

La Importancia de la Seguridad del Paciente en el Sistema de Salud Colombiano

The Importance of Patient Safety in the Colombian Health System

Autor 1 – Hermes Ramón González Acevedo
Enfermero. Mg en prevención de riesgos laborales
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7741-5656>
hermes.gonzalez@unad.edu.co

Autor 2-Katherine Camargo Bayona
Psicóloga. Magister en Educación.
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4302-7671>
katherinne.camargo@unad.edu.co

Autor 3 – Wilman Yesid Ardila Barbosa
Ing. Petroleos. Esp. Gerencia de Riesgos Laborales, seguridad y salud en el trabajo
Mg en Gestión integrada de prevención, calidad y medio ambiente
Doctor en Educación
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9314-2961>
wilman.ardila@unad.edu.co

Resumen

El presente artículo ofrece un análisis sistemático del panorama contemporáneo de la seguridad del paciente en el sistema de salud colombiano, considerando políticas nacionales, marcos normativos y prácticas institucionales. Dentro de este panorama resalta el fortalecimiento de la cultura de seguridad, la notificación de eventos adversos y la convergencia con la experiencia internacional tras la adopción de la política nacional de seguridad del paciente de Colombia en 2008. Sin embargo, los retos persistentes siguen siendo el acceso restringido a la atención oportuna, las deficiencias estructurales, las presiones financieras y el desarrollo profesional inadecuado. El

Este documento se basa en estudios revisados por pares e informes institucionales publicados entre 2010 y 2024, y destaca los errores de medicación, los diagnósticos tardíos y el control subóptimo de las infecciones como problemas de seguridad críticos. El impacto económico también es significativo: hasta el 13% del gasto sanitario está relacionado con daños evitables. Sin embargo, los modelos de vanguardia, como el modelo S.A.F.E. y los equipos de urgencias activados por la familia, se muestran prometedores en el fomento de la seguridad. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de un enfoque holístico que incluya la educación, la tecnología y la regulación para ayudar a mejorar la seguridad de los pacientes en todo el sistema hospitalario de Colombia.

Palabras Clave.

Seguridad del paciente, Colombia, Eventos Adversos , Política Sanitaria y Atención Hospitalaria.

Abstract

This article offers a systematic analysis of the contemporary panorama of patient safety in the Colombian health system, considering national policies, regulatory frameworks and institutional practices. Within this panorama, it highlights the strengthening of the safety culture, the reporting of adverse events and the convergence with the international experience following the adoption of Colombia's national patient safety policy in 2008. However, persistent challenges remain restricted access to timely care, structural deficiencies, financial pressures and inadequate professional development. The paper draws on peer-reviewed studies and institutional reports published between 2010 and 2024, and highlights medication errors, late diagnoses and suboptimal infection control as critical safety issues. The economic impact is also significant: up to 13% of healthcare spending is related to preventable harm. However, state-of-the-art models, such as the S.A.F.E. model and family-activated emergency teams, show promise in promoting safety. The results highlight the importance of a holistic approach that includes education, technology, and regulation to help improve patient safety throughout the hospital system in Colombia.

Keywords.

Patient Safety, Colombia, Adverse Events, Health Policy, and Hospital Care.

Introducción

La Seguridad del Paciente en el Sector Hospitalario se refiere a todas las intervenciones y esfuerzos implementados para prevenir efectos negativos en la salud de los pacientes en el curso de su atención médica. El objetivo es analizar los retos sistémicos que presenta el sistema de salud, y reunir a los actores para mejorar la calidad de la atención y el conocimiento de la seguridad por parte de los pacientes (Aibar- Remón et al., 2019; Estrada-Orozco et al., 2024). El contexto de la seguridad del paciente en Colombia se inscribe a su vez en una tendencia global que mira más allá de las fronteras nacionales, siguiendo estándares internacionales que destacan la importancia de la prevención del daño y la atención basada en la calidad (Carneiro et al., 2021; Pulgarín et al., 2020).

