

AVANCES Y RETOS EN LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

TOMO I
POLÍTICA DE
SEGURIDAD
DEL PACIENTE



EDITORES

Mery Gonzalez Delgado
Esmily Yusmary Ruiz Varón
Rafael Molina Béjar

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO

AVANCES Y RETOS EN LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

TOMO I
POLÍTICA DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE

EDITORES

Mery Gonzalez Delgado
Esmily Yusmary Ruiz Varón
Rafael Molina Béjar

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO

Avances y retos en la política de seguridad del paciente. Tomo I: Política de seguridad del paciente / Autores: Rodolfo Gutiérrez Silva / Olga Lucia Moya Saénz / Yesid Ramírez / Néstor Suárez Suárez / Diana Marcela Manrique Téllez / Shirley Merchán De Las Salas / Johanna Sofía Ospino Rivera / Yolly Samara Sandoval Jaimes / editores: Mery González Delgado / Esmily Yusmary Ruiz Varón / Rafael Molina Béjar, / Bogotá D.C., Fundación Universitaria del Área Andina. 2017

ISBN OBRA COMPLETA: 978-958-8953-38-0

ISBN:978-958-8953-39-7

E-ISBN:978-958-8953-42-7

1. Cuidado del paciente, 2. Seguridad del paciente, 3. Promoción de la salud

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

ISBN OBRA COMPLETA: 978-958-8953-38-0

ISBN:978-958-8953-39-7

E-ISBN:978-958-8953-42-7

© 2017. Fundación Universitaria del Área Andina

© 2017, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrados en Salud

Edición:

Fondo editorial Areandino

Fundación Universitaria del Área Andina

Calle 71 11-14, Bogotá D.C., Colombia

Tel.: (57-1) 7 42 19 64 ext. 1228

E-mail: publicaciones@areandina.edu.co

<http://www.areandina.edu.co>

Primera edición: noviembre de 2017

Dirección editorial: Eduardo Mora Bejarano

Coordinación editorial: Claudia Marcela Bermúdez S.

Corrección, composición e impresión: Proceditor

Tiraje de 1 a 200 ejemplares

Hecho en Colombia

Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

AVANCES Y RETOS EN LA
POLÍTICA DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE





VI

Pablo Oliveros Marmolejo †
Gustavo Eastman Vélez
Miembros Fundadores

Asamblea General

Consejo Superior

Fernando Laverde Morales
Rector Nacional
Representante Legal
Miembro del Consejo Superior
Miembro del Consejo Directivo de la seccional Pereira

José Leonardo Valencia Molano
Director General

Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga
Secretaria General (e)

Sonia Sierra González
Vicerrectora Nacional Académica

Tatiana Guzmán Granados
Vicerrectora Nacional Administrativa y Financiera (e)

Juan Carlos Morales Ruiz
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

Ingrid Sulay Tavera Perez
Secretaria Académica

Rafael Molina Béjar
Director Escuela de Posgrados en Salud



Contenido

| | |
|--|-----|
| Prólogo | xii |
| Juan Carlos Morales Ruiz | |
| Introducción | 1 |
| Capítulo I | |
| Marcos de referencia en la Política de Seguridad del Paciente | 5 |
| Rodolfo Gutiérrez Silva, Esmily Yusmary Ruiz Varón | |
| Capítulo II | |
| Avances y retos en la evaluación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia | 29 |
| Olga Lucía Moya Saénz, Yesid Ramírez Moya | |
| Capítulo III | |
| Caracterización del uso de métodos estadísticos en investigación en seguridad del paciente | 53 |
| Néstor Suárez Suárez | |
| Capítulo IV | |
| Modelo teórico para la evaluación de impacto de un programa de seguridad del paciente | 75 |
| Diana Marcela Manrique Téllez | |
| Capítulo V | |
| Gestión ambiental, un proceso de valor para calidad, seguridad del paciente y promoción de la salud hospitalaria | 91 |
| Shirley Merchán De Las Salas | |
| Capítulo VI | |
| Relatoría mesa de trabajo de la Política de Seguridad del Paciente | 113 |
| Johanna Sofía Ospino Rivera, Yolly Samara Sandoval Jaimes, Rodolfo Gutiérrez Silva | |
| Glosario | 129 |



□ Lista de tablas

| | | |
|-----------|--|-----|
| Tabla 1. | Niveles de referencia para el análisis de accesibilidad al lector | 56 |
| Tabla 2. | Niveles de referencia para el análisis de accesibilidad estadística al lector | 57 |
| Tabla 3. | Gestión del conocimiento en tópicos mayores de seguridad del paciente | 62 |
| Tabla 4. | Gestión del conocimiento en tópicos mayores de seguridad del paciente | 62 |
| Tabla 5. | Tipología del tema del proyecto | 63 |
| Tabla 6. | Recolección de información | 64 |
| Tabla 7. | Categoría estadística de gestión del conocimiento en seguridad del paciente | 65 |
| Tabla 8. | Procedimiento de muestreo | 65 |
| Tabla 9. | Líneas de acción para la articulación de los objetivos estratégicos y dinámicas impulsadoras del Plan Nacional de Calidad en el proceso de gestión ambiental con resultados de valor en la salud | 99 |
| Tabla 10. | Ficha 1. Mejoramiento continuo de la calidad de salud. Visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud | 101 |
| Tabla 11. | Ficha 2. Mejoramiento continuo de la calidad de salud. Visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud | 103 |
| Tabla 12. | Generación de valor social con infraestructura verde y segura | 106 |

□ Lista de figuras y gráficos

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1. | Momentos de la historia de la seguridad del paciente | 9 |
| Figura 2. | Retos en seguridad del paciente | 11 |
| Figura 3. | Metas en seguridad del paciente de la <i>Joint Commission</i> | 12 |
| Figura 4. | Enfoques en la seguridad del paciente | 15 |
| Figura 5. | Funciones en el campo de la seguridad del paciente | 20 |
| Figura 6. | Resolución 256 de 2016 | 22 |



| | | |
|-------------------|---|----|
| Figura 7. | Componentes en gestión ambiental como proceso de valor en la calidad, seguridad del paciente y promoción de la salud en el entorno hospitalario | 97 |
| Gráfico 1. | Cambio en la ocurrencia de eventos adversos | 83 |
| Gráfico 2. | Contrafactual 1 | 84 |
| Gráfico 3. | Contrafactual 2 | 85 |
| Gráfico 4. | Ilustración de un diseño de antes y después | 86 |
| Gráfico 5. | Ilustración de un diseño de dobles diferencias | 88 |

Siglas

| | |
|-----------|---|
| AEP: | Asociación Española de Pediatría |
| AIS: | Análisis de Impacto en Salud |
| AIAI: | Asociación Internacional para la Evaluación de Impacto |
| APEAS: | Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria en Salud |
| EAPB: | Entidades Administradoras de Planes de Beneficios |
| EA: | Evento Adverso |
| EI: | Evaluación de Impacto |
| EUNetPaS: | Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (nombre en inglés, European Network for Patient Safety) |
| ENEAS: | Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización |
| HMPS: | Harvard Medical Practice Study |
| IBEAS: | Estudio Iberoamericanos de Eventos Adversos |
| ICONTEC: | Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación |
| IOM: | Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América |
| IPS: | Institución Prestadora de Servicios de Salud |
| ISQUA: | International Society for Quality in Health Care |
| JCI: | Joint Commission International |
| JCAH: | Joint Comisión on Accreditation of Hospitals |
| NQF: | National Quality Forum |
| OMS: | Organización Mundial de la Salud |
| OPS: | Organización Panamericana de la Salud |
| PNMCS: | Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud |
| RCHE: | Revista Cubana de Higiene y Epidemiología |
| SIDA: | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |
| SOGC: | Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud |
| SP: | Seguridad del paciente |
| SGSSS: | Sistema General de Seguridad Social en Salud |



Prólogo

La seguridad del paciente cada día cobra mayor interés en todos los actores de la seguridad social en salud, y se posiciona como un problema de interés en salud pública. Es a su vez una prioridad en la agenda pública para los gobiernos, y un reto para los prestadores de los servicios de salud, profesionales, usuarios y sus familias, entidades administradoras de planes de beneficios, entes territoriales, asociaciones de usuarios y academia, debido al impacto que tienen los eventos adversos en la salud de las poblaciones. Las cifras arrojadas por diversos estudios plantean la importancia que tiene para los sistemas de salud y los actores involucrados, el desarrollo de estrategias que permitan gestionar el riesgo y minimizar la presentación de los eventos adversos a nivel mundial.

XI

La Organización Mundial de la Salud ha ejercido un liderazgo frente al mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud y ha dispuesto una serie de políticas y estrategias en torno a la seguridad del paciente y disminución de eventos adversos, con los cuales se insta a los países miembros a fomentar políticas, planes y programas para la calidad en la prestación de los servicios a nivel nacional y local.

