

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE DE COLOMBIA, CHILE Y MÉXICO, Y ACCIONES
DESARROLLADAS EN EL PERIODO 2008 A 2018 QUE PUEDEN
FORTALECER LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN
COLOMBIA**

INVESTIGADORES
ANGIE KATHERIN BALAGUERA PÉREZ
MELISSA FERNANDA NIETO BARROSO
JAIRO ANDRÉS PEÑA HERNÁNDEZ
AURA KARINA ROSO ÁLVAREZ

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA
POSGRADO EN AUDITORIA EN SALUD
LINEA DE INVESTIGACIÓN AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD
BUCARAMANGA
2018**

**COMPARACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE
COLOMBIA, CHILE Y MÉXICO, EN EL PERIODO 2008 A 2018 Y ACCIONES
QUE PUEDEN FORTALECER LAS BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCIÓN
DE SALUD EN COLOMBIA**

**INVESTIGADORES
ANGIE KATHERIN BALAGUERA PÉREZ
MELISSA FERNANDA NIETO BARROSO
JAIRO ANDRÉS PEÑA HERNÁNDEZ
AURA KARINA ROSO ÁLVAREZ**

**ASESORA
AMPARO RUEDA DE CHAPARRO
MD. DOCENTE DE CÁTEDRA UNIVERSIDAD CES**

Trabajo de grado para obtener el título de Auditoria en Salud

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA
POSGRADO EN AUDITORIA EN SALUD
LINEA DE INVESTIGACIÓN AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD
BUCARAMANGA
2018**

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	4
LISTA DE FIGURAS	5
LISTA DE ANEXOS	6
INTRODUCCIÓN	7
RESUMEN	9
ABSTRACT	11
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	16
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	17
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1 MARCO LEGAL	18
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	23
3. OBJETIVOS.....	32
3.1 OBJETIVO GENERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	32
4. METODOLOGÍA	33
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO.....	33
4.2 TIPO DE ESTUDIO.....	33
4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	33
4.3.1 Criterios de Inclusión.....	33
4.3.2 Criterios de Exclusión	33
4.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	34
4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	36
4.6 INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS.....	36
4.7 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	36
5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS	39
6. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	39
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
8. RESULTADOS	41
9. CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Programas de riesgo significativo, OMS.

Tabla 2. Retos del programa de seguridad del paciente, OMS.

Tabla 3. Prácticas seguras recomendadas por diversas organizaciones internacionales.

Tabla 4. Términos identificados en el material bibliográfico de México.

Tabla 5. Descripción de variables del objeto de estudio.

Tabla 6. Similitudes y diferencias programa seguridad del paciente en Colombia, Chile y México.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de maduración hacia la cultura de la seguridad del paciente.

Figura 2. Búsqueda de fuentes electrónicas.

Figura 3. Caracterización programa de seguridad del paciente en Colombia.

Figura 4. Caracterización programa de seguridad del paciente en México.

Figura 5. Caracterización programa de seguridad del paciente en Chile.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Similitudes y diferencias programa seguridad del paciente en Colombia, Chile y México.

INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es un componente esencial de la calidad de la atención en salud, y el “no hacer daño” es un principio básico de actuación en cualquier escenario de práctica clínica en el que se encuentra involucrado un paciente y, la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo.

En los diferentes niveles de atención y ámbitos asistenciales existe la posibilidad de que se presenten fallos tanto del sistema como del talento humano responsable de brindar la asistencia al usuario, los cuales finalizan en la ocurrencia de incidentes o eventos adversos prevenibles, que afectan el bienestar físico, psíquico y/o social del paciente y su familia como primera víctima, el del profesional de la salud que ha brindado la atención como segunda y la imagen de la institución en donde ocurre la situación, como tercera, situación que obliga a los prestadores de servicios de salud a establecer sistemas basados en evidencia científica enfocados a controlar la seguridad del paciente.

La atención insegura ha generado daño y discapacidad y ha impactado negativamente en la economía debido a los costos adicionales por los servicios de salud para el manejo clínico de los eventos que afectan la salud de los pacientes afectados, la disminución de ingresos consecuencia de la pérdida de imagen institucional y de las demandas por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad. Lo anterior, llevó en el año 2004 a la dirección general de la Organización Mundial de la Salud, a poner en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, para promover esfuerzos mundiales dirigidos a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes.

La Seguridad de la Atención en Salud, es un proceso que se debe enfocar en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos y su prevención, mediante intervenciones de los factores que generan las acciones inseguras que contribuyen a su aparición, con acciones basadas en evidencia científica.

A partir de la creación de esta Alianza, los diferentes países han formulado políticas de seguridad del paciente y las instituciones de salud han utilizado diversas estrategias para estimular a su personal de salud y a los pacientes en la aplicación de buenas prácticas con el fin de disminuir y controlar los riesgos inherentes a la atención en salud y evitar la producción de eventos adversos que afectan la calidad de vida de la población en general.

A partir de 2008, Colombia impulsó la Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con el fin de mejorar los procesos que se realizan durante la prestación de los servicios de salud a los usuarios así como la estructura o ambiente en que éstos se brindan para obtener mejores resultados.

Se han identificado avances en su desarrollo e implementación como la publicación de una Guía técnica de Buenas Prácticas en Seguridad a las cuales se desarrolló unos paquetes instruccionales con las directrices técnicas para su implementación, y, su posterior actualización con el fin de ajustarlos a la mejor evidencia disponible y para cubrir brechas que habían impedido su ejecución efectiva al interior de las Instituciones de Servicios de Salud así como sugerir indicadores para evaluación de su impacto. Adicionalmente, pasó de la recomendación del estado de trabajar en seguridad del paciente a la obligatoriedad de contar con una estructura funcional para liderarla a nivel institucional y un Programa de Seguridad del Paciente. Sin embargo, la evidencia clínica en Colombia, indica que a pesar de todos los esfuerzos realizados, la frecuencia de lesiones o daños en el paciente durante el proceso de atención, que son prevenibles, aún es alta.

En el año 2005, Chile puso en marcha una nueva reforma de salud que incluyó la garantía de calidad para los pacientes, materializada en políticas públicas y programas de seguridad del paciente, reguló los derechos y deberes que tienen las personas en el marco de la atención de salud, reglamentó la normatividad relacionada con la seguridad del paciente y el sistema de evaluación de calidad, en la que resalta la ley de derechos y deberes de los pacientes. En el 2012, aprobó los protocolos y normas sobre seguridad de paciente y calidad de la atención en salud y dispuso que todo prestador público o privado debía cumplir con la implementación, seguimiento y monitorización de protocolos y normas de seguridad de la atención definidos por el ministerio así como la medición y reporte de indicadores para conocer el estado de la seguridad del paciente en el país.

Desde el año 2007, México reconoció la seguridad del paciente como un componente fundamental para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, y fue incluido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y en el Programa Nacional de Salud, de la Secretaría de Salud establecido para el mismo período. Se han desarrollado diferentes actividades para reducir los eventos adversos prevenibles derivados de la atención en salud, principalmente en los hospitales públicos de mediana y alta complejidad. Las acciones esenciales para la seguridad de paciente dentro del modelo del Consejo de Salubridad General actualizadas a 2017, fueron ponderadas como indispensables para las Reglas de Decisión Unificadas y aplican para todos los establecimientos de atención en salud (Hospitales, Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades y Unidades de Hemodiálisis) con el fin de fortalecer la seguridad de los pacientes durante el proceso de atención en salud.

Con el fin de identificar qué acciones relevantes se han implementado en estos países de Latinoamérica para mejorar la seguridad del paciente, se elaboró la presente monografía, en la que se muestra los resultados de la comparación de los Programas de Seguridad del Paciente de Colombia con Chile y México, lo cual facilitó la identificación de acciones esenciales que podrían incorporarse en Colombia para mejorar los patrones de conducta individual y grupal con el propósito de minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos, según el escenario clínico que corresponda, y, ofrecer a los pacientes, cuidados más seguros.

RESUMEN

- **Introducción:** La Seguridad del Paciente es un factor prioritario en la calidad de la atención en salud, cuyo objetivo es reducir y en lo posible eliminar la ocurrencia de lesiones o daños en el paciente, generadas por errores no intencionales que también afectan negativamente a los profesionales y demás equipo prestador de los servicios de salud y a la imagen de la institución y se convierten en un problema de salud pública.

En 2004, la OMS puso en marcha la Alianza por la Seguridad del Paciente, para estimular al personal de salud y a los pacientes en la aplicación de buenas prácticas con el fin de disminuir y controlar los riesgos inherentes a la atención en salud y evitar la producción de eventos adversos. Colombia, Chile y México adoptaron estrategias; en Colombia se sabe qué es lo que hay que hacer pero no se hace en la medida en que se debería. Conseguir avances en la mejora de la seguridad del paciente requiere Investigación, y el presente estudio cualitativo se hizo con el propósito de establecer qué condiciones se pueden adicionar a las existentes en Colombia, qué otras prácticas seguras son fundamentales en la atención de los pacientes, qué y cuáles son los elementos que se debe medir para evaluar la adherencia del personal asistencial en su aplicación, con el fin de generar una propuesta viable para los prestadores de servicios de salud.