La seguridad del paciente se ha convertido en un problema de salud pública de primer orden, ya que las organizaciones sanitarias se esfuerzan por reducir los errores, mejorar los resultados y fomentar la confianza entre pacientes y profesionales sanitarios. Datos recientes han mostrado avances en los indicadores de seguridad del paciente, sin embargo, todavía hay desafíos significativos, especialmente con el acceso oportuno a la atención, y la ocurrencia de eventos adversos, como errores de medicación y diagnósticos erróneos (Prachniak-Rincon et al, 2016; Banco Mundial., 2023). Los pacientes en Colombia pueden esperar un promedio de 3 a 5 días para una consulta general y hasta 90 días para ver a un especialista, según el Banco Mundial, lo que deja a muchos con un diagnóstico y tratamiento tardíos. Estos son ejemplos que reflejan la dificultad de instituir medidas de seguridad en un panorama de disparidades y la debilidad inherente del sistema (Mytton et al., 2010; Sánchez et al., 2017).

A pesar de los avances, el sistema de salud en Colombia tiene muchos obstáculos, como el escepticismo a la seguridad, la existencia de barreras culturales, la falta de recursos, y la presión financiera que afectan negativamente la calidad de la atención. Garantizar la seguridad de la atención del paciente implica una carga económica en muchas ocasiones insostenible para las instituciones, permitiendo la

aparición de eventos adversos que aumentan los costos de la atención sanitaria y la insatisfacción de los pacientes hacia el sistema de salud (Mira et al., 2013; Astier-Peña et al., 2021). Esto cobra sentido cuando observamos que la proporción del gasto en salud en Colombia atribuible a eventos adversos prevenibles puede llegar al 13%. Así mismo las complicaciones quirúrgicas pueden elevar los costes hasta un 60%, mientras que cualquier estancia hospitalaria causada por una infección nosocomial puede duplicar los costos del tratamiento.

Estos factores deben abordarse colectivamente, combinando esfuerzos educativos, regulatorios e internacionales con miras a mejorar la cultura de seguridad en las instituciones de salud Colombianas (Corredor et al., 2023; Rocco et al., 2017).

Los esfuerzos enfocados a la educación, la utilización de la tecnología y la participación de los pacientes en las medidas de seguridad, seguirán formando parte de un servicio de salud aún más resiliente. A través de enfoques integrales que permitan priorizar la seguridad del paciente, se espera mejorar los resultados de la atención en salud y priorizar la seguridad del paciente como parte fundamental de los parámetros de calidad de los servicios asistenciales (Pedroso et al., 2023).

Los antecedentes históricos de la seguridad del paciente en Colombia se remontan a la implementación de importantes políticas de atención en salud enfocadas en mejorar la calidad y seguridad en la práctica médica. En 2008, el Ministerio de la Protección Social de Colombia implementó un plan estratégico de seguridad del paciente, que resultó en una forma importante de trabajar sobre las fallas sistémicas en la prestación de servicios de salud (Aibar-Remón et al., 2019). Esta fue la primera política nacional en América Latina en incorporar sistemáticamente indicadores de seguridad y, para 2010, más del 60% de los hospitales públicos introdujeron, al menos, un protocolo estandarizado de seguridad del paciente. Esta política fue más que una política de atención e incluyó la organización de las partes involucradas para mejorar la calidad y la concientización de los factores de seguridad de la atención entre los pacientes y sus familiares (Estrada-Orozco et al., 2024).

Antes de que se formalizaran estas directrices, algunos avances internacionales habían sentado las bases de la seguridad del paciente. El informe publicado en 1999 por el Instituto de Medicina de EE.UU. llamó mucho la atención mundial, incluso en

Colombia, donde la seguridad del paciente y la prevención de eventos centinela se orientaron como objetivos esenciales dentro de la atención hospitalaria y ambulatoria. Después de la publicación de este informe a nivel mundial, los países latinoamericanos informaron que su notificación de EA aumentó en un 30% entre 2000 y 2005, y Colombia fue incluida en los observatorios regionales sobre seguridad del paciente (Pulgarín et al., 2020).

Además, el diálogo internacional sobre la seguridad del paciente se hizo más concreto cuando se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en 2004 para destacar la importancia del "primum non nocere" en la práctica clínica diaria (Carneiro et al., 2021). Este enfoque global cobró fuerza en Colombia cuando las entidades del sector salud empezaron a reconocer la necesidad de avanzar hacia un marco general que discutiera los determinantes previos que impactaban en las inequidades en salud (Aibar-Remón et al., 2019; Estrada- Orozco et al., 2024).