Colombia no es ajena a dichas directrices y durante los últimos años ha fortalecido los procesos técnicos enfocados al mejoramiento de los procesos de atención en salud a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y, en particular, el



Sistema Único de Acreditación que de manera taxativa exige tener un sistema de reporte de eventos adversos. Lo anterior conlleva la generación de procesos de la Política de Seguridad del Paciente a nivel institucional, apoyados en los marcos de referencia internacionales, así como en las distintas investigaciones y experiencias conocidas.

Al presentar este libro, la Facultad de Ciencias de la Salud considera que contiene los elementos mínimos para que la comunidad académica conozca los marcos de referencia en la Política de Seguridad del Paciente, los avances logrados y los retos que enfrenta la Política de Seguridad del Paciente en Colombia; además, el lector encontrará la caracterización del uso de métodos estadísticos en investigación y un modelo teórico para la evaluación de impacto de un programa de seguridad del paciente. Así mismo, se aborda la gestión ambiental como un proceso de valor para la calidad, seguridad del paciente y promoción de la salud hospitalaria.

XII

Toda vez que el libro es resultado de la Primera Jornada Internacional de Seguridad del Paciente adelantada en noviembre de 2016 en las instalaciones de la Fundación Universitaria del Área Andina, con la presencia de expertos nacionales e internacionales, 549 asistentes (presenciales-virtuales), 15 ponencias, 30 pósteres, es menester poner a consideración de los lectores las relatorías de las diferentes mesas de trabajo y los interrogantes que se generan a partir de este diálogo de saberes entre expertos: retos, experiencias a nivel institucional u organizacional, vacíos en investigación, abordaje de la gestión del riesgo y el papel de la academia, entes territoriales, EPS, trabajadores de salud, comunidad, familia y pacientes en las acciones en torno a los procesos asistenciales y a la seguridad del paciente.

Detrás de cada capítulo está el trabajo armónico y coordinado de los grupos de investigación Titania (Posgrados en Salud) y Guanaco (Enfermería), el apoyo decidido de la Subred Integrada de Servicios de Salud SUR y, detrás de cada párrafo hay profesionales comprometidos, que dedican tiempo al tema de la calidad y la seguridad del paciente; a través de estas líneas hacemos un reconocimiento a cada



uno de ellos y agradecemos el aporte que hacen al mejor conocimiento de esta delicada temática. Son ellos: Esmily Ruiz Varón, Rodolfo Gutiérrez Silva, Olga Lucía Moya Sáenz, Yesid Ramírez Moya, Néstor Suárez Suárez, Diana Marcela Manrique Téllez, Shirley Merchán De Las Salas, Johanna Sofía Ospino Rivera y Yolly Samara Sandoval Jaime; así mismo, reconocemos el trabajo serio y dedicado de quienes fungen como editores: Esmily Ruiz Varón, Mery González Delgado y Rafael Molina Béjar.

Para finalizar: desde la academia es imperativo trabajar en el desarrollo de competencias en seguridad del paciente para profesionales, técnicos y auxiliares de las diferentes áreas de la salud, y desde ya comprometemos esfuerzos y energías para su inclusión en el proceso formativo y en el desarrollo de competencias a través de la educación continuada y la generación de programas de especialización y maestría que involucren la seguridad del paciente y la calidad en salud.



Introducción

La seguridad del paciente es una prioridad en la agenda pública para los gobiernos, y un reto para los prestadores de los servicios de salud, profesionales, usuarios y sus familias, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), entes territoriales, asociaciones de usuarios y academia, debido al impacto que tienen los eventos adversos en la salud de las poblaciones. Según los datos reportados por el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), 10 de cada 100 pacientes que fueron ingresados en los hospitales participantes, presentaron algún tipo de daño como consecuencia de la atención en salud (Organización Mundial de la Salud, 2010, p. 5). Estas cifras evidencian una problemática que requiere de una respuesta inmediata por parte de los sistemas de salud y los actores involucrados en el desarrollo de estrategias que permitan gestionar el riesgo y minimizar la presentación de los eventos adversos a nivel mundial.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ejercido un liderazgo frente al mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, y ha dispuesto una serie de políticas y estrategias en torno a la seguridad del paciente en procura de la disminución de eventos adversos, instando a los países miembros a fomentar políticas, planes y programas que permitan cumplir con este objetivo.

Colombia, por su parte, y como miembro activo de la OMS, no ha sido ajeno a dichas directrices y desde el 2004 se han establecido



lineamientos enfocados al mejoramiento de los procesos de atención en salud, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), cuyo objetivo es “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008, p. 7).

■ 2

El SOGC plantea cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, Sistema de Información para la Calidad y Sistema Único de Acreditación; este último introdujo, “como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevó voluntariamente a las instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008, p. 29). Posteriormente, hacia el 2005, surgen algunas iniciativas dentro de las cuales se encuentra la Política de Seguridad del Paciente, que ha sido liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social con el objetivo de “Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008, p. 13).

Es en este contexto que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), han realizado el despliegue de la Política de Seguridad del Paciente a nivel institucional, con distintos niveles de avances de acuerdo con los recursos, intereses, participación activa de la alta gerencia e involucramiento del personal de las instituciones.

Al igual que las IPS, la academia desempeña un papel protagónico en el despliegue de la Política de Seguridad del Paciente, como actor que propende por la formación de los profesionales y la construcción de conocimiento, a partir de las interacciones generadas desde las universidades en sus distintos niveles de formación (pregrado y posgrado) y las instituciones de salud, de manera tal, que se gestan



distintos procesos de investigación en seguridad del paciente, y estrategias para disminuir los eventos adversos e incidentes.

La Fundación Universitaria del Área Andina en aras de fortalecer las habilidades, capacidades y conocimiento de los docentes, estudiantes, egresados y profesionales que forman parte de los procesos de atención en salud, ha generado escenarios de intercambio de saberes y construcción conjunta de conocimiento en temas relacionados con la seguridad del paciente, siendo la “I Jornada Internacional de Seguridad del Paciente” una de ellas; este evento contó con la participación de profesionales de la salud de distintas IPS públicas y privadas, representantes de entidades territoriales, estudiantes, docentes de diferentes universidades y expertos en seguridad del paciente a nivel internacional.

Producto de la I Jornada Internacional de Seguridad del Paciente, los ponentes y los docentes de la Fundación Universitaria del Área Andina, en el marco del eje temático Política de Seguridad del Paciente, han realizado una revisión de la literatura de tipo narrativo. Logrando la compilación de 5 capítulos que han abordado las temáticas de este eje, teniendo como objetivos: a) abordar los marcos de referencia nacionales e internacionales, que se constituyen como orientadores de los procesos de construcción e implementación de la Política de Seguridad del Paciente a nivel institucional, b) describir los avances y retos en la evaluación de la Política de Seguridad del Paciente a nivel nacional, c) establecer el uso de métodos estadísticos en investigación en seguridad del paciente, d) presentar un modelo teórico para la evaluación de impacto de un programa de seguridad del paciente, e) establecer la importancia de la gestión ambiental como un proceso de valor para la calidad, la seguridad del paciente y promoción de la salud hospitalaria y f) presentar los avances, retos en investigación y experiencias en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente a partir del encuentro de saberes de diferentes actores (EAPB, IPS, academia, ente territorial, entre otros) a nivel nacional e internacional.



Capítulo |

Marcos de referencia en la Política de Seguridad del Paciente

5

Autores

Rodolfo Gutiérrez Silva¹

Esmily Yusmary Ruiz Varón²

-
- 1 Docente, Escuela de Posgrados en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria del Área Andina.
 - 2 Investigador asociado, Dirección Nacional de Investigaciones, Fundación Universitaria del Área Andina.



Resumen

6

La seguridad del paciente es un tema que ha llamado especial interés en los actores de los sistemas de salud, esto debido a que en el mundo ha tomado relevancia la calidad en la prestación de los servicios de salud y la implementación de estrategias para disminuir los riesgos en la atención. Colombia no ha sido ajena a los desarrollos en pro de la seguridad del paciente y desde el 2004 lidera la ejecución y despliegue de la Política de Seguridad del Paciente en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). A nivel mundial, los desarrollos en seguridad del paciente, se han realizado desde distintos enfoques como son el sistémico, enfoque de riesgo y enfoque centrado en el paciente; así mismo, se han implementado políticas y estrategias lideradas por la Organización Mundial de la Salud - Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de la mano de organizaciones de carácter internacional líderes en seguridad del paciente como la Joint Commission International, el Consejo de Europa y la Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente, entre otros; estas políticas y estrategias de nivel nacional e internacional marcan los contextos de referencias para que a nivel local en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se fortalezcan las políticas de seguridad del paciente.