- **Objetivo:** Realizar un análisis comparativo entre los Programas de Seguridad del Paciente de Colombia, Chile y México, para visualizar similitudes y diferencias con el fin de aprender y compartir tanto información como enseñanzas, en la búsqueda de las mejores prácticas enfocadas a minimizar los riesgos en la atención del paciente para lograr el mejoramiento del desempeño organizacional.
- **Metodología:** Se categorizaron los elementos a comparar del Programa de Seguridad del Paciente, se identificaron los criterios de buenas prácticas de las instituciones de referencia, se recogió la información, se resumieron los datos encontrados, se hizo el análisis, se establecieron las diferencias, se incluyeron las condiciones que son viables, se recopilaron las recomendaciones y se incluyeron aquellas que podrían mejorar la implementación de las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.
- **Resultados:** Después de revisar investigaciones realizadas, se evidencia en pacientes hospitalizados que en Colombia la prevalencia de eventos adversos es de 13.1%, en Chile fluctúa entre el 6,2% y el 15,7% y en México los resultados obtenidos estiman que 8% de los pacientes sufren de un evento adverso. En todos los contextos, los relacionados con los procedimientos son los más frecuentes.

Al analizar las diferentes alternativas que los países han definido, existe un amplio desarrollo de los estándares y criterios para la implementación de

prácticas seguras comunes en el Programa de Seguridad del Paciente, que incluyen aspectos esenciales que permiten generar cambios y evitar patrones perjudiciales de comportamiento. Algunas de estas acciones esenciales, no están incluidas en la implementación de las Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en Colombia; su incorporación podría contribuir a mejorar la cultura de seguridad del paciente y disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela.

- **Conclusiones:** El diseño del Programa de Seguridad del Paciente en Chile, Colombia y México es similar; se identificaron diferencias en las estrategias de implementación de buenas prácticas y en los elementos medibles que aportan a su mejoramiento. Todas las prácticas seguras identificadas y las condiciones que ayudan a su cumplimiento son necesarias.

Palabras clave: Seguridad del Paciente, Buenas Prácticas, Prácticas esenciales de Seguridad del paciente.

ABSTRACT

- **Introduction:** Patient Safety is a priority factor in the quality of health care, which aims to reduce and, if possible, eliminate the occurrence of injuries or damage to the patient, generated by unintentional errors that not only affect professionals, additional healthcare individuals negatively but also the reputation of a health care institution. As a result, this situation may become a public health problem.

In 2004, the WHO launched the Alliance for Patient Safety; it was to encourage healthcare personnel and patients to apply good practices in order to reduce and control the risks inherent in health care and avoid production of adverse events. Colombia, Chile and Mexico adopted strategies; in Colombia, for instance, it is known what it requires to be done but it is not done to the extent that it should. Achieving advances in the improvement of patient safety requires further and extensive research, and the present qualitative research was made with the purpose of establishing what conditions can be added to those existing conditions in Colombia, also what other safe practices are fundamental within the care of patients; in addition, what and which are the elements that must be measured to evaluate the adherence of the healthcare personnel in their application in order to generate a viable proposal for the providers of health services.

- **Objective:** Carrying out a comparative analysis between the Patient Safety Programs of Colombia, Chile and Mexico, to visualize similarities and differences in order to learn and share both information and lessons, in the search for best practices aimed at minimizing risks in patient care resulting in achieving the improvement of organizational performance.

- **Methodology:** The elements to be compared of the Patient Safety Program were categorized, the good practice criteria of the reference institutions were identified, the information was collected, the results were summarized, the analysis was made, the differences were established, the conditions that are feasible were included, the recommendations were compiled and those that could improve the implementation of the Good Patient Safety Practices were also added.

- **Results:** After revising the carried out research, it was found, in hospitalized patients in Colombia, the prevalence of adverse events is 13.1%, in Chile it fluctuates between 6.2% and 15.7% and in Mexico the results obtained estimate that 8% of the Patients suffer from an adverse event. In all contexts, those related to procedures are the most frequent.

When analyzing the different alternatives that the countries have defined, there is a broad development of standards and criteria for the implementation of safe practices that are common in the Patient Safety Program, which include essential aspects that allow generating changes and avoiding harmful behaviour patterns. Some of these essential actions, not included in the implementation of Good Practices por Patient

Safety in Colombia; its incorporation could contribute to improve the culture of patient safety and decrease the probability of occurrence of an adverse event or sentinel.

- **Conclusions:** The design of the Patient Safety Program in Chile, Colombia and Mexico is similar. Besides, differences were identified in the implementation strategies of good practices and in the measurable elements that contribute to their improvement. All the safe practices identified and the conditions that help its compliance are necessary.

Key words: Patient Safety, Good Practices, Essential Patient Safety Practices.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En diciembre del 2001 la Organización Mundial de la Salud en su informe de la Secretaría EB109/9 recomendó clasificar, medir, notificar y prevenir los eventos adversos, estableciendo una base de pruebas científicas exhaustivas sobre la epidemiología de los eventos e identificar las prácticas idóneas, promover las expectativas de seguridad y desarrollar normas para el buen desempeño de los servicios de salud, aplicar mecanismos para el buen funcionamiento de los sistemas de seguridad de la atención de salud, aplicar marcos regulatorios de prevención, vigilancia y notificación de los eventos adversos y facilitar el intercambio de información entre los países y las instituciones de salud.

En 2002 celebró en Ginebra la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los Estados Miembros a “prestar la mayor atención posible al problema de la SP” y a “establecer y reforzar sistemas basados en la evidencia científica, necesarios para mejorar la SP y la calidad de la atención sanitaria”.

En el 2004 se puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, creada con el objetivo de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, propiciando la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria.

En el año 2005, se dio a conocer “La Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente, que incluye recomendaciones dirigidas a las instituciones europeas, las autoridades políticas y organizaciones sanitarias de los estados miembros”. (7)

En lo que corresponde al territorio latinoamericano, en el año 2011, cinco países de la región (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú) apoyados por la OPS/OMS en el marco de la Alianza mundial para la seguridad del paciente, participaron en el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos, cuyos resultados indicaron que aproximadamente uno de cada diez pacientes hospitalizados sufría de un daño en su atención y que más de la mitad pudieron haber sido prevenidos. Así mismo, se definió que los eventos adversos más frecuentes eran las infecciones nosocomiales (38%) y los relacionados con los procedimientos ejecutados (26.4%).(8)

De otra parte, se identifican estudios realizados en territorios delimitados, que han permitido determinar las estrategias o medidas a seguir según las necesidades o hallazgos previstos.

En Chile, se realizó un estudio retrospectivo de cohortes en 500 pacientes dados de alta entre el 16 y el 31 de enero de 2012, determinándose en una clínica privada, la identificación de los eventos adversos. En los resultados hallados se encontraron 31 eventos adversos; de éstos, 27 pacientes presentaron un evento adverso, 2 pacientes dos eventos adversos y otros 2 tuvieron tres eventos adversos. El servicio de origen de los pacientes que presentaron mayor tasa de eventos adversos por cada 100 altas fue: Unidad de pacientes críticos (21,4), seguido de Obstetricia y ginecología (7) y hospitalización médico-quirúrgica (6); veintinueve de los 31 eventos adversos fueron categorizados como leves (78,4%), 7 como moderados (18,9%) y uno como grave (2,7%); así mismo, se produjeron 12 eventos adversos que tuvieron su origen durante un procedimiento (32,4%), 12 relacionados con los cuidados (32,4%), 5 relacionados con la medicación (13,5%), 4 infecciones nosocomiales (10,8%) y 3 en el proceso diagnóstico (8,1%). (9)

En México, los resultados obtenidos por diferentes investigaciones, ha permitido estimar que, aproximadamente, ocho de cada cien pacientes sufren de un evento adverso; aquellos relacionados con los procedimientos (32%) son los más frecuentes. La importancia de este tipo de evento adverso también ha sido documentada en otro estudio, realizado en un hospital de enfermedades respiratorias, en donde 11% de los eventos adversos estuvieron relacionados con el retraso quirúrgico para el tratamiento de empiema. Los eventos adversos que sufrieron los pacientes quirúrgicos adultos, atendidos en las tres principales instituciones públicas de salud de México, estuvieron, en su mayoría, relacionados con un procedimiento (57%), seguidos de aquellos vinculados con las infecciones nosocomiales (19.3%) y con el diagnóstico (9.9%); poco más de la mitad (56.6%) de los eventos adversos fueron calificados como graves por los médicos responsables de la valoración.(8)

Colombia mostró durante el estudio IBEAS, una prevalencia de eventos adversos del 13.1%, donde el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento.(1)

Adicionalmente, se han realizado muchos otros estudios relacionados con Eventos Adversos asociados a la atención de salud en diferentes servicios como el Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, noviembre 2002 – octubre 2003, realizado por Gaitán Hernando, et al. que reportó una incidencia de eventos adversos durante la hospitalización de 12%. En la Revista de Ingeniería Biomédica de la Escuela de ingeniería de Antioquia - Universidad CES, Medellín del período Julio-diciembre 2010, se publicó la Incidencia de eventos adversos asociados a dispositivos médicos en una Institución de salud en Colombia en el cual se evidenció el uso incorrecto de los dispositivos médicos en el servicio de cirugía como falla activa generadora de los mismos; otro estudio observacional Factores asociados al tiempo de ocurrencia de los eventos adversos, en 2 instituciones privadas de tercero y cuarto nivel, Bogotá, 2008 y 2009, mostró que hay un riesgo relativo mayor de presentar evento adverso en sujetos entre 5 y 44 años de edad, pertenecientes a una especialidad Quirúrgica, en los Servicios Ambulatorios incluyendo Urgencias.