A lo largo de la década de los 90 y principios de los 2000, el sistema sanitario colombiano experimentó una evolución considerable como consecuencia del movimiento por el derecho a la salud, que exigía el acceso a los servicios sanitarios de forma segura. Algunos trabajos académicos, o al menos el de Luis Cánón hizo una historia del movimiento de personas con VIH en Colombia, también tuvieron un papel importante en el reconocimiento de los derechos del paciente y la atención en sus primeros años. Durante este tiempo, el activismo en torno al VIH/SIDA ayudó a que se aceptara la salud como un derecho, y para el 2005 más del 75% de los procesos judiciales en salud incluían la idea de seguridad del paciente como parte de la argumentación jurídica (Sánchez et al., 2017).

En Colombia, la seguridad del paciente se ha consolidado como un componente clave dentro de la calidad de la atención en salud. Este enfoque cobró mayor relevancia a partir de 2008, cuando el Ministerio de la Protección Social implementó una política específica para promover prácticas seguras en la prestación de servicios. Dicha política busca optimizar los procesos de atención mediante la articulación entre distintos actores del sistema de salud, al tiempo que fomenta la formación de pacientes y familias en temas relacionados con la seguridad durante el cuidado.

De acuerdo con Pulgarín et al., (2020), para el año 2015, más del 70 % de los hospitales de primer nivel en el país ya habían adoptado protocolos de seguridad alineados con los lineamientos establecidos por la política nacional, lo que refleja un avance significativo en la implementación de estas estrategias a nivel institucional.

Los indicadores de seguridad actuales parecen haber mejorado entre sus usuarios en Colombia. Uno de ellos es la identificación incorrecta del paciente como parte de los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (Prachniak-Rincon et al., 2016). Sin embargo, existen numerosos retos y en particular el tema de la atención oportuna. Los tiempos de espera para recibir los primeros servicios generales y especializados son comunes; en promedio, los pacientes esperan de 3 a 5 días para consultas generales y hasta 15 días para atención especializada (Estrada-Orozco et al., 2024). Estas demoras pueden derivar en graves problemas de salud o complicaciones. De acuerdo con el Banco Mundial (2023), se ha encontrado que los elevados tiempos de espera para iniciar tratamientos de enfermedades no transmisibles como cáncer y diabetes resultaron en 40% de complicaciones y readmisiones en hospitales públicos.

La definición de eventos adversos en la atención sanitaria ha evolucionado y ahora se presenta como un modelo de reacción adversa a un medicamento o evento no deseado (REUE). Este cambio en la terminología pretende ayudar a reducir la estigmatización de las complicaciones al reconocer que el daño es consecuencia tanto de una atención médica subóptima como de la falta de un tratamiento adecuado (Estrada-Orozco et al., 2024). Una revisión mostró que los errores de medicación (EM) y los diagnósticos inexactos o tardíos eran tipos comunes de REUE y podían afectar a un gran número de pacientes (BancoMundial, 2023). El Banco Mundial mencionó que 1 de cada 10 pacientes admitidos en hospitales de Colombia se ve afectado por REUEs, y los EM representan casi el 30% de los eventos.

Las consecuencias de los daños a los pacientes van más allá de los costes médicos directos, ya que suponen una carga para los recursos sanitarios y hacen que muchos pacientes y cuidadores desarrollen una morbilidad crónica y una menor productividad. Esta carga económica también puede asociarse a una menor confianza en el servicio sanitario, lo que puede tener implicaciones para la salud pública. El

Banco Mundial calcula que los errores médicos evitables representan hasta el 13% del gasto sanitario total del país (Banco Mundial., 2023).

Metodología

Este documento es el resultado de una revisión sistemática de la literatura sobre el estado actual, las políticas y los retos de la seguridad del paciente en el sector hospitalario de Colombia. Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en plataformas académicas (PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar). Así mismo se obtuvo literatura de repositorios institucionales, del Banco Mundial, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Ministerio de Salud de Colombia entre otras fuentes. Las búsquedas consistieron en una combinación de términos en inglés y español que incluían "seguridad del paciente", "Colombia", "eventos adversos" , "política sanitaria "y "atención hospitalaria".