Palabras clave: *política, seguridad del paciente, calidad, servicios de salud.*



Introducción

La seguridad del paciente es un objetivo consolidado y común a todos los sistemas de atención sanitaria (Servicio Gallego de Salud, 2014, p. 6) y está constituido como un elemento fundamental de la política de calidad en la prestación de los servicios de salud, con la cual se busca mejorar los procesos de atención sanitaria, disminuir los riesgos en la atención y sus consecuencias negativas en la vida de los usuarios.

Como centro de interés en las políticas públicas de salud, ha dado origen a una serie de estudios enfocados en la identificación de riesgos en el proceso de prestación de servicios de salud; así como a herramientas (normas, guías, planes estratégicos, etc.) que cada país ha construido acorde con sus sistemas de salud.

7

Colombia en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), buscando “mejorar y preservar el estado de salud de la población, mediante la excelencia de la gestión y la articulación de los agentes del Sistema de Salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 9), viene realizando una serie de desarrollos plasmados en los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, en la Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” y más recientemente en el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016.

El presente capítulo tiene como objetivo abordar los marcos de referencia de nivel internacional y nacional que se constituyen como orientadores de los procesos de construcción e implementación de la Política de Seguridad del Paciente a nivel institucional local, para ello ha definido tres ejes: marco conceptual, enfoques y marco legal.



Política de Seguridad del Paciente

Contexto

Al abordar la seguridad del paciente se hace necesario tener en cuenta factores de tipo cultural, social, económico e institucional que marcan las expresiones y relaciones en el proceso de atención al paciente y que muchas veces al no ser tenidas en cuenta desencadenan en eventos inseguros, algunos de estos relacionados con errores en la atención en salud, que pueden causar discapacidad o muerte.

8

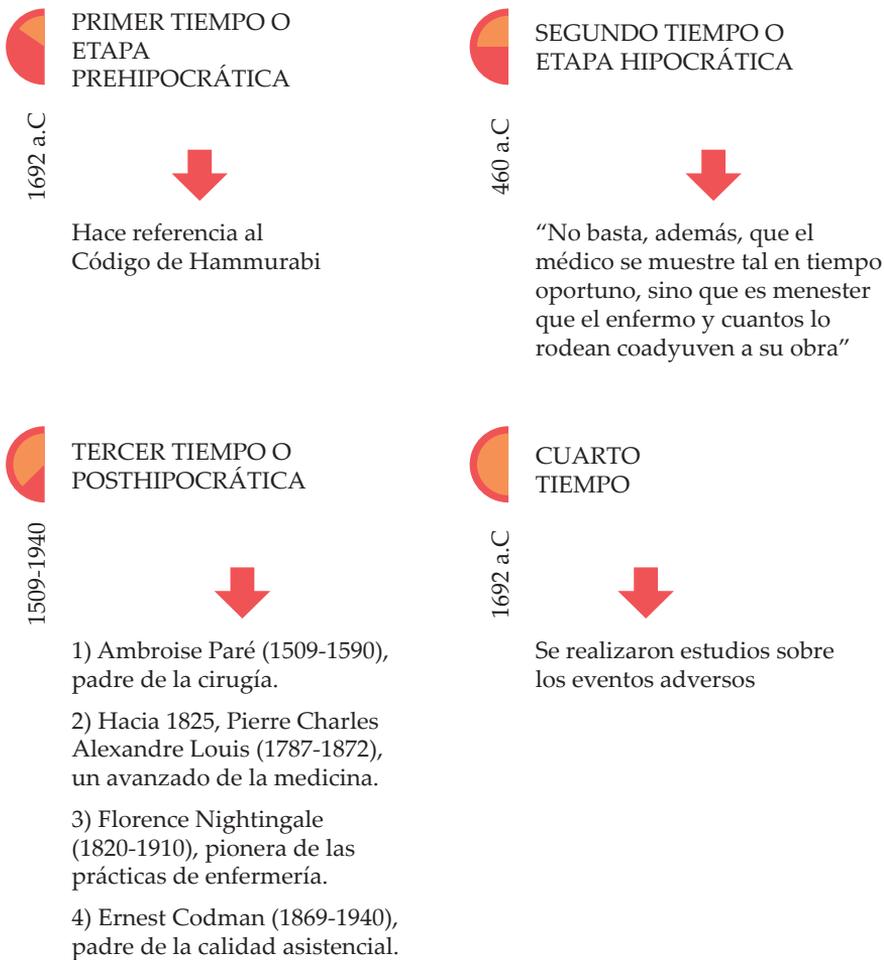
La seguridad del paciente cada día cobra mayor interés en todos los actores de la seguridad social en salud, y se posiciona como un problema de interés en salud pública, Aranaza J & Agrab Y (2010) plantean que en la historia de la medicina se pueden reconocer algunos momentos o tiempos donde se vislumbran algunos aspectos relacionados con la seguridad del paciente; al respecto, estos autores también han planteado cuatro tiempos que definen el pasado de la seguridad del paciente (véase figura 1).

En el siglo XX, uno de los más reconocidos promotores de la calidad en la atención en salud, repercutiendo por tanto en la seguridad del paciente, fue Avedis Donabedian, quien en 1996, centró todos sus desarrollos en posicionar el tema específico de la calidad de la atención en la salud a partir del planteamiento de sus siete pilares de la calidad, siendo estos un aporte importante en la historia de la calidad de la prestación de los servicios de salud.

De igual relevancia, han sido los estudios relacionados con la seguridad del paciente y los eventos adversos. Al respecto, Brennan (1991) menciona que “desde hace casi 20 años que se vienen realizando evaluaciones epidemiológicas que describen la frecuencia y los factores de riesgo asociados a la aparición de eventos adversos prevenibles.



Figura 1. Momentos de la historia de la seguridad del paciente



Fuente: Elaboración propia. Adaptado de Aranaza Jesús M. & Agrab Yolanda, 2010.

El primer estudio se publicó en 1990 y se llamó “Harvard Malpractice Study” (citado en García Elor, 2012, p. 4). Posteriormente, en 1999, se publicó el estudio titulado “Errar es Humano”, elaborado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos y “Una Organización con Memoria”, producido por el Ministro de Salud del gobierno del Reino Unido en el 2000. Todos estos estudios han demostrado que las fallas en el proceso de atención en salud pueden darse de forma



rutinaria, ocasionadas por distintos factores como son las debilidades en los conocimientos y capacidades técnicas del personal de salud, el uso inadecuado de la tecnología médica, el factor humano relacionado con el estrés, los deficientes sistemas de información e historia clínica, la falta de estándares y procedimientos que orienten los procesos de atención.

Para el siglo XXI, los avances han sido más significativos, y la Organización Mundial de la Salud ha liderado procesos en pro de la seguridad del paciente, comprometiendo a todos los países miembros a instaurar políticas públicas, programas y proyectos dirigidos a fomentar la prestación de servicios de salud con excelente calidad. Es así como en el 2002 se realizó la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se aprobó la Resolución EB109/R16, en la que “se pide a los Estados Miembros que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente [y] que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria” (Organización Mundial de la Salud, 2002, p. 2).

10

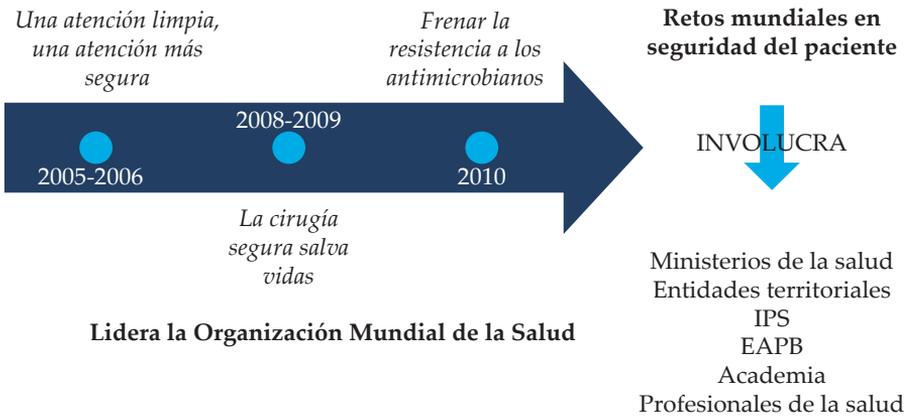
Para este mismo año, la Joint Commission International instauró el Protocolo universal en seguridad del paciente, como “una serie de estandartes de comunicación centrados en el paciente; lo cual permite que estas acciones sean sistematizadas y promuevan las buenas prácticas, después de identificar y corregir las múltiples desconexiones que existen en el proceso de la atención médica” (Cote, 2011, p. 10). Es importante resaltar que, en el 2005, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la Joint Commission International fueron designadas y reconocidas oficialmente por la OMS como centros colaboradores en temas relacionados con las estrategias para implementar la seguridad del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2004, creó la Alianza Mundial por la Seguridad, con el fin de “promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS” (Organización Mundial



de la Salud, 2008, p. 4). Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza es la formulación de retos mundiales: “El objetivo de la iniciativa Reto Mundial por la Seguridad del Paciente es seleccionar un tema concreto relativo a la seguridad del paciente a fin de establecer un programa de acción bienal que aborde una esfera de riesgo que revista importancia para todos los países” (Organización Mundial por la Salud, 59ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en el 2006, p. 2). En este sentido, desde el 2005 se han implementado tres retos para la seguridad del paciente, planteados como medidas sencillas por parte de la Alianza Mundial; cronológicamente, estos retos se presentan en la figura 2.