En el 2006, en un estudio llevado a cabo en tres instituciones prestadoras del servicio de salud, se detectaron 505 pacientes con eventos de tamización positivos. De ellos, 310 sujetos presentaron al menos un evento adverso durante la hospitalización y se consideró evitable en 189 sujetos (61%); ocurrió discapacidad permanente en 1,3% y la mortalidad asociada al evento adverso fue de 6,4%. Como consecuencia del evento adverso el tiempo de hospitalización se incrementó un total de 1072 días. (10)

En el 2017, Vargas Rosero E, Coral Ibarra R, Moya plata D., Ortiz VT, Mena y Romao González desarrollaron un estudio en el entorno hospitalario de pacientes con enfermedad crónica en el cual se concluyó que en la mitad de los pacientes se evidenció apropiación sobre el cuidado y la prevención del riesgo; en consecuencia, es alto el grado de vulnerabilidad frente a las condiciones del entorno hospitalario en las cinco macrorregiones geográficas de Colombia (Amazonia, Andina, Caribe, Orinoquía y Pacífico).

Debido a este dinamismo y amplio campo de acción y riesgo, el desarrollo legal también ha ejercido una función influyente en la materialización y promoción a la implementación de la seguridad del paciente en cada país, salvaguardando en todo caso, los supuestos constitucionales y legales establecidos.

Ante esta realidad, mejorar la Seguridad del Paciente se ha convertido en una estrategia prioritaria de la Política de Calidad y se han adoptado estrategias para abordar la ocurrencia de Eventos Adversos, intentado garantizar la Seguridad en la Atención en Salud.

A pesar de todas las iniciativas (Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente) implantadas, no existen muchas publicaciones que reflejen su efectividad. En consecuencia, es necesario obtener información clara y actualizada para la aplicación y cumplimiento del principio correspondiente a la seguridad del paciente, toda vez que permite ampliar la visión de este concepto y adquirir conocimientos que ayuden a mejorar su implementación.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención en salud, lo cual implica entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada que aborden las causas fundamentales de la atención poco segura.

En los últimos años en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas que lleven a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud, y, conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente es la primera de las «buenas prácticas» o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente.

Establecer un programa de actuación en el cuidado de la salud por parte del personal asistencial así como de los pacientes y sus cuidadores, con unas directrices claras que se trasladen a la práctica clínica y al autocuidado, para implementar medidas de prevención de eventos adversos evidentemente se traduce en cambios reales en la seguridad de los pacientes. Sin embargo, la conducta de las personas en el ámbito profesional y en el personal es el resultado de años de experiencia, cuestiones emocionales, formación y el entorno y es difícil de cambiar. En cualquier caso, si bien no hay fórmulas que garanticen el éxito, sí hay estrategias centradas en los procesos internos que pueden ser efectivas para facilitar los cambios de conducta.

Aunque todos los Programas de Seguridad del Paciente tienen el mismo objetivo para minimizar los riesgos en la atención en salud y reducir la ocurrencia de lesiones o daños no intencionales, durante la atención en salud, cada país tiene sus particularidades, y, quienes aspiren a incrementar la calidad de los servicios, deben realizar acciones de mejora oportunas para intentar disminuirlos al máximo.

Con base en los resultados obtenidos, es prioridad nacional avanzar en el fortalecimiento del programa de seguridad del paciente en las IPS y merecen ser consideradas las medidas adoptadas por otros países de América Latina con el propósito de aprovechar la información recopilada y determinar si ésta logra modificar la implementación de barreras y defensas (prácticas seguras) que disminuyan la probabilidad de la presencia del error.

Desde el punto de vista metodológico, comparar nuestra realidad con la de otros países, amplía el conocimiento del alcance que debe brindarse a los pacientes, aporta información y ofrece instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen acciones en el Programa de Seguridad del Paciente de Chile y México desarrolladas durante el período 2008 a 2018, comparado con el de Colombia, que puedan fortalecer las Buenas Prácticas en la Atención en Salud de Colombia, para hacerla más segura?

MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO LEGAL

- Colombia:

Colombia, al ser un Estado Social de Derecho, reconoce que los principios y derechos fundamentales son inalienables e inherentes a la persona humana. La Constitución Política se consagra como la norma de normas, enmarcándose como la primacía de su contenido en todo caso de incompatibilidad con la ley u otra norma jurídica. (13)

De esta manera, el artículo 49 de la norma ibídem, modificado por el Acto Legislativo 02 de 2009 y Reglamentado por la Ley 1787 de 2016, establece que: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.” (13)

Teniendo en cuenta lo anterior, el reconocimiento de la salud y la garantía de acceso a sus servicios, no se encontraban consagrados como un derecho fundamental, sino que, era interpretado como un derecho de segunda generación, al encontrarse ubicado en los parámetros de los derechos prestacionales; es decir, dentro del marco económico, social y cultural.

Posteriormente, se da origen y entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En su contenido, se encuentran artículos que determina competencias, funciones, obligaciones, derechos y se regula el acceso al sistema de seguridad integral en Colombia.

En el artículo 173 de la norma en cita, se prevé la reglamentación de las funciones a cargo del Ministerio de Salud, encontrando entre otras, las siguientes:

“1. Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el sistema general de seguridad social en salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República” (14)

“2. Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades promotoras de salud y por las instituciones prestadoras de servicios de salud del sistema general de seguridad social en salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.” (14)

Así mismo, el artículo 185 reglamenta que las instituciones prestadoras de servicios “deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera” (14)

Simultáneamente, el contenido del artículo 227 de la Ley 100, señala que “es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud” (14), encontrando como norma vigente y regulativa, el Decreto 780 de 2016 por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y compila las normas reglamentarias preexistentes, incluyendo en la Parte 5, Título 1, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SOGCS.

En este Decreto, se señala en el contenido del artículo 2.5.1.2.1., numeral 3, una de las características del SOGCS, identificada como la seguridad, definida como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.” (15)

En el artículo 2.5.1.4.1., numeral 2 de la norma ibídem, menciona que la auditoria para el mejoramiento de la calidad corresponde a “la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.” (15)

Así mismo, el artículo 2.5.1.4.3 se encarga de definir los tres tipos de acciones a las que se puede recurrir para exigir, entre otras, la garantía y protección del paciente y su seguridad:

“Acciones preventivas: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

Acciones de seguimiento: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

Acciones coyunturales: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los

procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.” (15)

Evocando lo señalado en acápites anteriores, la salud en Colombia si bien era reconocida como un derecho constitucional, no se enmarcaba dentro de los derechos fundamentales de las personas. Por lo cual, para invocarlo por medio de acciones subsidiarias como lo es la Tutela, el accionante debía argumentar la conexidad de la salud con otros derechos fundamentales que llegaren a ser vulnerados según el caso concreto.

Por lo anterior, en el amplio desarrollo jurisprudencial, la Corte Constitucional decidió unificar la interpretación de los derechos de primera y segunda generación, considerando que “los derechos civiles y políticos así como los derechos sociales, económicos y culturales son derechos fundamentales que implican obligaciones de carácter negativo como de índole positiva”. (17)

En virtud con lo señalado, el poder legislativo, estableció que la salud debía reconocerse como un derecho fundamental, autónomo e inherente a la persona humana, creándose de esta manera la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Así, el artículo 2, “comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (18); exigiendo la implementación de programas o estrategias que garanticen los servicios de salud bajo criterios de calidad y mejoramiento continuo.

Por otra parte, la Resolución 256 de 2016 por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, establece en el contenido del artículo 4, la adopción de estos indicadores y estipula que el “monitoreo contará con un enfoque sistémico que presenta un conjunto de indicadores trazadores agrupados en los dominios de efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia de la atención.” (19)

- Chile:

La Constitución Política de la República de Chile, establece en el capítulo III, artículo 19, numeral 9, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud como un derecho constitucional y un deber de garantía proporcionada por el Estado. (20)

“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud". (20)

La Ley 20584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, estableciendo en el Título II, párrafo 1°, artículo 4 que: "Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado."(21)

Así mismo, el Decreto 15 de 2007, el cual establece el reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud, se encuentra actualmente modificado por el Decreto 12 de 2012, menciona en el Artículo 4 que hay estándares mínimos que se deberán cumplir, según los distintos tipos de establecimientos y los niveles de complejidad de las prestaciones, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios. (22)

En la Resolución 1031 exenta, el Ministerio de Salud de Chile, aprueba protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención de salud. Estableciendo en el Artículo 5, que "la seguridad del paciente y la calidad de la atención son componentes fundamentales de la atención de salud, conjugándose en ellos aspectos propios del sistema sanitario implementado, condiciones del paciente y las acciones humanas." (23)

En la norma se aprobaron protocolos y normas que rigen la seguridad del paciente y la calidad de la atención con el fin de ser aplicados por los prestadores institucionales públicos y privados, incluyendo el reporte de eventos adversos y eventos centinela, la aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía, análisis de re operaciones quirúrgicas no programadas, programas de prevención de enfermedades, entre otras estrategias que se consideraron necesarias para salvaguardar el derecho constitucional a la salud. (23)

- México:

En el mismo contexto de norma soberana, México, establece en su Constitución Política, el derecho a la salud como una garantía individual, encontrando en el

contenido del artículo 4 que, “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.(24)

En cuanto a la ley que define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, se encuentra la Ley General de Salud, la cual reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, de conformidad con el artículo 4 de la Constitución Política.

Así, se establece en el artículo 1 “las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.”