Retos y limitaciones

La atención oportuna sigue siendo un reto en Colombia. Hay demoras para los pacientes que pueden tener impactos negativos en la salud, particularmente para condiciones severas como el cáncer, donde los retrasos en el tratamiento se han asociado con resultados deficientes (Banco Mundial., 2023). Por ejemplo, en oncología más de 30 días de espera se han asociado con un 20% más de probabilidades de morir entre pacientes de bajos ingresos en hospitales públicos. Además, el concepto de seguridad del paciente también puede ser limitado, ya que se centra principalmente en los pacientes que reciben atención, sin tener en cuenta a otras personas que interactúan con el sistema sanitario y que también pueden estar expuestas a riesgos (Estrada- Orozco et al, 2024).

Marco normativo

El sector hospitalario en Colombia enfrenta el desafío de adaptarse al marco normativo vigente que regula los dispositivos médicos. Esta normativa busca abarcar todas las etapas del ciclo de vida del dispositivo, desde su diseño y fabricación hasta

su disposición final, y se apoya en lineamientos internacionales propuestos por el Global Harmonization Task Force (GHTF). Entre los elementos fundamentales se destacan la clasificación de los dispositivos, los requerimientos de seguridad y desempeño, la implementación de sistemas de calidad, los mecanismos de vigilancia poscomercialización y la alineación con estándares internacionales.

Un aspecto especialmente crítico dentro de este contexto es la estandarización de los nombres de los medicamentos. Se recomienda el uso de denominaciones internacionales normalizadas para evitar confusiones que pueden derivar en errores de administración, sobre todo en entornos donde los profesionales de la salud interactúan con múltiples sistemas. Esta preocupación no es menor, considerando que, según Rocco et al. (2017), alrededor del 12 % de las reacciones adversas a medicamentos reportadas en hospitales colombianos estuvieron asociadas a errores causados por inconsistencias en los nombres y el etiquetado de los productos.

En Colombia, al igual que en otros países, la reglamentación tiene por objeto contribuir a la gestión del riesgo para garantizar el funcionamiento seguro y eficaz de los dispositivos médicos. La legislación reconoce que ningún producto sanitario está exento de riesgos y afirma que el nivel de supervisión reglamentaria debe estar en correlación con los riesgos asociados a un determinado producto. Los dispositivos de alto riesgo suelen requerir un escrutinio estricto en virtud de la normativa, mientras que los de menor riesgo pueden estar sometidos a un control reglamentario menos riguroso. Esta disuasión tiene por objeto proteger la salud pública y facilitar la introducción de nuevas tecnologías y un entorno empresarial favorable a la innovación. El estudio de Vásquez y colaboradores demuestra que cerca del 65% de los incidentes relacionados con dispositivos médicos en hospitales colombianos se debió a la falta de una adecuada vigilancia post-comercialización y capacitación de los usuarios (Vásquez Franco et al 2011).

Sin embargo la forma de actuar de los reguladores puede variar significativamente de un país a otro. Por ejemplo, en Europa es necesario el marcado CE (Conformité Européene) para comercializar un producto sanitario y demostrar que cumple los requisitos esenciales de salud y seguridad. Para los productos de alto riesgo, el proceso suele requerir un organismo de certificación independiente; para los

de bajo riesgo, suele basarse en la autocertificación interna del fabricante. En Estados Unidos, los productos sanitarios están regulados por la FDA, que se encarga de validar su seguridad y eficacia (Vásquez Franco et al., 2011).

Aunque existen marcos legales que regulan el uso de tecnologías sanitarias, su aplicación puede ser limitada o inexistente en algunos países, incluyendo ciertas regiones de Colombia, donde aún no se cuenta con procesos estandarizados para la incorporación de nuevas tecnologías. Esta falta de uniformidad representa un riesgo para la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

En contraste, los debates actuales entre actores del sector salud en Europa destacan una separación notoria entre las evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS) centradas en la eficacia clínica, el costo beneficio y los procesos regulatorios formales. Incluso en países desarrollados, la integración entre ambos procesos es poco frecuente y el número de tecnologías que logran cruzar entre las etapas de evaluación y regulación sigue siendo reducido.