Figura 2. Retos en seguridad del paciente



Fuente: Elaboración propia.

Es importante resaltar que en el 2007 la OMS plantea las “nueve soluciones para la seguridad del paciente”, esto con el fin de reducir las consecuencias negativas o daños ocasionados a los pacientes, por las fallas en el proceso de atención en salud. Estas soluciones planteadas se centran en nueve aspectos y son reconocidas a nivel mundial como las metas internacionales de seguridad del paciente evaluadas por la Joint Commission International en los procesos de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel mundial, según lo especifica la Organización Mundial de la Salud (2008), estas seis metas se presentan en la figura 3.



Figura 3. Metas en seguridad del paciente de la Joint Commission



Fuente: Elaboración propia. Adaptada de las metas de Joint Commission.

Dentro de los múltiples esfuerzos por mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a nivel mundial, se resalta los realizados por España, México, Estados Unidos, entre otros. Es así que en Europa en el 2009, el Consejo de Europa sancionó una serie de recomendaciones enfocadas a prevenir y luchar contra las infecciones asociadas a la prestación de los servicios y a la seguridad del paciente; en ellas se “insta a los más de 50 países que integran esta organización, a incluir a la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes. De igual forma, la Comisión Europea, dentro de su Programa de Salud Pública, creó la Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (EUNetPaS)” (Servicio Gallego de Salud, 2014, p. 11).

Posteriormente, para el 2010, la Comisión Europea y el Grupo de Trabajo de Alto Nivel del Consejo sobre Salud Pública presentaron el documento de reflexión, Quality of Health Care: policy actions at



EU level, que “señalaba la necesidad de incluir la calidad asistencial, además de la seguridad del paciente, en el intercambio de buenas prácticas entre los países y organizaciones sanitarias de la Unión Europea” (Second Meeting, 2009, citado en Varela et al., 2015, p. 2).

En España, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, desarrolló desde el 2005 una estrategia de seguridad del paciente, cuyos objetivos “inicialmente se orientaron a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias; incorporar la gestión del riesgo sanitario; formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente; implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España, 2016, p. 11).

En México se han desarrollado muchas estrategias, entre ellas la más conocida es el Programa Nacional de Salud 2001-2006, en el cual se instaura la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. “(...) este programa fue central en materia de protección del paciente, su propósito era mejorar la seguridad del paciente, el trato que recibían los usuarios, coordinar la acreditación de unidades y poner en marcha iniciativas para mejorar la calidad” (Ortiz, 2009, citado en Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2001, p. 213).

Actualmente, Colombia se encuentra liderando procesos que permitan a los pacientes contar con una mejor prestación de los servicios de salud; en este sentido, cuenta con la Política de Seguridad del Paciente, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en el cual el Ministerio de Salud y Protección Social (2008) la definió en la Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” como:

Requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente, así como con las diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias. La alta gerencia de las instituciones debe



demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad (p. 29).

En el 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social, en aras de continuar fortaleciendo los procesos de calidad, y dando cumplimiento a la Ley 1438 del 2011, emite el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), cuyo enfoque es sistémico y centrado en la humanización de los servicios. En este plan, se proponen algunas estrategias y acciones para “el fortalecimiento de la gestión y la articulación de los agentes para el mejoramiento continuo y el logro de los resultados en salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, p. 5).

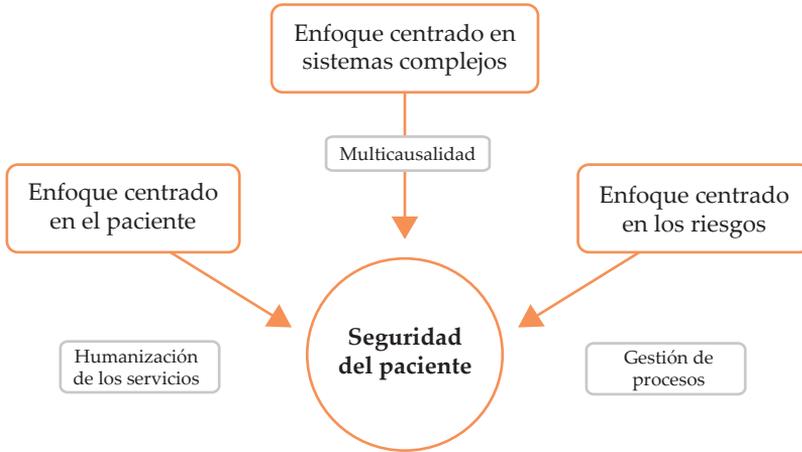
Enfoques de la seguridad del paciente

A nivel mundial, la seguridad del paciente es entendida como “la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención (...)” (Organización Mundial de la Salud, 2009, p. 16). En este sentido, la seguridad del paciente forma parte de los procesos que llevan a la calidad en la prestación de los servicios de salud, y que involucran a los profesionales de las IPS, pacientes, familiares. Tienen sobre ellos serias repercusiones aspectos relacionados con las condiciones y el ambiente de trabajo, las voluntades políticas y administrativas de nivel nacional y local, la implementación de procesos y procedimientos para una atención segura, la cultura de la seguridad del paciente.

Al revisar la literatura frente a la seguridad del paciente, tres enfoques pueden evidenciarse en la literatura al abordar la seguridad del paciente (véase figura 4). Es importante resaltar que ninguno de ellos es excluyente y que, por el contrario, en las distintas políticas y estrategias a nivel mundial, se ven materializados varios de estos enfoques.



Figura 4. Enfoques en la seguridad del paciente



Fuente: Elaboración propia.

- Enfoque sistémico en la seguridad del paciente

El enfoque centrado en los sistemas complejos de la seguridad del paciente, plantea que el análisis de la seguridad del paciente debe realizarse de forma sistémica y no de forma individual; permite comprender cómo las crisis pueden ocurrir y cómo apoyar las tomas de decisiones en el complejo mundo de la atención de salud, de modo tal que la cultura de culpar a alguien por los errores se sustituya por una nueva cultura de análisis de vulnerabilidad y fallas para lograr un lenguaje común entre las diferentes partes que comparten la misma meta (Betancourt & Cepero, 2009, p. 3).

Este enfoque considera a la atención en salud como un sistema altamente complejo, donde interactúan diversos elementos y factores, lo que hace que la responsabilidad no esté en uno solo de ellos. Desde este enfoque puede comprenderse que “la mayoría de [los] acontecimientos adversos suelen generarse en una cadena causal que involucra recursos, procesos, pacientes y prestadores de servicios, siendo el resultado de fallos en el sistema en el que los profesionales trabajan, más que de una mala práctica individual” (Cruz & Cabre, 2009, p. 7).



- Enfoque de riesgo en la seguridad del paciente

Frente al enfoque de la gestión del riesgo, este es uno de los más abordados cuando se habla de seguridad del paciente; se encuentra centrado en la identificación de aspectos que pueden generar riesgos en el proceso de la prestación de los servicios de salud. La gestión del riesgo, definida por algunos autores como: “Forma sistemática para identificar y analizar riesgos potenciales, como también para elegir e implementar medidas para el manejo de los riesgos” (Cartes, 2013, p. 3), tiene como finalidad “la detección, el estudio de los eventos adversos y elaborar estrategias tendientes a la prevención del error o al menos controlar y minimizar el daño” (Vargas, 2011, p. 5).

16

Es por ello por lo que la gestión del riesgo tiene gran relevancia en el despliegue de la política de calidad a nivel institucional, y por tanto “debe ser tomada en cuenta en el diseño, ejecución y mejora de los procesos asistenciales y no asistenciales, con la finalidad de reducir todo aquello que no añada valor al proceso y que pueda ser desencadenante de eventos adversos” (Servicio Gallego de Salud, 2014, p. 14).

En este contexto, tiene este enfoque dos elementos importantes: uno, la prevención y mitigación de los factores que pueden desencadenar en consecuencias perjudiciales para la vida de las personas que se encuentran dentro del proceso de atención sanitaria; es decir, que no se centra solo en los riesgos en la atención de los pacientes (riesgos clínicos), sino que abarca también aquellos a los que están expuestos los profesionales de la salud (riesgos profesionales); y dos, a los que puede estar expuesta la misma institución de salud (riesgos administrativos y financieros).