Seguidamente, el artículo 5 expresa que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.” (25)

El gobierno de México, para comenzar a apoyar la seguridad del paciente, incluye en los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, ubicados en el eje 3, “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, y “brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.” (26)

La Secretaría de Salud en pro de prevenir todo daño que se pueda causar a un paciente en momento de su atención pública, crea el Plan Sectorial de Salud 2007-2012, en el cual se expresa que, “para lograr un México saludable se requiere implementar estrategias anticipatorias que fortalezcan y amplíen la lucha contra riesgos sanitarios, en la Sección 3 en donde se refiere a prestar servicios con calidad y seguridad, donde se plantean varias metas y una de ellas es “Implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público”; seguidamente, en la Sección 4 aclara las estrategias con las cuales alcanzar las metas propuestas entre esas estrategias están, “fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios, situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud, fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos, entre otras” (27).

Con el fin de contextualizar en mayor medida el concepto de seguridad del paciente en México, se crea el instructivo 327 de 2011, el cual explica las diez estrategias que se deben tener en cuenta para garantizar la seguridad del paciente; direccionadas a: fomentar la cultura de Seguridad del paciente, hacer corresponsable al paciente de su seguridad en proceso de atención, promover la atención basada en evidencias, identificar correctamente a los pacientes, contribuir al uso racional y seguridad de los medicamentos, favorecer los cuidados seguros, prevenir y reducir la infección asociada a la atención, mejorar la seguridad de la

cirugía, propiciar la comunicación efectiva con los pacientes y entre los profesionales de la salud y, promover la seguridad del equipo de salud.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

La Seguridad clínica es uno de los componentes esenciales de la calidad, por lo tanto, es necesario abordar la seguridad del paciente de manera planificada para que en las actuaciones de cuidado al paciente se tenga presente dónde pueden existir deficiencias, para poder proponer medidas correctivas que disminuyan las probabilidades de que esos efectos ocurran, como establece el Servicio de Salud de Castilla La Mancha, SESCAM, en el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente, Vol 1. 2009-2012.

Cualquier escenario clínico en el que se encuentre involucrado un paciente, es suficiente para que se presenten eventos adversos; los cambios constantes de las condiciones que presenta el paciente y los trabajadores de la salud, así como la complejidad que contiene cada procedimiento clínico o quirúrgico, son generadores de dichos errores que en todo caso, deben ser evitados en la medida de lo posible.
(1)

Con ocasión a esta finalidad, nace la obligación de definir la seguridad del paciente como “un principio fundamental de la atención sanitaria”(2), que exige además, la creación de estrategias, políticas y acciones que permitan mantener la integralidad de la atención en salud.

En este contexto, el concepto seguridad del paciente unifica la estructura, los procesos, los instrumentos y las metodologías basadas en evidencia científica, que permitan coordinar esfuerzos para disminuir el riesgo de sufrir un daño prevenible en el proceso de atención de salud o de por lo menos, atenuar sus consecuencias; basándose no solamente en el cumplimiento de normas, sino también, en la capacidad de anticipación, la evaluación de los riesgos y el hacerse cargo de sus efectos.(3)

Los propósitos acciones y retos fundamentales de la Alianza por la Seguridad del Paciente, fruto de la Asamblea de la OMS, se reflejan en los siguientes tres (3) Programas de Riesgo Significativo y en los cuatro (4) retos del Programa de Seguridad del Paciente.

Tabla 1. Programas de Riesgo Significativo, OMS

1. Una atención limpia es una atención más segura. Política de Higiene de Manos.
2. La cirugía segura salva vidas. Listado de Verificación Cirugía Segura.
3. Lucha contra la resistencia a antimicrobianos.

Tabla 2. Retos del Programa de Seguridad del Paciente, OMS

1. Pacientes por la Seguridad del Paciente.
2. Sistemas de notificación y parendizaje.
3. Gestión del conocimiento.
4. Prácticas Clínicas seguras.

Evitar la ocurrencia de los eventos adversos, debe fundamentarse en el estudio e investigación del porqué se presentan, estableciendo como indicador significativo, los escenarios clínicos y los factores de cambios constantes que involucren al paciente como el indicador significativo para mostrar la calidad de la atención en una institución de salud. (1)

De esta manera, el diseño de programas y parámetros que potencialicen los objetivos de la prestación de servicios de salud, deben establecer labores y medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno, la gestión del riesgo, la seguridad del equipo y las prácticas clínicas seguras; abarcando de esta manera, casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria. (4)

Como refiere el Dr. Ezequiel Garcia Elorrio, Director de Calidad y Seguridad en Atención Médica, Director de Administración, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, de Argentina, en el Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente, dictado con el apoyo de la OMS, los errores repetidos son el reflejo de un proceso de atención que requiere una acción focalizada y rápida, más aún si conllevan daño al paciente. Para ello existen diversos métodos de mejora que pueden ser utilizados (URC, IHI entre otros) que logran cambios en forma acelerada ante situaciones de riesgo. Su corrección (siempre y cuando sea factible desde la disponibilidad de intervenciones) es un excelente motivador sobre que el cambio es posible. El liderazgo institucional es el elemento fundamental para lograr que estos cambios sean efectivos. Por eso es vital su activo involucramiento.

Uno de los requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención de salud, a partir del aprendizaje de los errores y el rediseño de los

procesos para evitar su recurrencia, es contar con una cultura positiva sobre seguridad del paciente, que en el informe publicado el 2003 por el National Quality Forum de los Estados Unidos ha sido señalada como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente, y, su medición, la realimentación de los resultados así como las intervenciones para mejorarla, son fundamentales. Como refiere el Dr. Carlos Aibar Remón, Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza y Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España, en el Curso Virtual de Introducción a la investigación en Seguridad del Paciente, la Cultura hacia la Seguridad del Paciente, se cambia poco a poco, y, a medio y largo plazo, y la perseverancia es determinante en este sentido.

Es necesario contar con un Programa de Seguridad del Paciente, con las herramientas necesarias para reducir y en lo posible eliminar los eventos adversos. Dentro de estas herramientas, están las estrategias utilizadas en la gestión proactiva y retrospectiva de los riesgos del proceso de atención en salud.

La gestión del riesgo proactiva (antes de que suceda el evento) está orientada a la identificación y análisis de los riesgos asociados a la atención en salud, así como al desarrollo de planes de acción para prevenirlos e informar a los profesionales de los logros obtenidos. Adicionalmente, la gestión del riesgo retrospectiva (después de que ha sucedido el evento), ofrece herramientas de gran utilidad como el Análisis Causa Raíz, revisando sistemáticamente los factores contribuyentes, con énfasis en los centinela, para prevenir su repetición.

Existen diferentes métodos para la identificación de riesgos relacionados con la seguridad del paciente como análisis de reclamaciones y sugerencias, rondas de seguridad, revisión de historias clínicas, sesiones para aprender de los errores, estudios epidemiológicos, entre otros.

Existen dos modelos de gestión de riesgos presentes hoy en día, a saber:

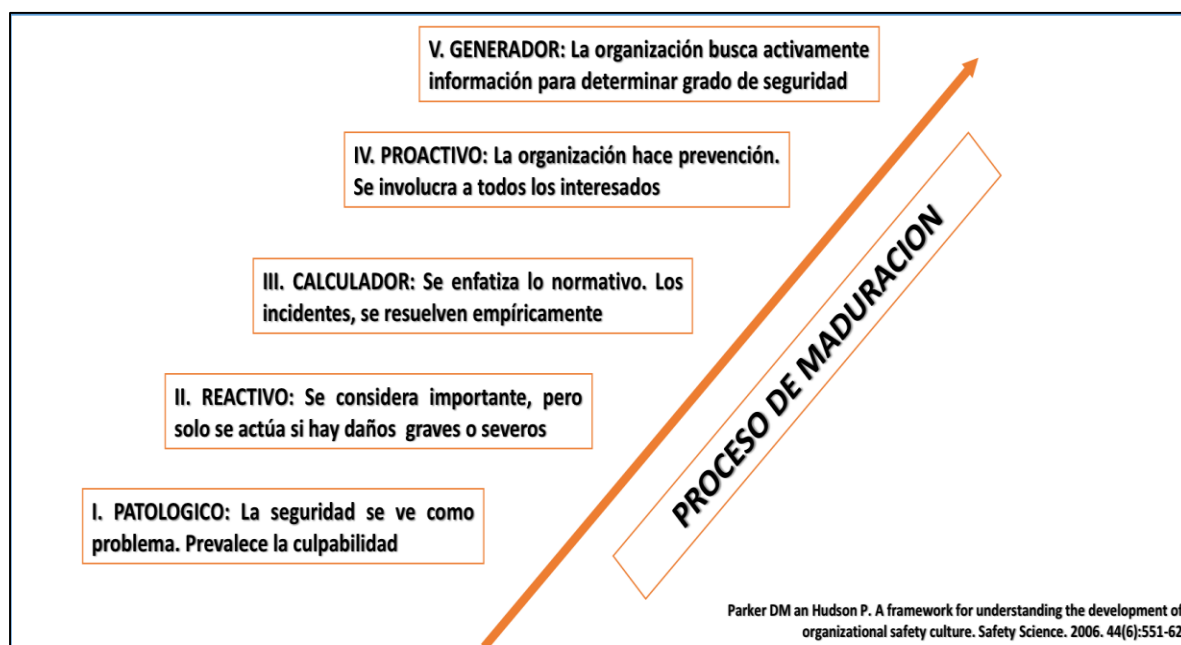
El modelo centrado en la persona el cual es un modelo punitivo, basado en la cultura de culpa y en las medidas disciplinarias, que no impide nuevos errores e imposibilita el conocimiento a partir de la experiencia. De acuerdo a este modelo, los eventos adversos son principalmente debidos a las distracciones o lapsus de las personas, que planifican o realizan incorrectamente sus tareas, ya sea por incompetencia o porque, por ejemplo, deciden correr determinado riesgo. Este enfoque centrado ha demostrado no ser efectivo para reducir los eventos adversos y mejorar la seguridad de la atención.