En el caso colombiano, esta situación es aún más crítica. Según Rocco et al. (2017), menos del 30 % de las tecnologías médicas consideradas de alto riesgo son sometidas a una ETS antes de su introducción al sistema de salud. Este dato resalta la urgencia de fortalecer el entorno regulatorio nacional, no solo para asegurar una mejor supervisión del uso de tecnología, sino también para avanzar de manera decidida hacia una atención centrada en la seguridad del paciente.

Programas educativos y concursos

Un proyecto emblemático en la lucha por mejorar la seguridad del paciente es el Patient Safety Technology Challenge. Su objetivo principal es convocar a estudiantes e impulsar la innovación para crear soluciones que reduzcan los errores médicos, los cuales afectan a millones de personas cada año. En Latinoamérica, iniciativas similares han cobrado fuerza en más de 40 universidades que han participado en los últimos cuatro años. El resultado ha sido la generación de 200 proyectos piloto enfocados en disminuir fallos en el diagnóstico y la medicación. Estas ideas innovadoras, presentadas en concursos especializados, buscan integrar tecnología para fortalecer la

seguridad del paciente. Así, cada evento se convierte en una oportunidad para promover la mejora continua en los servicios de salud (Del Carmen Sara & J. C., 2019).

Así mismo, se han creado programas clínicos como SAFE, que implican el trabajo conjunto entre equipos médicos para educar a todos los actores en torno a la gestión de riesgos y no solo en la respuesta a incidentes. Estos programas están diseñados para aumentar el conocimiento y las mejores prácticas, además de centrarse en aquellas que necesitan mejorar y cuantificar el impacto de las intervenciones. Según Vítolo et al. (2017), la participación en programas de formación en seguridad impartidos de forma rigurosa, como SAFE, se ha traducido en una disminución del 25 % en los informes de eventos adversos notificados durante 12 meses.

Sistema de regulación y evaluación

En Colombia, la seguridad del paciente se apoya en normas y directrices nacionales que impulsan la creación de Comités para el control de Infecciones (CIP) en los servicios de salud. Estos comités son un requisito normativo y además integran las bases de la vigilancia clínica. El programa nacional para la prevención y control de infecciones se ha diseñado con un objetivo claro: evaluar cómo se aplican las medidas del CIP, verificar los mecanismos de control y asegurar que las normas de seguridad realmente se implementen en el día a día hospitalario, desde las grandes ciudades hasta las regiones más remotas. Un estudio reciente, realizado por Corredor y colaboradores, reveló un dato contundente, más del 85 % de los hospitales participantes aseguraron tener programas activos, con auditorías periódicas como parte de sus prácticas habituales (Corredor et al., 2023; Quintero-Duque et al., 2017).

Relaciones y normas internacionales

Las colaboraciones entre países han sido clave para el desarrollo de la seguridad del paciente en Colombia. Los hospitales están adoptando progresivamente los criterios de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) que describen las tecnologías sanitarias y la seguridad de los pacientes (Rocco et al., 2017). Estos estándares sirven para respaldar un alto nivel de seguridad a la hora de decidir sobre la ejecución de las prácticas médicas y, en consecuencia, sobre la calidad de la atención prestada a los usuarios.

Además, varios hospitales acreditados en Sudamérica participan hoy en día en un estudio internacional multicéntrico que compara la cultura de seguridad del paciente entre distintas instituciones. Esta investigación se articula con una tendencia global clara: medir, entender y mejorar la calidad del cuidado en salud. En este contexto, Tello y colaboradores llevaron a cabo un estudio revelador, como resultado el 68 % de las organizaciones colombianas encuestadas calificaron su cultura de seguridad como “moderada” a “buena”. Sin embargo, no todo es positivo. Dos aspectos clave, la comunicación abierta y el reporte de errores, fueron señalados como áreas que requieren mayor desarrollo (Tello-García et al., 2023).

Retos para la seguridad del paciente

La seguridad del paciente se considera actualmente un componente clave de la calidad de la asistencia sanitaria, además se estima como un factor de riesgo prioritario para la salud pública. Es necesario un enfoque multinivel para garantizar la seguridad del paciente que implique a todos los agentes e incluya la tecnología y las estructuras disponibles para reducir los riesgos vinculados a la prestación de servicios de salud (Aibar-Remón et al., 2019).