Desde este enfoque, es un reto la implementación de procesos y procedimientos de forma integral en las IPS. Por tanto, la gestión del riesgo y el enfoque basado en procesos, están relacionados. El enfoque basado en procesos es “un principio de gestión básico que se traduce en una mejora significativa en todos los ámbitos de gestión de las organizaciones para la obtención de manera eficiente de resultados relativos a la satisfacción del cliente” (Beltrán et al. (sin fecha, p. 12).



La gestión del riesgo dentro de un sistema sanitario se configura como un proceso con tres fases fundamentales:

1. Detección de los riesgos: consiste en lograr oportunamente identificar todos los aspectos que intervienen negativamente en el proceso de atención, desde una mirada sistémica, siendo los sistemas de información en salud (historias clínicas, sistemas de vigilancia epidemiológica, entre otros) esenciales como herramientas de apoyo a la toma de decisión gerencial, al generar información objetiva con calidad y veracidad; 2. Análisis y evaluación: a partir de esta información se configuran en las IPS escenarios de análisis para cuantificar problemas, definir prioridades y proponer posibles soluciones juntamente con los distintos actores involucrados en el proceso de atención. 3. Control y mitigación: se implementan en esta fase las decisiones estratégicas, representadas en políticas, programas y procesos, que buscan disminuir o evitar que se desencadenen los riesgos identificados.

- Enfoque centrado en el usuario

Por su parte, el enfoque de atención centrado en el usuario para el desarrollo de la seguridad del paciente, asume que el eje en la atención es el usuario, y por lo tanto las estrategias en seguridad del paciente deben ser coherentes con las necesidades, expectativas y realidades de los usuarios; estas deben ser asumidas desde la integralidad del ser humano y su relación con el entorno, la familia y los profesionales de la salud que intervienen en la atención. Este es un enfoque que ha dado paso al desarrollo de estrategias centradas en la humanización de los servicios de salud, y por tanto, como menciona Ramírez (2008), “se encuentra asociada con las relaciones que se establecen, al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivo” (p. 3).

En este contexto, la humanización está vinculada con enfoques como “desarrollo humano integral” y enfoque de “derechos humanos”; hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones del desarrollo: social, biológica, psicológica y conductual, así como a la necesidad de impulsar estrategias sobre los principios



de respeto y reconocimiento de la dignidad humana, para lograr el bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia.

Es por ello por lo que en Colombia la humanización de los servicios de salud y la calidad en la prestación de los mismos, son catalogados como fundamentos éticos, lo que implica asumir los procesos en la atención desde la dignidad humana; el amor, el respeto por el “otro” y el reconocimiento de este como ser humano, así como la solidaridad, son la base de las estrategias a desarrollar en la seguridad del paciente; por tanto, todas las acciones que se desarrollen en el marco de la SOGC, deben estar “orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario (...)” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

18

En este contexto, el actual Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (2016), presenta a la humanización de los servicios como un principio orientador para el logro de sus objetivos, e insta a todos los actores del sistema de salud a “centrar su accionar en las personas (...) y al cumplimiento del derecho fundamental y fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general” (p. 10).

Marco normativo de la seguridad del paciente

El Estado colombiano ha hecho algunos avances en el desarrollo de un marco legal que pueda contribuir a la seguridad del paciente y permita evitar los eventos adversos. Así, desde el artículo 1º de la Constitución de 1991 se establece que en Colombia se debe respetar la dignidad humana y señala en su artículo 49 que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual debe garantizar a todos los colombianos el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La Constitución colombiana impone la obligación de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de “eficiencia, universalidad y solidaridad”,



al tiempo que lo obliga a ejercer su vigilancia y control asegurando el principio de la “participación”. Muy importante, y en términos de responsabilidad del Estado en materia de seguridad del paciente, el artículo 90 menciona: “... el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas” (Const., 1991, art. 90). Esto debe interpretarse dentro de un contexto en el cual la Constitución amarra la responsabilidad del Estado a la organización política; así, “el ámbito de la responsabilidad estatal desborda el límite de la falla de servicio y se enmarca en el espacio del daño antijurídico” (López et al., 2008, p. 23).

Posteriormente, se expide la Ley 100 de 1993, la cual crea el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, y establece en su artículo 186: “El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento” (Ley 100, 1993, art. 186). Por otra parte, el artículo 227 trata sobre el control y evaluación de la calidad del servicio de salud: “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, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios” (Ley 100, 1993, art. 227); y el artículo 185 establece que las instituciones prestadores de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. En la misma línea, en el artículo 173 se destacan funciones importantes dentro del campo de la seguridad del paciente (véase figura 5).

Es importante también mencionar que en el 2006 el gobierno colombiano expidió el Decreto 1011, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social. Dicho decreto busca reducir los riesgos de sufrir un evento adverso o de mitigar las consecuencias. Esta estrategia se podría conseguir al final aumentando el rendimiento en la atención en



salud, y como consecuencia de esto, se resguardará al paciente de los riesgos en la atención de salud. Se destacan las siguientes características: pertinencia, seguridad, continuidad, oportunidad y accesibilidad.

Figura 5. Funciones en el campo de la seguridad del paciente



Fuente: Elaboración propia con información de la Ley 100 de 1993, artículo 173.

De esta manera, se inserta por primera vez de manera transversal la Política de Seguridad del Paciente en los cuatro componentes que forman parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, Resolución 1011 de 2006: a) Sistema Único de Acreditación, b) Sistema de Información para la Calidad, c) Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y d) Habilitación.

En estos cuatro componentes se resaltan algunos elementos claves que permiten y obligan a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a realizar estrategias para mejorar sus procesos de calidad de la atención centrados en la seguridad del paciente:

- Prima la salud y la integridad de los usuarios sobre los ejercicios de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.



- Todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad están obligados a realizar la vigilancia de eventos adversos.
- Los procesos que realizan las IPS para lograr la Habilitación se enfocan en “garantizar la seguridad del paciente en ocho áreas como son: talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros e interdependencia” (Resolución 2003, 2014).
- Los procesos que se realizan en las IPS con miras a lograr la Acreditación, contienen estándares en seguridad del paciente.

En materia de seguridad del paciente, es importante también mencionar la Ley 1122 de 2007, la cual ha sido implementada con el fin de fortalecer los aspectos relacionados con la prestación de los servicios de salud que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, busca lograr el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, y para ello esta ley plantea “reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud (...)” (Ley 1122, 2007).

Posteriormente, se emite la Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006, por la cual “se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”. En la figura 6 se destacan algunos componentes de la Resolución 256.

Por otro lado, encontramos también la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006, del Ministerio de la Protección Social, “por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en cuanto a capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico-administrativa”.

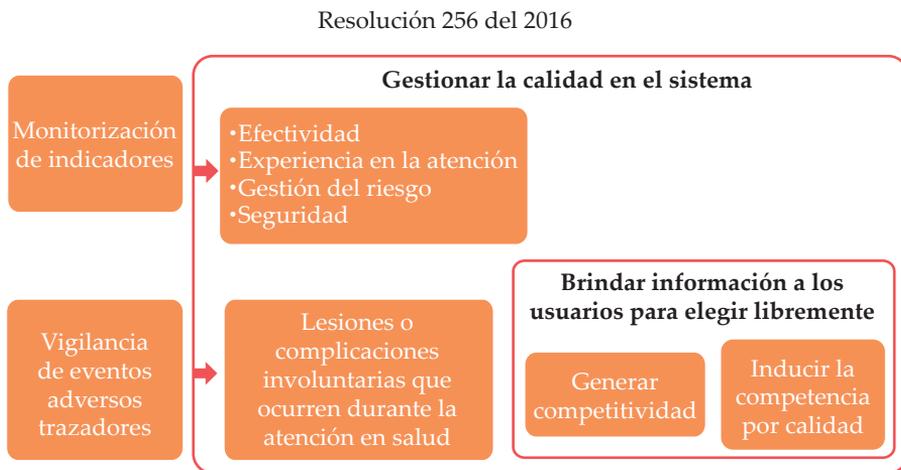
En la misma línea, la Resolución 1445 del 8 de mayo de 2006, del Ministerio de la Protección Social, define las funciones de la Entidad



Acreditadora y adopta manuales de estándares de Acreditación. El “Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”, presenta los lineamientos instrumentales que servirán de guía en el proceso de acreditación para las instituciones y los estándares en los que se contempla el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento, incluyendo alguno o todos de los siguientes criterios: seguridad, continuidad, coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficiencia, accesibilidad y oportunidad.

Figura 6. Resolución 256 de 2016

22



Fuente: Elaboración propia.

Una Resolución que también está relacionada con el tema de estudio es la 1448 del 8 de mayo de 2006, del Ministerio de la Protección Social, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud bajo la modalidad de telemedicina, y establece en su artículo 6º: “(...) las instituciones que prestan servicios de salud bajo esta modalidad, cualquiera que sea su clasificación, deberá[n] garantizar el cumplimiento de las características de calidad establecidas en el artículo 3º del Decreto 1011 de 2006”.