El otro modelo es centrado en el sistema. A diferencia del anterior tiene un enfoque explicativo y resolutivo. Sostiene que todas las personas cometen errores, pero estos son consecuencia de una serie de eventos o sucesos encadenados que deben ser buscados en el sistema. Este enfoque no busca responsables, sino que centra su mirada en las condiciones en las que trabaja el equipo de salud.

La investigación es de naturaleza colectiva y analiza los factores contribuyentes al error, diseñando estrategias más seguras, mediante la instauración de barreras que protejan a los usuarios. Los errores se ven como consecuencias y no como causas, no es importante el quién, sino el cómo y el porqué.

Resulta imperativo tomar conciencia y medir las implicaciones de aplicar uno u otro. Es evidente que el modelo centrado en la persona deberá tender hacia su eliminación dando lugar a que toda evaluación y gestión del riesgo en salud se enfoque desde el punto de vista sistémico, lo que permitirá avanzar en lo que la Organización Panamericana de la Salud denomina el “proceso de maduración hacia la cultura de la seguridad”, y cuyas diferentes etapas se observan en la siguiente figura.

Figura 1. PROCESO DE MADURACIÓN HACIA LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.



Las intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención en salud y a mejorar la seguridad del paciente, son las llamadas Prácticas Seguras. Dentro de éstas, las más recomendadas por diferentes organizaciones y agencias internacionales como OMS Soluciones en seguridad del paciente (2007), QF PSP for better healthcare (2010), AHRQ Evidence for PSP (2013) Y JC National PS goals (2014), con base en la frecuencia de los eventos adversos más comunes según los diferentes estudios epidemiológicos y en la evidencia para su control, son las que hacen referencia a promover el uso seguro de los medicamentos, a prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud y a evitar los daños asociados a la cirugía o a los cuidados de los pacientes. Otras

prácticas recomendadas, como la identificación adecuada de los pacientes, la comunicación efectiva o el uso seguro de radiaciones ionizantes contribuyen también a prevenir eventos adversos evitables.

El Dr. Astolfo Franco, del Centro Medico IMBANACO, Profesor Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia, en el Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente, apoyado por el Programa de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud en el 2012, refiere que el trabajo en equipo de los diferentes profesionales que están al frente de la atención de un paciente, es fundamental; juega un papel preponderante la comunicación entre ellos. La falta de comunicación y trabajo en equipo, es de lejos, la causa más común observada en la totalidad de eventos adversos analizados.

Promover la participación activa de los pacientes/cuidadores en aspectos relacionados con la seguridad del paciente en sus contactos con el sistema de salud, es otra práctica segura, que requiere fomentar la formación para pacientes/cuidadores, desarrollar acciones como Comité mixtos de pacientes y profesionales, consejo de pacientes, entre otros, para estimular su participación, permitir la presencia de un acompañante del paciente siempre que sea posible en todos los ámbitos de la asistencia especialmente en el caso de pacientes pediátricos o en aquellos con deterioro cognitivo, asegurar el correcto procedimiento en la obtención del consentimiento informado de los pacientes sobre todo en procedimientos invasivos, proporcionar información a los pacientes sobre seguridad asistencial, de manera transparente y desarrollar en los profesionales técnicas de comunicación con los pacientes.

Otra estrategia que impulsa el mejoramiento del conocimiento en la prevención de las lesiones o daños asociados con la atención en salud, es la investigación en seguridad del paciente, que incluye la identificación de soluciones costo efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura, su difusión y despliegue, además de la cuantificación de la magnitud y características del riesgo clínico, la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de incidentes y eventos adversos prevenibles y el impacto económico de éstos.

Igualmente, la colaboración internacional en seguridad del paciente, siendo una de las recomendaciones, colaborar con otras organizaciones internacionales que desarrollen acciones relevantes en seguridad del paciente.

Tabla 3. Prácticas Seguras recomendadas por diversas organizaciones internacionales

AHRQ Evidence for PSP (2013)	NQF PSP for better healthcare (2010)	JC National PS goals (2014)	OMS Soluciones en seguridad del paciente (2007)
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos • Conciliación de la medicación • Medicamentos de alto riesgo • Cirugía segura • BRC • ITU por catéter • NVM • Cultura seguridad • Dispositivos médicos • Transición asistencial • UPP • Caídas • Implicación pacientes/cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos • Medicamentos de alto riesgo • Cirugía segura • BRC • ITU por catéter • Infección quirúrgica • NVM • Cultura seguridad • Dispositivos médicos • Consentimiento informado • Transición asistencial • RAM • UPP • Caídas • Trombosis venosa • Radiaciones ionizantes en pediatría 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos • Conciliación de la medicación • Cirugía segura • BRC • ITU por catéter • Infección quirúrgica • Identificación • Comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de manos • Conciliación de la medicación • Medicamentos de alto riesgo (soluciones concentradas de electrolitos) • Cirugía segura • Identificación • Transición asistencial • Medicamentos con nombres parecidos
AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality®; National Quality Forum®; JC: Joint Commission®; OMS: Organización Mundial de la Salud® BRC: bacteriemia relacionada con catéter, ITU: infección de tránsito urinario; MAP: medicamentos de alto riesgo, NVM: neumonía asociada a ventilación mecánica, RAM: resistencia a los antimicrobianos, UPP: úlceras por presión.			

Fuente: ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PERÍODO 2015-2020 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, 2016.

Para el análisis retrospectivo de los eventos relacionados con la seguridad del paciente, dice el Dr. Franco de Colombia, que el protocolo de Londres es una metodología de análisis multicausal similar a la utilizada en el Reino Unido para investigar los eventos adversos centinela que ocurren en esos países. Su aplicación con enfoque sistémico permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso (del paciente, del sistema de atención, de la cultura organizacional, de la comunicación entre las personas que atendieron al paciente, del trabajo en equipo de todas estas personas, del ambiente, de la tecnología, de los procesos, del individuo, etc.) y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional. Su utilización mejora el proceso de investigación y análisis de lo que sucedió, porque permite un análisis más cuidadoso, en el cual usualmente se descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso y porque cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática, el personal entrevistado se siente menos amenazado. Es necesario que en esa reunión de análisis, estén presentes los involucrados en la atención del paciente. Si los involucrados no están presentes, no hay aprendizaje.

Finalmente, como define el Dr. Franco, se considera indispensable el uso de indicadores para evaluar la efectividad de un programa de mejora continua orientada a la seguridad del paciente, como los siguientes:

- Seguimiento al reporte de eventos adversos.
- Hemorragia postquirúrgica.
- Mortalidad intraoperatoria.
- Infección de sitio operatorio.
- Caída de pacientes: la caída de pacientes sin daño, es un incidente o casi evento (near miss) y puede ser una oportunidad para poder entender la falla y desarrollar acciones preventivas y mejorar la calidad de atención. Cuando la caída es seguida de muerte del paciente, se trata de un evento centinela. (Fuente: Dr. Ezequiel García Elorrio, Director de Calidad y Seguridad en Atención Médica, Director de Administración, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, de Argentina, en el Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente, dictado con el apoyo de la OMS).
- Cirugía o procedimiento en el lado, órgano y paciente correctos.
- Sepsis asociada a catéter central.
- Mortalidad en diagnóstico de baja complejidad.
- Infección urinaria asociada a sonda vesical.
- Evento adverso asociado a la transfusión sanguínea.
- Muerte o discapacidad por evento adverso asociado al uso de medicamentos.
- Muerte materna o perinatal.
- Evento adverso en la atención del binomio madre hijo.

Para facilitar al lector la comprensión de la monografía se definirán algunos conceptos que fueron utilizados, así:

- **Acción correctiva:** Acción que elimina la causa de un evento adverso u otra situación no deseada, la cual debe ser tomada con el fin de prevenir la recurrencia del evento adverso. (32)
- **Acción Preventiva:** Acción que previene la ocurrencia del evento o incidente adverso. (32)
- **Evento adverso:** “Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica” (28)
- **Gestión de riesgos:** “Disciplina que tiene como objetivo el estudio de los efectos adversos derivados de la asistencia mediante su detección y análisis, con el objetivo final de diseñar estrategias para su prevención, generando una cultura de preocupación por la seguridad, ya que ésta es probablemente la dimensión más importante de la calidad asistencial.” (29)
- **Gestión Integral del Riesgo en Salud, GIRS:** es una estrategia para anticiparse a los eventos de interés en salud pública, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para mitigar o acortar su evolución y sus consecuencias. (31)
- **Respuesta no punitiva a los errores:** “Esta dimensión se refiere a las consecuencias que existen al reportar un error, se cuestiona sobre si el error es utilizado en contra de quien lo cometió y si es más importante encontrar al culpable o enfocarse en por qué se dio el fallo. En particular esta dimensión será de gran interés a lo largo de nuestro trabajo.” (30)

- **Riesgo en salud:** la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. (31)
- **Seguridad del paciente:** “El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente” (30)
- **Suficiencia de personal:** “Se refiere a la carga de trabajo, cómo se afecta la calidad de atención por la falta de personal y qué tan presionados trabajan para cumplir las tareas” (30)