Uno de los obstáculos son las deficiencias estructurales del sistema sanitario. Los especialistas y las camas hospitalarias son insuficientes, al igual que las respuestas de los niveles de atención primaria de salud; lo que se traduce en falta de acceso y calidad. Según estimaciones de la OMS, Colombia tenía menos de 1,5 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes en 2010, por debajo del estándar mínimo recomendado para una prestación adecuada de atención hospitalaria (Mytton et al., 2009).

La estabilidad financiera de los proveedores de servicios sanitarios puede verse comprometida por el endeudamiento, la insuficiencia de capital para respaldar las operaciones, la corrupción y la falta de transparencia, y entonces es poco probable que la seguridad de los pacientes figure entre las principales prioridades (Mira et al., 2013; Mytton et al., 2010).

El desarrollo de una cultura de la seguridad es esencial para mejorar la seguridad de los pacientes, pero constituye un reto importante. La falta de

conocimientos y de implicación entre los profesionales sanitarios en relación con las prácticas asistenciales seguras puede hacer que continúe el ciclo de atención insegura. Los gobiernos y las organizaciones han identificado la importancia de promover una cultura de seguridad del paciente; sin embargo, la adopción de enfoques sistemáticos no ha sido uniforme en todo el mundo (Carneiro et al., 2021). Según Carneiro et al., menos de la mitad de los encuestados declararon haber recibido formación formal sobre los principios de la seguridad del paciente.

Además, la interacción entre el paciente y el profesional sanitario es muy importante para los resultados en materia de seguridad. Los determinantes sociales de la salud son cruciales para estas interacciones, y muchos pacientes experimentan frustración o falta de apoyo dentro del sistema sanitario (Estrada-Orozco et al., 2024).

Esta falta de confianza puede hacer que los pacientes no confíen en que su participación repercuta en su atención, o que no identifiquen problemas de seguridad, lo que dificulta la mejora del sistema. Según Armijos et al. (2021), casi el 60% de los encuestados dudaban en informar sobre problemas de seguridad por miedo a represalias o porque no se haría nada.

La carga económica de los problemas de seguridad del paciente es considerable. Se cree que la atención médica insegura es un componente importante de los costes relacionados con la atención sanitaria, ya que consume hasta el 13% de los gastos médicos en lesiones o errores evitables (Mira et al., 2013). El costo financiero que supone la gestión de estos sucesos evitables puede desviar recursos de la atención esencial para combatir eventos adversos, reforzando así un patrón de medidas de seguridad deficientes (Astier-Peña et al., 2021).

Uno de los nuevos elementos que intervienen en la seguridad del paciente y que deberíamos insistir en que ha llegado para quedarse es la aplicación de una respuesta reparadora al daño. Las técnicas de sanación mutua se centran en la curación de los sucesos negativos; así, fomentan un entorno de apoyo entre pacientes y profesionales sanitarios. Esta salida pretende reparar la respuesta emocional y psicológica a los incidentes clínicos fomentando una cultura que apoye la seguridad y la transparencia. Según el Banco Mundial, las instituciones que han adoptado esos modelos

restaurativos han registrado un aumento del 20% en la revelación de sucesos adversos y del 15% en la satisfacción de los pacientes (Banco Mundial., 2023).

Marco de medición y vigilancia Una medida de seguridad de base amplia y una estructura de supervisión son fundamentales para establecer un entorno que fomente la mejora continua. Este enfoque integral promueve la identificación temprana de los peligros y apoya la evaluación de la base de pruebas para las intervenciones de seguridad. Mediante soluciones basadas en datos, las instituciones pueden optimizar las experiencias y la calidad de la atención al paciente. Según Pedroso y colaboradores el 72% de los hospitales con sistemas de seguimiento implantados experimentaron una mejora en las métricas de seguridad del paciente durante el primer año. (Pedroso et al .,2023).