A través de la Resolución 2003 de 2014 hay un movimiento de recomendaciones estatales de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad por parte de las instituciones de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de también de definir procesos asistenciales seguros; en otras palabras, dicha normativa establece como obligatoria la documentación e implementación de los programas de seguridad del paciente para todos los prestadores de la salud.

En el 2008 se expiden los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Dichos lineamientos establecen una serie de herramientas y paquetes de instrucciones para facilitar la implementación de esta política en los diferentes prestadores. Cuando se presenta un evento adverso, se tiende a culpabilizar al profesional de salud y a pedir su sanción. Sin embargo, este tipo de casos resultan mucho más complejos, ya que dichos eventos pueden ser el resultado de diferentes factores los cuales lo han generado. El objetivo de estos lineamientos es la de establecer una atención segura, para lo cual resulta imperativo que se operacionalicen valores como el compromiso y la cooperación de los diferentes *Stakeholders*, los cuales permitan desarrollar una serie de acciones con el objetivo de proteger al paciente de los eventos adversos.

Por último, la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, la cual reconoce el derecho a la salud como derecho fundamental en su artículo 17, no solo garantiza la autonomía profesional prohibiendo todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud; pero también, al mismo tiempo, prohíbe cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. Es importante también precisar algunos principios establecidos en el artículo 6º de dicha ley, como el de la disponibilidad, ya que establece: “El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente”. Esto implica que el Estado tiene



un papel determinante en asegurar que los profesionales de la salud sean competentes para evitar cualquier evento adverso que pueda afectar la seguridad del paciente.

La aceptabilidad implica que siempre que los profesionales de la salud presten un servicio médico debe hacerse cumpliendo la ética. También, relacionado con la seguridad del paciente, es importante el principio de la calidad e idoneidad profesional que establece: “Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas” (Ley 715, 2015, art. 6°).

24

Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos. El artículo 10 establece que dentro de los derechos de las personas se encuentre el acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad y a obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante, que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer y a no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.

Conclusiones

La seguridad del paciente es un tema de especial interés a nivel mundial, lo que ha permitido la generación de movimientos como la Alianza para la Seguridad del Paciente; en muchos países se ha convertido en un reto la implementación de políticas, normas y procesos que permitan alcanzar el objetivo de brindar servicios de salud con calidad; sin



embargo, al abordar la seguridad del paciente se hace necesario tener en cuenta factores de tipo cultural, social, económico e institucional que marcan las expresiones y relaciones en el proceso de atención al paciente y que muchas veces al no ser tenidas en cuenta desencadenan en eventos inseguros, algunos de estos relacionados con errores en la atención en salud; es por ello por lo que enfoques como el de complejidad, gestión del riesgo y atención centrada en el paciente, han sido útiles al momento de establecer una serie de procesos que permitan mejorar la seguridad del paciente.

Referencias

- Aranaza J & Agrab Y (2010). La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Revista de Medicina Clínica*, supl (1), 1-2.
- Beltrán J, Carmona M, Carrasco R, Rivas M & Tejedor F (sin fecha). *Guía para una gestión basada en procesos*. Andaluz: Imprenta Berekintza.
- Betancourt J & Morales R (2009). Enfoque de los sistemas complejos en seguridad del paciente. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, vol. 13 (5), 1-7.
- Cruz M & Cabré L (2009). Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. *Revista de Bioética y Derecho*, vol. 15, 6-15. Recuperado de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/>
- Cartes M (2013). *Gestión del riesgo y seguridad del paciente en la universidad de medicina de Hannover*. Recuperado de https://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/ressort_krankenversorgung/downloads/risikomanagement/Vortraege_Publikationen/GestionRiesgoCartesMedizinischeHochschuleHannover.pdf
- Constitución Política de Colombia [Const.] (1991). 2da. ed. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Cote L (2011). Lista de verificación, protocolo universal, tiempo fuera. ¿Qué sigue? *Revista Cirujano General*, vol. 33 Supl. 1, 1-4
- Decreto 1011 de 2006, del 3 de abril. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.



- Diario Oficial*. Colombia, núm. 46.230 Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1206700>
- Ley 100 de 1993, del 23 de diciembre. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. *Diario Oficial*. Colombia, diciembre 23 de 1993, núm. 41.148. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Ley 1122 de 2007, del 9 de enero. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Colombia, enero 9 de 2007, núm. 46.506. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- Ley 1751 de 2015, del 16 de febrero. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. *Diario oficial*. Colombia, núm. 49.427. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
- López et al. *Seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención*. Recuperado del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *Estrategia seguridad del paciente 2015-2020*. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2008). *Guía técnica: "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"*. Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Lineamientos de política en calidad en salud en Colombia*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/25sep/Politica%20Publica%20de%20Calidad%20en%20Colombia.pdf



- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
- Organización Mundial para la Salud (2006). 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/s/WHA59_2006_REC1-sp.pdf
- Organización Mundial para la Salud (2002). 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/SEB1102.pdf
- Ortiz M (2009). Camino y destino: una visión personal de las políticas públicas de salud. En Knaul, F et al. (eds.). *Hacia la cobertura universal en salud: Protección social para todos en México*. *Revista de Salud Pública*, vol. 5 (2). 207-235. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf>
- Ramírez M (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, vol. XXVI (2), 218-225.
- Resolución 1446 de 2006, del 8 de mayo. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad. *Diario Oficial*. Colombia, núm. 46.271 Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>
- Resolución 1043 de 2006, del 3 de abril. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud. *Diario Oficial*. Colombia, núm. 46.271. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>
- Resolución 1445 de 2006, del 8 de mayo. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora. *Diario Oficial*. Colombia, núm. 46.271. Recuperado de http://legal.legis.com.co/document?obra=legcol&document=legcol_759920421cb3f034e0430a010151f034
- Resolución 2003 de 2014, del 28 de mayo. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud. *Diario Oficial*. Colombia, núm. 46.271. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf



- Second M (2009). EU Council Working Party on Public Health at Senior Level. En Varela et al. (eds.). *Red Europea de seguridad del paciente y calidad (Eupean Network for safety and quality of care)*. Desarrollo de resultados preliminares en Europa y en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 30 (2), 92-102.
- Servicio Gallego de Salud (2014). *Sistema de seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios - del modelo corporativo de gestión integrada de la calidad del servicio gallego de salud*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Servicio Gallego de Salud. Recuperado de https://libreria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/sistema_seguridad_del_paciente_y_gestion_de_reisgos-sergas-castellano.pdf
- Soule B (2011). Seguridad del paciente. En Allegranzi et al. (eds.), *Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC, (1-16)*. New Ireland: International Federation of Infection Control.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad en Salud de México (2011). *Programa de Acción Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud*. Recuperado de http://terceridad.net/PyPS/Por_temas/29_Gob_Fed/Gob_Fed/ProgSal-01-06/Prog_cruzada_nal_salud.pdf
- Vargas A (2011). Cultura de la seguridad del paciente. Gestión del riesgo. *Revista Medicina Infantil*, vol. XVII (4), 337-344.



Capítulo II

Avances y retos en la evaluación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia

29

Autores

Olga Lucía Moya Saénz³

Yesid Ramírez Moya⁴

-
- 3 Docente, Escuela de Posgrados en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria del Área Andina.
 - 4 Médico cirujano de la Universidad Juan N Corpas. Magíster en Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial de la Universidad Miguel Hernández. España, 2013. Especialista en Epidemiología y Docencia Universitaria. Docente de Icontec.



Resumen

30

La implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia, ha requerido de estrategias normativas y experiencias positivas a nivel mundial para lograr desarrollarlas en nuestro Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC). Razón por la cual se hace necesario evaluar los avances y el cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente, con el fin de identificar el grado de madurez y su impacto. El cumplimiento de los logros permitirá una promoción de la atención segura, con la pretensión de reducir los riesgos en la prestación del servicio, mediante la divulgación e implementación de la política y el programa de seguridad del paciente en cada uno de los prestadores de servicios de salud.

Palabras clave: *seguridad del paciente, servicios hospitalarios, gestión del riesgo, cultura en seguridad del paciente, Colombia.*



Introducción

Antecedentes de la seguridad del paciente: una mirada hacia el futuro

Considerando que anualmente, cerca de 100.000 personas mueren a causa de algún tipo de evento adverso en cualquiera de los momentos de exposición al servicio de salud, que la mayoría de los mismos son potencialmente prevenibles, y las enormes consecuencias sociales y económicas desencadenadas de las personas que no mueren pero son afectadas por un evento adverso, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a promover la cultura de la seguridad del paciente; es así como en el marco de la 55ª Asamblea General de la OMS se promueve la prestación de servicios de calidad considerando la seguridad del paciente como estrategia para dicho logro (Mondragón A, Rojas J & Tobón D, 2012, p. 132).