Tabla 4. Términos identificados en el material bibliográfico de México

TERMINO	CONCEPTO
Momentos Críticos	Es en los que se ha identificado mayor número de eventos centinela en la atención médica.
Estudios de gabinete	Son los procedimientos que requieren de un equipo especializado para realizar el diagnóstico de un paciente y generalmente, proporcionan imágenes.
Causifalla	Incidente. Toda acción insegura que pudo haber originado un evento adverso pero que, por suerte o por una intervención oportuna, no ocurrió
Trabajadores subrogados	Son los trabajadores que asume una nueva empresa de la empresa anterior, cuando ésta es sustituida por otra.
Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Implica la determinación de criterios para definir las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la definición de métodos para la recolección (vigilancia) de datos, el diseño de estrategias para ocuparse de la prevención de infecciones, el control de riesgos y la notificación).
Sistema de Información	Permiten dar seguimiento y analizar los procesos asociados a riesgos de infección, tasas, tendencias e indicadores para controlar y supervisar el sistema. El manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados, los cuales, además deben incluirse al sistema integral de mejora de la calidad y seguridad de la organización.
Transcripción	Es el proceso mediante el cual las indicaciones plasmadas por el personal autorizado por la organización (prescripción), son escritas en otro documento (por ejemplo, de las indicaciones médicas al kárdex de enfermería, de una indicación médica al perfil farmacoterapéutico, actualización de indicaciones, entre otros).
Evento Centinela	Daño severo para la salud o la vida del paciente, con riesgo de muerte y de consecuencias graves, o la posibilidad de sufrirlas a futuro. Como consecuencia de su gravedad, un «evento centinela» debe hacer que se movilice toda una institución para limitar el daño, minimizar las consecuencias, resolver los problemas del paciente, darle una explicación o una satisfacción y, si procede, una disculpa, en conciencia de que estamos ante un posible daño grave para el paciente y una probable queja o demanda

Electrolitos concentrados:	Son sustancias que contienen iones libres, los que se comportan como medio conductor eléctrico. En fisiología los electrolitos primarios son Sodio (Na ⁺), Potasio (K ⁺), Calcio (Ca ²⁺), cloruro (Cl ⁻), y bicarbonato (HCO ₃).
Electrolito:	Son minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica. Los electrolitos afectan la cantidad de agua en el cuerpo, la acidez de la sangre (el pH), la actividad muscular y otros procesos importantes. Usted pierde electrolitos cuando suda y debe reponerlos tomando líquidos que los contengan. El agua no contiene electrolitos.
Medicamento de alto Riesgo:	Son aquellos medicamentos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes.
Error de medicación:	Cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamento
Doble verificación:	Acción y efecto de probar que es la medicación prescrita, para administrar a la persona indicada y que dos veces comprobada.
Seguridad del paciente:	Ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica.
Prácticas seguras: :	Prácticas que reducen el riesgo de eventos adversos relacionados con la práctica clínica dados distintos diagnósticos o condiciones clínicas del paciente.
Prescripciones médicas	Acto científico, ético y legal, mediante el cual el profesional médico indica un tratamiento incluyendo tipo de medicamento, tiempo y frecuencia de su uso; con el objetivo de alcanzar un fin terapéutico.
Administración de Medicamentos	Es el procedimiento mediante el cual un fármaco es proporcionado por el personal de salud al paciente por distintas vías de administración, según indicación del médico.
Comunicación efectiva	Cuando la comunicación es oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las acciones que pueden fortalecer las Buenas Prácticas en la Atención de Salud en Colombia, a partir de la comparación del Programa de Seguridad del Paciente de Colombia, Chile y México realizado durante el período 2008 a 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar los Programas de Seguridad del Paciente de Colombia, Chile y México estableciendo sus particularidades.
- Analizar los Programas de Seguridad del Paciente de Colombia, Chile y México teniendo en cuenta las variables preestablecidas con el propósito de identificar similitudes y diferencias
- Determinar las diferencias más representativas entre el Programa de Seguridad del Paciente de Colombia comparado con el de Chile y el de México que aportan al fortalecimiento de cultura de seguridad nacional.

METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo y descriptivo.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo Documental, para el desarrollo del conocimiento relacionado con las acciones que favorecen el fortalecimiento de la implementación de Prácticas Seguras en el Programa de Seguridad del Paciente para el mejoramiento de la atención en salud.

4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La búsqueda de la información se centró en el Programa de Seguridad del Paciente para la población de los países de Colombia, Chile y México.

4.3.1 Criterios de Inclusión: Todo tipo de estudio científico de seguridad del paciente en los países de Colombia, Chile y México entre los años 2008 y 2018.

4.3.2 Criterios de Exclusión: Estudio científico de seguridad del paciente en ninguno de estos países Colombia, Chile y México, ni entre los años 2008 y 2018.

4.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Tabla 5. Descripción de Variables del objeto de estudio

Variable dependiente: Programa de Seguridad del Paciente

Variables Independientes: En la siguiente tabla se definen las variables que repercuten en el Programa de Seguridad del Paciente.

Se hará énfasis en las Buenas Prácticas o Prácticas Seguras, que influyen en el fortalecimiento de los cuidados seguros a los pacientes durante la atención en salud y las condiciones que se tienen en cuenta en su implementación.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE
Política Nacional de Seguridad del paciente y sus lineamientos	Evidencia de compromiso de la alta gerencia (propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos).	Cualitativa
Liderazgo del Programa Institucional de Seguridad del Paciente	Equipo funcional o referente responsable de la formulación de la política de seguridad del paciente, el despliegue y la capacitación de los colaboradores acerca de la Política y Programa de Seguridad del paciente, organización de recursos, dirección y control; conformación del equipo, evidencia de funcionamiento.	Cualitativa
	Comité de Seguridad del Paciente, funciones, conformación y evidencia de funcionamiento.	Cualitativa
Fortalecimiento de la Cultura Institucional	Capacitación, herramientas (rondas de seguridad, sesiones breves de seguridad, encuesta de clima de seguridad, otras).	Cualitativa
Metodologías de análisis y la gestión de riesgos.	Proactivo: Identificación de riesgos, evaluación, mecanismos de control que tiene la IPS, priorización, intervención y seguimiento a riesgos.	

Sistema de Reporte de eventos	Definición y operación del Sistema de Reporte de la Fallas en la atención en salud (incidentes y eventos adversos).	Cualitativa
Metodología de investigación de eventos	Gestión retrospectiva del riesgo (herramienta utilizada para la evaluación del evento y para el mejoramiento de la seguridad del paciente).	Cualitativa
Intervención de los Riesgos identificados de manera proactiva o retrospectiva	Prácticas seguras definidas para intervenir los riesgos de manera proactiva y criterios contemplados en su implementación.	Cualitativa
Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	Indicadores asociados a seguridad del paciente que se evalúan.	Cualitativa

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Revisión documental y bibliográfica

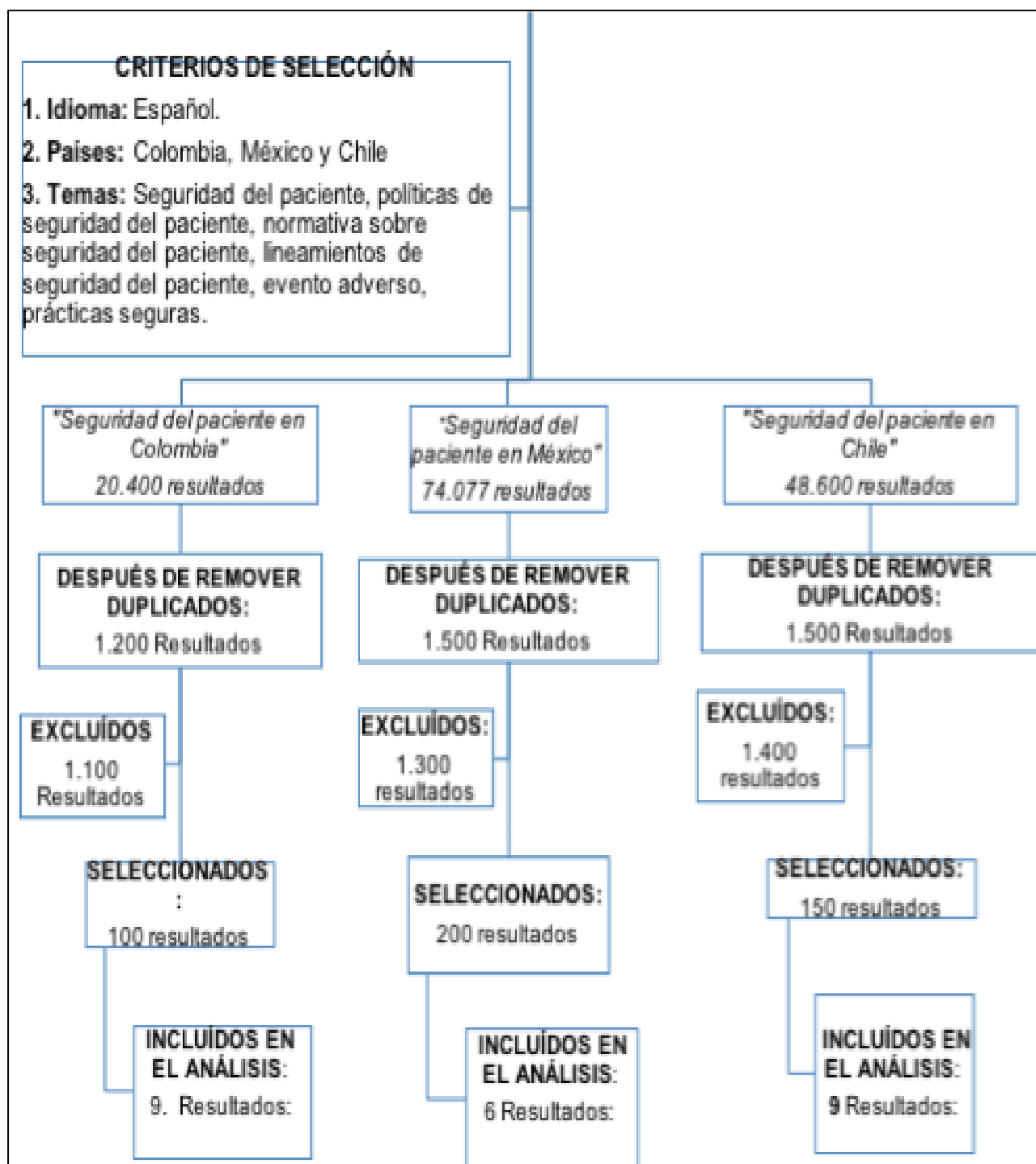
4.6 INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