Otra estrategia para mejorar la seguridad del paciente, especialmente en pediatría, son los equipos de emergencias médicas activados por la familia. Este método refuerza la capacidad de las familias para detectar signos tempranos de alerta de deterioro clínico, lo que conduce a un tratamiento precoz y a un menor número de eventos adversos prevenibles. Los hospitales que adoptan este enfoque han experimentado una disminución de hasta el 35% en los códigos azules pediátricos (Quintero-Duque et al., 2017).

Conclusiones

Resultados e impacto

Gracias a estos esfuerzos, Colombia ha logrado avances en materia de seguridad del paciente, con una reducción general de la prevalencia de infecciones relacionadas con la atención sanitaria y un aumento de la satisfacción de los pacientes. La incorporación de estos ejemplares a la agenda nacional de seguridad demuestra que es posible difundir prácticas exitosas de atención que mejoren la calidad asistencial global en el segmento hospitalario (Prachniak-Rincon et al., 2016; Pulgarín et al., 2020).

Orientaciones futuras

En un entorno hospitalario colombiano que cambia con rapidez, la integración de tecnologías relevantes se perfila como un pilar esencial para fortalecer la seguridad del

paciente. Pero no basta con incorporar innovación por sí sola. Su implementación debe ser cuidadosa y estratégica. Es vital adoptar un enfoque de seguridad desde el diseño, ya que el uso inapropiado o la falta de formación del personal sanitario puede generar riesgos considerables para los pacientes. A esto se suma otra necesidad: desarrollar tecnologías adaptadas al contexto local, Incluso apostar por tecnologías disruptivas, las llamadas “de salto”, podría marcar una diferencia significativa. Estas herramientas no solo optimizan la comunicación interna, sino que también elevan la eficiencia operativa dentro de los hospitales (Rocco et al., 2017; Banco Mundial, 2023).

Formación y desarrollo continuos del personal

Para garantizar una aplicación óptima de las nuevas tecnologías, es fundamental que el personal sanitario reciba una formación continua. Un informe también reveló que hay más organizaciones que suelen formar y educar en materia de tecnovigilancia, lo que refleja el buen índice de seguridad de los pacientes. También se insta a las instituciones a desarrollar sus programas de formación y refuerzo, que abordan específicamente el control y el uso de la tecnología biomédica, así como los mecanismos de notificación, que son fundamentales para mejorar los resultados en el ámbito de la seguridad de los pacientes (Banco Mundial., 2023).

Enfoques colaborativos

El sistema de salud Colombiano debe aprovechar las directrices y experiencias internacionales proporcionadas por las instituciones sanitarias mundiales para ayudar a orientar las prácticas locales. Dicha colaboración podría aportar información importante sobre los avances tecnológicos en farmacovigilancia y seguridad del paciente y ayudar a tomar mejores decisiones y medidas para contrarrestar las amenazas futuras (Pedroso et al., 2023; Banco Mundial, 2023). Las organizaciones sanitarias podrían afrontar mejor el cambio y las mejores prácticas en materia de seguridad del paciente si desarrollaran una atmósfera de colaboración.

Investigación y formulación de políticas

De cara al futuro, es crucial que tanto el gobierno como las instituciones sanitarias impulsen la investigación orientada a la seguridad del paciente,

especialmente en el contexto de las tecnologías emergentes. Este esfuerzo no puede ser unilateral. Es imprescindible incluir a todos los actores clave en el debate, autoridades, profesionales del sector y también a la ciudadanía. Involucrar al público en las conversaciones sobre políticas de salud no solo promueve la transparencia y la rendición de cuentas, sino que fortalece el sentido de apropiación comunitaria sobre las decisiones que impactan su bienestar. En este marco de participación activa y compromiso colectivo, el sistema hospitalario colombiano tiene una oportunidad concreta de mejorar la seguridad del paciente orientando sus esfuerzos hacia una atención sanitaria más eficiente y una ciudadanía con mayor confianza en el sistema (de Carvalho Barbosa Cavalcante et al., 2022; Quintero-Duque et al., 2017).