En 1950, en Canadá se estableció el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos dos organismos han contribuido a expandir en varios países, las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad, incluida la necesidad de implantar sistemas de notificación y registro de incidentes.

En 1961, Donabedian publica su primer artículo en el que expone algunos conceptos sobre la calidad de atención médica, que continúa desarrollando posteriormente y que constituyeron fundamentos importantes para el desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Propone que el control de calidad se ejerza a partir del análisis de tres pilares básicos: de la estructura, del proceso y de los resultados; lo cual ha sido tomado por diferentes instituciones y organizaciones de salud, que han estructurado metodologías como la auditoría médica para su estudio. “En este proceso, la Organización Mundial de la Salud ha potenciado el desarrollo de la calidad de la



atención médica y seguridad del paciente con diferentes programas aplicados a nivel internacional” (Santacruz V, Rodríguez S, Fajardo D & Hernández T, 2012, p. 78).

Es así, como la seguridad del paciente cobró especial importancia con la publicación a finales de los años noventa del informe: “To err is human: building a safer health system”, del Institute of Medicine de los Estados Unidos. En el 2004, la Organización Mundial de la Salud estableció una alianza mundial para la seguridad del paciente, bajo el lema «ante todo no dañar», y en España se iniciaron estrategias específicas en seguridad del paciente desde el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Servicio Madrileño de Salud, entre otros.

32

Tomando como definición de evento adverso (EA) el daño no intencionado relacionado con la atención sanitaria, más que por el proceso nosológico en sí, se han realizado varios estudios. El estudio más importante fue el que se desarrolló en 1984 en Nueva York, conocido como Harvard Medical Practice Study (HMPS), que estimó una incidencia de EA del 3,7%. En el 70% de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de los casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes, contribuyeron a la muerte. El motivo de la revisión era establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos EA y no para medir la posibilidad de prevenirlos. Las reacciones a los medicamentos eran el EA más frecuente (19%), seguido de infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%) (Aranaz A et al., 2011, p. 195).

El Estudio Nacional sobre Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización (ENEAS), 2005, mostró que la incidencia de eventos adversos (EA) relacionados con los cuidados fue de 7,63%, mientras que el Estudio Iberoamericanos de Eventos Adversos (IBEAS) determinó una incidencia de 16,24% (Gimeno, Ferrer A, Revuelta Z, Ayuso M & González S, 2014). Otro de los estudios más relevantes en el 2008 es el Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria en Salud (APEAS), el cual abordó el análisis y la frecuencia de los EA en



atención primaria en España, acercando la seguridad del paciente al primer nivel asistencial (Rodríguez C, Paredes A, Galicia F, Barrasa V & Castán R, 2014, p. 36). No obstante, la complejidad de los sistemas de salud puede propiciar que se presenten eventos adversos. De la intervención de ello dependerá establecer medidas preventivas para minimizar el impacto en la medida que sea posible.

Ante estos resultados, instituciones y organismos internacionales han considerado la seguridad del paciente un problema grave y de consecuencias con gran impacto. A partir de 2001, la seguridad es considerada por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (IOM), una de las seis dimensiones o atributos clave de la calidad de los servicios de salud (Bernalte-Martí, Orts-Cortés & Maciá-Soler, 2015, p. 65). Por ejemplo, algunos estudios realizados en la Unión Europea, Canadá, Australia y Bélgica, “han evaluado el incremento de costes asociado a los eventos adversos hospitalarios, los cuales tienen una incidencia que en la literatura oscila entre un 2,9% y un 16,9% de las asistencias sanitarias y suponen un incremento en el coste del episodio de un 9,6% a un 25%” (Allué et al., 2014, p. 49).

No obstante, la seguridad del paciente se ha convertido “en un reto y en una prioridad de todos los sistemas sanitarios, implantándose políticas internacionales con el objetivo preciso de reducir el número de eventos adversos (EA) relacionados con la atención sanitaria” (Martín-D et al., 2013, p. 2). Desde esta perspectiva holística, la seguridad de los pacientes requiere articular cada uno de los procesos que intervienen en el mejoramiento de su salud, permitiendo así entender la dinámica en la cual actúan cada uno de los componentes del proceso de atención en salud, pues la vigilancia y el control del buen funcionamiento de cada uno de ellos contribuirán finalmente a que se brinde una atención segura. “Más todavía, la concientización de que existen factores de riesgo permite formular estrategias para detectarlos e intervenir de manera oportuna, facilitando de este modo su evaluación permanente (...)” (Mondragón C, Rojas M, Gómez O, Rodríguez M & Mezones H, 2012, p. 531).



La atención segura del paciente se remonta a la medicina Hipocrática, en especial al principio de “Primum non nocere” (Primero no hacer daño), y el principio de beneficencia “Has [Haz] todo el bien que puedas” (Rodríguez C, 2013, p. 5). Esta premisa se logra desde la formación de los profesionales en temas de seguridad del paciente, implementación de metodologías de análisis de eventos en salud, búsqueda activa y pasiva de las posibles causas que desencadenan los eventos adversos en las instituciones y el despliegue de toda una cultura de seguridad.

34

Sin embargo, es importante resaltar que “durante los últimos años se ha visto un progreso real en el ámbito de la cultura de seguridad del paciente, generado por una mejor y mayor comprensión de lo que dicha cultura significa, y existir herramientas precisas, verificables y sólidas para medirla” (Pérez C, Vázquez R & Recio E, 2016, p. 110). Desde esta perspectiva en el mundo, los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente se orientan a la detección de errores, su registro, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. En este sentido, los sistemas de información que aportan a la identificación, reconocimiento, seguimiento y monitoreo de los eventos adversos, “constituyen uno de los pilares de estas estrategias, tanto la Organización Mundial de la Salud como el Comité Europeo de Sanidad recomiendan aprovechar todas las fuentes de información disponibles para apoyar los avances en esta línea de trabajo” (Merchante V, Hernández & Lizárraga, 2010, p. 4).

Por tanto, Oliva (2014) afirma: “El análisis de los elementos que pueden llevar a una atención insegura en un centro sanitario puede contribuir a reducir el número de incidentes capaces de ocasionar daños a los pacientes” (p. 56). Por tanto, un buen análisis de la información, de los hechos que ocasionaron el evento adverso, los factores que intervinieron y las formas de subsanarlos, puede arrojar lecciones aprendidas y arroja evidencia para evitar que ocurra nuevamente este tipo de eventos. Desde esta perspectiva, la gestión del conocimiento



y análisis de los eventos en salud, deben estar acompañados de la implementación de una política de seguridad del paciente, que permita un aprendizaje organizacional enfocado en mejorar la calidad y seguridad de la atención en los servicios de salud.

El éxito de la implementación de una adecuada política de seguridad del paciente, debe acompañarse de una directriz firme y sólida de la alta dirección de las instituciones de salud, para romper con el paradigma de la simplicidad y abordar esta temática de forma global, con valor positivo, potenciar una nueva cultura que valore el aprendizaje basado en errores y mejore las conductas de los profesionales, frente al papel de la seguridad de los pacientes en los procesos de atención en salud. Ya que en ocasiones se evidencia el trabajo de las organizaciones segmentado tradicionalmente, los hospitales abordan los temas de seguridad de una manera fragmentada y, en ocasiones, incompleta. Comisiones como las de farmacia, mortalidad e infecciones, entre otras, son ejemplos de grupos de trabajo que tratan de manera muy directa problemas de seguridad del paciente. “La posibilidad de discutir las estrategias de la organización, los recursos necesarios, así como el rediseño de algunos procesos y marcar objetivos para mejorar los resultados permite impulsar decididamente la seguridad de los pacientes en los centros” (Saura et al., 2014, p. 49).

Esta dinámica de trabajo mancomunado se ve reflejada en experiencias positivas como la primera acción cooperativa entre la Comisión Europea y los Estados Miembros en el ámbito de la seguridad del paciente (SP), en la que España participó como socio, fue el proyecto European Network for Patient Safety (EUNetPas) (2008-2010), que permitió favorecer el desarrollo de estrategias nacionales de SP y crear una red de colaboración entre los Estados Miembros para el intercambio de conocimientos, experiencias y prácticas clínicas en esta área de interés.

Para el 2010, la Comisión Europea y el Grupo de Trabajo de Alto Nivel del Consejo sobre Salud Pública presentaron el documento de reflexión, *Quality of Health Care: policy actions at EU level*; en este,



se evidenciaba la necesidad de que todos los países fortalecieran la prestación de los servicios asistenciales, y por tanto se debían incluir las estrategias en torno a la calidad asistencial; así mismo, era necesario conocer los procesos de referenciación en buenas prácticas entre los países y organizaciones sanitarias de la Unión Europea (Agra-Varela et al., 2015, p. 96).