- Los datos fueron recopilados en una hoja excel

4.7 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Definición y descripción de los criterios de búsqueda: Se buscó información en las páginas de internet de los diferentes ministerios, revistas científicas y en el buscador de la biblioteca de la Universidad CES, Bases de datos de la Univerisad CES y Universidad UNAB, Revistas científica, Libros, Páginas web.
- Palabras clave: Los descriptores a tener en cuenta fueron atención en salud, seguridad del paciente, evento adverso, Colombia, Chile, México.
- Fuentes: Todas digitales. Se usó el operador booleano AND (+).
- Criterios de inclusión: Período 2008-2018. Información solo en el idioma español.
- Técnicas de búsqueda: Al hacer una primera búsqueda con la palabra “seguridad” en Google académico se encuentran 2.960.000 resultados, cuando se le adiciona la palabra “paciente” se disminuye a 519.000, si además se pone en “Chile” se reducen a 48.300. Al buscar “seguridad del paciente en Colombia” se obtienen 81.500 resultados y si se cambia el país por “México” se obtienen 39.400 opciones de búsqueda.
- Dentro de esa primera búsqueda, pero en esta ocasión en el buscador de la Universidad CES, al poner la palabra “seguridad” arroja 39.322 resultados, al adicionar “paciente” se obtienen 8.662 y se reduce a 759 cuando se agrega el país “Colombia”. Al cambiar el país por “Chile” se obtienen 211 resultados y si es “México” son 855 opciones de búsqueda.
- Con la información encontrada, se hizo selección, recopilación y análisis de documentos por medio de la lectura crítica, teniendo en cuenta los que contenían datos de interés relacionados con el estudio que permitiera la construcción del conocimiento.

Figura 2. BÚSQUEDA DE FUENTES ELECTRÓNICAS



DOCUMENTOS SELECCIONADOS SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA

- Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.
- Promoción de la cultura de seguridad del paciente.
- Guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en salud 2014.
- Resolución 2003 de 2014.
- Lista de Chequeo Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.
- Paquetes Instruccionales Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.
- Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorios y Hospitalarios.
- Decreto 780 de 2016.
- Curso Virtual de Introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente OMS

DOCUMENTOS SELECCIONADOS SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MÉXICO

- Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General De Salud.
- Plan Nacional De Desarrollo.
- Programa Sectorial de Salud 2007-2012.
- Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México.
- Las Acciones Esenciales Para La Seguridad Del Paciente Dentro Del Modelo De Seguridad Del Paciente Del CSG 2017.

DOCUMENTOS SELECCIONADOS SEGURIDAD DEL PACIENTE CHILE

- Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile.
- Error médico y eventos adversos.
- Seguridad del paciente y calidad en atención hospitalaria: Desafíos permanentes.
- Efectividad de la simulación en la educación médica desde la perspectiva de seguridad de pacientes.
- Constitución política de la república de Chile.
- Ley 20584 de 2015.
- Decreto 4 de 2013.
- Decrero 16 de 1982.
- Resolución 1031 de 2012.

TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Se elaboró un instrumento que permitió extraer y presentar información de manera sintetizada en un cuadro comparativo con las variables preestablecidas.

Se organizó la información, facilitando la identificación de similitudes y diferencias.

Los datos obtenidos fueron de naturaleza cualitativa y permitió evaluar los tres modelos del Programa de Seguridad del Paciente.

Se hizo un análisis cuidadoso y se elaboró un resumen final con las acciones que aportan al mejoramiento de las Prácticas Seguras que forman parte del Programa de Seguridad de Paciente en Colombia. Adicionalmente a los indicadores para evaluar la efectividad de las mismas.

CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Para asegurar que las técnicas de recolección de datos produjeran datos precisos y confiables, se identificaron los sesgos que pudieran presentarse, así: □

6.1 Sesgo operacional:

Si el recolector de información, no sigue los procedimientos por falta de entrenamiento o porque son difíciles de manejar se genera este sesgo.

Para contrarrestar las fuentes de sesgos:

- Se elaboró un formulario sencillo y claro.
- La información fue recopilada por los mismos investigadores y revisada posteriormente.
- Después, los resultados obtenidos, se verificaron y cuando existió una discrepancia en la respuesta de algún criterio, se estableció una nueva recolección del dato, revisando la misma fuente, con el fin de eliminar esta variación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 (Artículo 11), la clasificación del estudio es sin riesgo. Se emplearon técnicas y métodos de investigación documental relacionados con seguridad del paciente.

El ser humano no es el objeto del estudio; es el programa de seguridad del paciente.

Se respetaron los Derechos de Autor (Ley 23 de 1982), aplicando las citas según correspondiera. En caso de hacer cita textual se hizo entre comillas, y se utilizó paráfrasis con su respectiva cita. Así mismo, estas referencias están en la bibliografía utilizando las normas Vancouver.

RESULTADOS

8.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Figura 3. CARACTERIZACIÓN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA

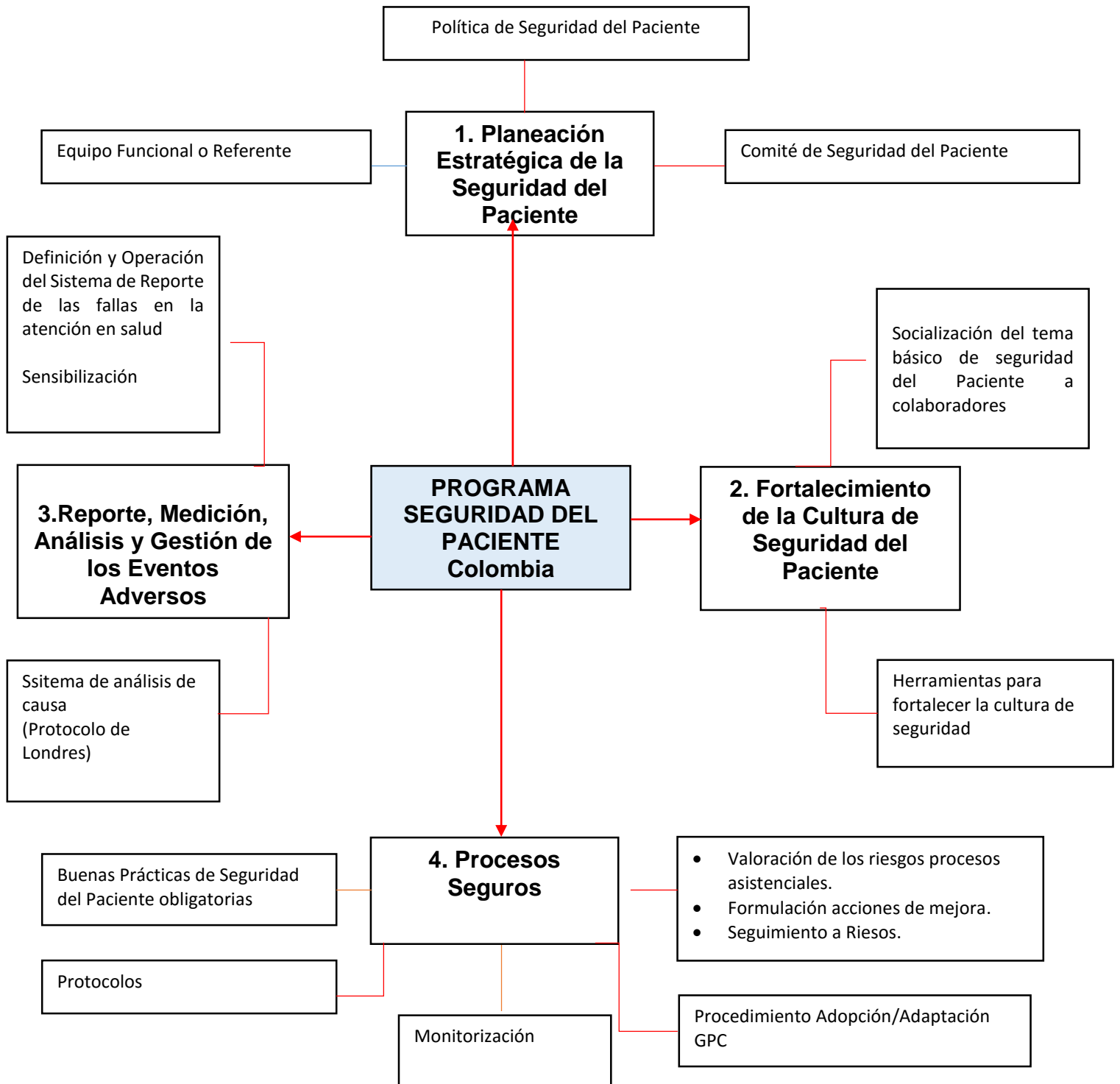


Figura 4. CARACTERIZACIÓN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MEXICO

