiza el modelo de habilitación de prestadores de servicios de salud. Diario Oficial No. 50.303.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Política de Seguridad del Paciente en Colombia: Avances y desafíos. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023a). Resolución No. 2284 de 2023: Manual único y disposiciones sobre auditoría de cuentas médicas.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023b). Lineamientos para la gestión integral de las alteraciones de la salud bucal.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Seguridad del paciente: Guía técnica de buenas prácticas y lineamientos para su implementación.
- Moreno, M. J. (2014). Instrumentación quirúrgica: competencias y buenas prácticas (Documento técnico). Ministerio de Salud y Protección Social.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Guía de buenas prácticas en seguridad del paciente: investigación en seguridad del paciente. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. <https://www.who.int>
- Paternina Ayazo, D. M. (2024). Rol del auditor en salud frente a eventos adversos (Monografía). Universidad de Córdoba.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770.
- 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).

Superintendencia Nacional de Salud. (2022). Guía técnica para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

Universidad CES. (2024). Auditoría de las prácticas seguras en los servicios de cuidados intensivos y especiales en un hospital de mediana complejidad.

Vargas Rosero, E., Coral Ibarra, R., Moya Plata, D., Ortiz, V. T., Mena, Y., & Romero González, E. (2017). Percepción de las condiciones de seguridad de pacientes con enfermedad crónica sobre el entorno hospitalario en Colombia. *Aquichan*, 17(1), 53–69.

Vargas Rosero, E., Rojas, J. M., & Gómez, C. (2017). Factores asociados a eventos adversos en hospitales colombianos. *Revista de Salud Pública*, 19(4), 515–527.