Referencias

1. Aibar-Remón, C., Barrasa-Villar, I., Moliner-Lahoz, J., Gutiérrez-Cía, I., Aibar-Villán, L., Obón-Azuara, B., ... & Ríos-Faure, D. (2019). Circulando hacia la seguridad del paciente: realidad y deseo. *Gaceta Sanitaria*, 33, 242-248.
2. Armijos, J. A. G., Cano, I. C. M., Coronel, A. A. R., & Clavijo, A. C. S. (2021). Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud: revisión sistemática. *Journal of American Health*, 11(3), 45–60.
3. Astier-Peña, M. P., Martínez-Bianchi, V., Torijano-Casalengua, M. L., Ares-Blanco, S., Bueno-Ortiz, J. M., & Fernández-García, M. (2021). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atención Primaria*, 53, 102224.
4. Carneiro, A. S., Dalmolin, G. D. L., Magnago, T. S. B. D. S., Moreira, L. P., Costa, E. D., & Andolhe, R. (2021). Patient safety culture in critical and non-critical areas: a comparative study. *Revista da Escuela de Enfermagem da USP*, 55, e20210141.
5. Corredor, S. M., Abrahamyan, A., Thekkur, P., Reyes, J., Celis, Y., Cuellar, C., & Zachariah, R. (2023). High level of infection prevention and control in surveyed hospitals in Colombia, 2021. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e70.
6. Del Carmen Sara, J. C. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 288–295.
7. de Carvalho Barbosa Cavalcante, A. K., de Macêdo Rocha, D., & Tolstenko Nogueira, L. (2022). Contribuciones de tecnologías digitales para la seguridad de pacientes en el contexto hospitalario. *Revista cubana de enfermería*, 38(2).
8. Estrada-Orozco, K., Gaitán-Duarte, H., & Eslava-Schmalbach, J. (2024). Patient safety as a public health problem. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 52(2).

9. Iosa, M. P. (2021, December). Vida digna y derecho a la salud en los fallos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. In *Forum* (No. 12, pp. 105–130).
10. Mira, J. J., Cho, M., Montserrat, D., Rodríguez, J., & Santacruz, J. (2013). Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 1–7.
11. Mytton, O. T., Velazquez, A., Banken, R., Mathew, J. L., Ikonen, T. S., Taylor, K., ... & Ruelas, E. (2010). Introducing new technology safely. *BMJ Quality & Safety*, 19(Suppl 2), i9–i14.
12. Pedroso, A. C., Fernandes, F. P., Tuma, P., Vernal, S., Pellizzari, M., Seisdedos, M. G., ... & Del Aguila Olaya, L. A. C. (2023). Patient safety culture in South America: a cross-sectional study. *BMJ Open Quality*, 12, e002362.
13. Prachniak-Rincon, C., & de Onís, J. V. (2016). HIV and the Right to Health in Colombia. *Health and Human Rights*, 18(2), 157.
14. Pulgarín, C. L. B., Antero, Y. C., & Ante, Y. N. A. (2020). Patient Safety in a First-Level Hospital in Colombia, According to London Protocol. *Nursing: New Perspectives*, 47.
15. Quintero-Duque, S. P., Quintero-Quintero, M. L., & Duque-Quintero, D. A. (2017). La seguridad social como un derecho fundamental para las comunidades rurales en Colombia. *Opinión Jurídica*, 16(32), 189–209.
16. Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785–795.
17. Sánchez, A. M., Betancourt, A., Mantilla, C., & Gonzalez-Vargas, A. M. (2017). Technovigilance and risk management as tools to improve patient safety in Colombian health care institutions. *Revista Ingeniería Biomédica*, 11(21), 57–64.
18. Tello-García, M., Pérez-Briones, N. G., Torres-Fuentes, B., Nuncio-Domínguez, J. L., Pérez-Aguirre, D. M., & Covarrubias-Solís, I. F. (2023). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 22(70), 111–138.
19. Vásquez Franco, C., & Pérez Trujillo, M. (2011). Guía para la implementación del Programa Nacional de Tecnovigilancia en el Hospital General de Medellín. *Revista Ingeniería Biomédica*, 5(9), 60-78.
20. Vítolo, F., & de Seguros, N. C. (2017). Seguridad del paciente: el caso económico parte 2: reduciendo el daño de manera efectiva y eficiente. *Revista cubana de enfermería*, 38(2).
21. World Bank. (2023). External assessment of quality of care in the health sector in Colombia. Washington, DC: World Bank.