SECCIÓN 1

- ◆ **Acciones Básicas para la Seguridad del Paciente**

SECCIÓN 2

- ◆ **Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente**

SECCIÓN 3

- ◆ **Sistema Organizacional de Calidad y Seguridad del Paciente**

SECCIÓN 4

- ◆ **Atención Centrada en el Paciente**

SECCIÓN 5

- ◆ **Gestión de la Organización**
-

Figura 5. CARACTERIZACIÓN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CHILE

En Chile desde la Constitución Política se establece que es deber preferente del Estado respetar y promover el derecho a la protección de salud. En este sentido se ha establecido como estrategia estandarizar las prácticas relacionadas a la calidad y seguridad, medir los resultados obtenidos y compararlos con los resultados esperados de la atención, mejorando la entrega en las prestaciones de salud y desarrollándolas de acuerdo a las expectativas de la población lo que constituye una meta gubernamental y ministerial

Ley de derechos y deberes de los pacientes (20.584)

Párrafo 1º De la seguridad en la atención de salud.

Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado.

8.2 SIMILITUDES

- POLITICA DE SEGURIDAD del paciente.
- OBJETIVOS y METAS de seguridad.
- Reconocimiento de la EXISTENCIA DE RIESGOS, en las diferentes actividades que se realizan durante la atención en salud.
- Percepción de CULTURA JUSTA O AMBIENTE LIBRE DE CULPA, donde se pueden reportar errores.
- Disposición de la alta dirección para DESTINAR RECURSOS para la organización del Programa de Seguridad del Paciente.
- Cooperación para SOLUCIONES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.
- TRABAJO EN EQUIPO y COMUNICACIÓN entre los diferentes profesionales que están al frente de la atención de un paciente, son fundamentales para Prevenir eventos adversos.

- Seguridad del Paciente en el ENTORNO HOSPITALARIO Y AMBULATORIO.
- PRACTICAS SEGURAS ESENCIALES para Mejorar la Seguridad del Paciente durante los procesos de atención clínica.
- INVOLUCRAR PACIENTES y SUS ALLEGADOS en su seguridad.
- Reporte de fallas en la atención en salud (INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS).
- LIDERAZGO Programa Seguridad del Paciente.
- MONITORIZACIÓN aspectos claves de la Seguridad del Paciente.

Tabla 6. Similitudes y Diferencias Programa Seguridad del Paciente en Colombia, Chile y México.

Anexo.1

8.3 DIFERENCIAS MÁS REPRESENTATIVAS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE COLOMBIA QUE APORTAN AL FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD.

1. MEDICIÓN CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- No esta incluida como condición obligatoria en el Programa de Seguridad del Paciente.
- Encuesta de clima de seguridad del paciente y Guía para las respuestas diseñada. Ausencia del proceso para medir y analizar la cultura de seguridad del paciente; no definición de la muestra de personal que respondería el cuestionario.

2. PRÁCTICAS SEGURAS

Identificación del paciente:

- Definición de momentos críticos para la identificación del paciente, áreas o servicios y quién los lleva a cabo, criterio no cubierto en Paquete instruccional.
- Lista de procedimientos invasivos y de alto riesgo que requieren.
- Elementos medibles básicos de la práctica segura.

Uso seguro de medicamentos:

- No incluye todos los criterios de los procesos de prescripción y transcripción de Mexico y Chile.

Comunicación efectiva:

- No es condición obligatoria del Programa de Seguridad del Paciente.
- Mecanismo de comunicación estructurado para la entrega de turno o el traspaso de pacientes, en programa de seguridad del paciente básico.
- Estándares y criterios relacionados con indicaciones verbales.

3. PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS

No incluídas como acciones esenciales en el Programa de seguridad del paciente.

4. NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

Definición de eventos centinela trazadores en Colombia.

CONCLUSIONES

1. El Programa de Colombia, tiene una estructura que favorece la seguridad del paciente durante la atención en salud, pero es necesario presentar de manera explícita su integración con el Programa de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Hemovigilancia y Reactivovigilancia.
2. Los programas de Seguridad del Paciente de Colombia, Chile y México, tienen muchas semejanzas en cuanto se enfocan a las metas de seguridad del paciente internacionales.
3. Del Programa de Seguridad del paciente de México se pueden tomar acciones esenciales que fortalecen las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente: Asegurar la identificación de los pacientes en todos los procesos asistenciales, Desarrollar y Gestionar la comunicación entre los que atienden y los cuidadores, Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.
4. La incorporación de la metodología de elementos medibles específicos en cada una de las buenas prácticas, así como la evaluación de la efectividad del Programa aporta al desarrollo y mejoramiento del mismo.
5. Prácticas que no fueron consideradas esenciales en el Programa de Seguridad del Paciente, que incentivan el mejoramiento de la actuación de los profesionales deben ser incorporadas para su aplicación obligatoria, como se evidencian en el contenido de México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
2. Organización Mundial de Salud. Seguridad del paciente. Disponible en: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/
3. Paulina MH, Ana I. LS. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente / The Ethical-Legal Link between Care Management and Risk Management in the Context of Patient Safety / A vinculação ético-jurídica entre a gestão do cuidado e a gestão de riscos no contexto da segurança do paciente. Aquichán. 2015;15(1):141.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Calidad de la atención: seguridad del paciente [Internet]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>
5. Villarreal Cantillo E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud uninorte. 2007;23(1).
6. Organización Mundial de Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
7. Promoción de la cultura de seguridad del paciente [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
8. Pineda-Pérez D, Puentes-Rosas E, Rangel-Chávez NJ, Garrido-Latorre F. Eventos quirúrgicos adversos en tres instituciones públicas de salud mexicanas. salud pública de méxico. 2011;53:484-90.
9. Lancis-Sepúlveda M, Asenjo-Araya C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. Revista de Calidad Asistencial. 2014;29(2):78-83.
10. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagon N, Forero-Supelano V, Santofimio-Sierra D, Altahona H. Revista de Salud Pública. 2008;10:215-26.

11. Guía técnica «buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud» [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
12. León Román CA. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Revista Cubana de enfermería. 2006;22(3):0-0.
13. Asamblea Nacional Constituyente. CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA 1991 [Internet]. Sec. Artículo 49 jul 4, 1991. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
14. Congrese de la Republica de Colombia. LEY 100 DE 1993 [Internet]. dic 23, 1993. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
15. Decreto 780 de 2016 [Internet]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65994>
16. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 [Internet]. abr 3, 2006. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
17. CORTE CONSTITUCIONAL. SENTENCIA T 160 2011 [Internet]. T 160 2011. Disponible en: http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-160-11.htm#_ftn8
18. Congreso de Colombia. LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN 256 DE 2016 [Internet]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>
20. Comisión Ortúzar, Consejo de Estado y Junta Militar de Gobierno. CONSTITUCIÓN POLITICA DE LA REPUBLICA DE CHILE [Internet]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Constitucion_Chile.pdf
21. Ministerio de salud. LEY 20584 [Internet]. mar 27, 2012. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
22. Ministerio de Salud. Decreto 15 de 2007 [Internet]. jul 3, 2007. Disponible en: http://www.ispch.cl/ley20285/t_activa/marco_normativo/7c/dec_15_07.pdf
23. Ministerio de Salud. Resolución 1031 de 2012 [Internet]. oct 22, 2012. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8928_recurso_1.pdf

24. Congreso de los Estados Mexicanos. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS [Internet]. Sec. Art 4 feb 5, 1917. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>
25. Poder Ejecutivo Federal. LEY GENERAL DE SALUD [Internet]. oct 9, 2007. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
26. Poder Ejecutivo Federal. PLAN NACIONAL DE DESAROLLO [Internet]. Sec. Eje 3 2012, 2007. Disponible en: http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf
27. Secretaria de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. 2012, 2007.
28. Aguirre-Gas HG, Vázquez-Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. Cirugía y Cirujanos. 2006;74(6).
29. Muiño Míguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente. En: Anales de medicina interna. SciELO Espana; 2007. p. 602-6.
30. Pérez Castro y Vázquez JA, Rodríguez Tanguma ED, Recio España FI. Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México. Revista CONAMED. julio de 2016;21(3):109-19.
31. MINISTERIO DE SAUD. GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Per_spectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf
32. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 4816 DE 2008 [Internet]. dic 12, 2008. Disponible en: [file:///C:/Users/SONY/Downloads/resolucion_004816%20Noviembre%2027%20de%202008%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SONY/Downloads/resolucion_004816%20Noviembre%2027%20de%202008%20(1).pdf)
33. GRAJALES TEVNI. TIPOS DE INVESTIGACIÓN [Internet]. 2000. Disponible en: <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
34. Gómez GR, Flores JG, Jiménez EG. Metodología de la investigación cualitativa. 1999;
35. BoLETIN DEL CENTRO COLABORADOR DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL PACIENTE CONAMED-OPS NOVIEMBRE DICIEMBRE 2015 https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1092-1013-conamed-bol3&Itemid=493

36. Organización Mundial de la Salud, Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente. Preguntas más relevantes.