Estas experiencias demuestran una vez más que el trabajo realizado de manera coordinada, haciendo uso de herramientas estandarizadas y sensibilizadas dentro de las organizaciones, favorecen de manera positiva incrementar el conocimiento y desarrollar elementos facilitadores en busca de posibles oportunidades de mejora, frente al tema de brindar servicios de salud de manera segura en los diferentes niveles de atención clínica.

36

Para finalizar, es de suma importancia resaltar estos escenarios como una oportunidad para promover la participación de los pacientes en su seguridad, como recomienda la Comisión Europea en su reciente informe (Agra-Varela et al., 2015, p. 101).

La cultura en seguridad del paciente

Se define cultura de seguridad de una organización como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la aptitud y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas; al respecto, Muñoz & Marín (2013), manifiestan:

En el 2003, un informe del National Quality Forum (NQF) identificó como la primera de sus «30 prácticas seguras» promover una cultura de seguridad en la organización. Dicha recomendación se ha visto reforzada en el informe elaborado por el mismo organismo en el 2007. Esta



fue también una de las conclusiones de la Declaración del Consejo de Europa en Varsovia, que acordó una estrategia propuesta a los Países Miembros para abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional (p. 330).

Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS), determinó realizar acciones enfocadas a los problemas más importantes que afectan a la salud global y que han sido denominados “retos”, lo que también ha obligado a los miembros de la OMS a cumplirlos. Cabe señalar, que todos estos esfuerzos están enmarcados en las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente. Esta serie de estrategias planteadas, es el resultado del trabajo y del interés centrado en el paciente y su seguridad, las cuales forman parte de los elementos básicos de una cultura de calidad y seguridad. Según el NQF, los cinco elementos básicos para una cultura de calidad y seguridad son los siguientes:

- **Compromiso con el aprendizaje continuo y el rediseño de procesos:** las organizaciones que se han comprometido a mejorar la seguridad de los pacientes están abiertas a nuevas ideas, a buscar las mejores prácticas, y trabajar continuamente para identificar y abordar las deficiencias en la calidad y la seguridad. Los líderes de estas organizaciones deben tener una propensión a escuchar a los pacientes, a las familias, y a todo el recurso humano de sus instituciones, además de tratar las quejas y reclamos que se expresan como oportunidades de mejoramiento. También deben alentar al personal y a sus directivas a evaluar y reproducir las mejores prácticas, participando en la investigación y en los esfuerzos de mejoramiento que les ayuden a identificar mejores formas de hacer las cosas.
- **Sistema de identificación, mitigación y evaluación de errores:** la existencia de métodos para identificar las fallas en los sistemas y en las prácticas, es fundamental para el éxito de los esfuerzos en la seguridad del paciente. Los métodos que pueden utilizarse incluyen el análisis de los factores humanos, las rondas de seguridad, y las estrategias de detección y prevención tempranas. La



utilización de la tecnología y de otros mecanismos para reducir la variación y los errores, es un punto crítico. Estos mecanismos incluyen guías de práctica clínica, los sistemas de apoyo para la toma de decisiones, y las tecnologías relacionadas con la historia clínica electrónica y la sistematización de la información en línea.

- **Un proceso para asegurar las competencias clínicas, técnicas, interpersonales y analíticas en la gestión de la calidad y en la planeación de la atención y desarrollo de los procesos:** las IPS, los médicos y todo el recurso humano, deben ser tan hábiles en las prácticas de mejoramiento de la calidad, como lo son en la planificación de la atención y en su puesta en práctica. El modelo de competencias para cada grupo debe basarse explícitamente en los valores de la organización y destacar las habilidades clínicas y técnicas requeridas, así como los conocimientos y expectativas sobre la conducta, relacionadas con el trabajo en equipo, el liderazgo, la diversidad, el respeto, la atención centrada en la familia, la confidencialidad, la calidad, el mejoramiento continuo de la gestión de procesos, y la ética.
- **Una metodología en toda la organización para establecer prioridades, desarrollar metas y objetivos, además de y gestionar el desempeño:** los sistemas de gestión de la información, tales como los tableros de control y los cuadros de mando, proporcionan información que permite a los líderes, a los prestadores y a todo el personal de la organización, establecer objetivos de mejoramiento y evaluar el progreso de las iniciativas puestas en marcha. Estos sistemas deben ser de doble vía, para que todos los miembros de la organización, los pacientes, las familias y los miembros de la junta, tengan una comprensión clara de los resultados de la organización, especialmente los relacionados con la calidad y la seguridad.
- **La colaboración interdisciplinaria y el trabajo en equipo como normas:** la creación de una cultura de la seguridad requiere de la colaboración interdisciplinaria y del compromiso de todas las profesiones y departamentos. Esa colaboración es más probable que ocurra cuando la organización mantiene un modelo de liderazgo interdisciplinario, en el que enfermeras, médicos y admi-



nistradores tienen un papel igual y complementario como líderes de las principales iniciativas y programas clínicos. Este modelo de liderazgo crea un clima en el que todo el recurso humano de la institución se ve unos a otros como clientes internos, y además respetan los puntos de vista de los miembros de otros departamentos y disciplinas como contribuciones únicas ([CO], 2007).

- **El liderazgo** es clave para instaurar los programas de seguridad del paciente (Sala et al., 2016). Razón por la cual, las instituciones deben propender por espacios de concertación e innovación, trabajo integrado entre los diferentes actores del Sistema en Salud, varias experiencias dan fe de los logros alcanzados.

La seguridad del paciente en Colombia, retos y avances

En Colombia, desde 1994, se ha desarrollado un sistema específico de calidad para el sector salud que ha tenido como eje la seguridad de los usuarios del sistema. Con el Decreto 2174 de 1996, se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde se incluye la seguridad como elemento esencial para ser desarrollado a través de sus cuatro componentes. Posteriormente, en el 2002, el Ministerio de la Protección expide el Decreto 2309, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ratificando sus cuatro componentes: Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema de Información para la Calidad y Sistema Único de Acreditación.

Desde los estándares de Habilitación definidos en la Resolución 1043 de 2006, se definieron los requisitos estructurales mínimos para garantizar condiciones seguras para prestar servicios de salud, que posteriormente evoluciona a la Resolución 1441 de 2013, derogada por la actual Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.



El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, debe promover en las instituciones de salud, el mejoramiento continuo de las condiciones de seguridad, como una de las prioridades en la intervención de los riesgos y en las fallas del proceso de atención, y el desarrollo de un sistema de información que permita a las organizaciones identificar los eventos y sus causas y poder medir su proceso de mejoramiento. En Colombia, desde el 2004, vimos cómo se incorporó la seguridad del paciente dentro de los estándares que en su momento se presentaron como estándares de Acreditación en Salud y cuyo trabajo correspondió al primer modelo de estándares superiores que existió en nuestro país.

40

En el 2006, con la Resolución 1446 se presentan los llamados “eventos centinela”, como aquellos eventos a los que deben prestar mayor atención, por cuanto generan mayores lesiones o daños y denotan fallas severas en la calidad de la atención. En el 2008, el Ministerio de Salud presentó la Política de Seguridad del Paciente, que incluye unos objetivos y unos principios, que estuvieron inspirados en los principios que proponía la Organización Mundial de la Salud y que en su momento habían propuesto algunos organismos que como la Joint Commission International ha participado en propuestas de intervención que propenden por el mejoramiento de la seguridad en algunos países.

En el 2009, con apoyo del Ministerio de Sanidad de España y los ministerios de Salud de Colombia, Argentina, Perú, México y Costa Rica, se desarrolla el Proyecto IBEAS, que nos da una idea de los eventos adversos que prevalecen en nuestro país y, acto seguido, el 2010 el Ministerio de la Protección lanza el “Manual de buenas prácticas de seguridad”, que ha sido un documento de gran apoyo para la organización inicial de muchos de los programas de seguridad del paciente que hoy día existen en algunas instituciones de salud.

Para el 2012, el Ministerio de Salud junto con otros ministerios de Salud de Brasil, México y Argentina, realizan la investigación de los eventos adversos en los servicios ambulatorios a través de una muestra en algunas instituciones de salud ambulatorias de estos países.



Con todo este aprendizaje, el Ministerio de Salud incluye, en el 2014, la seguridad del paciente como uno más de los requisitos del Sistema Único de Habilitación, con carácter obligatorio, para ser cumplido por todas las instituciones de salud que se quieran habilitar para prestar servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

La Acreditación en Salud ha aportado a la seguridad en salud, pues ha impulsado la implementación en las instituciones de los estándares superiores, que han permitido el mejoramiento continuo de procesos, procedimientos y prácticas en salud, en procura de mejores resultados en términos de seguridad en los procesos de atención.

41

En el Sistema Único de Acreditación se definió el cumplimiento de los estándares de Habilitación como requisito de puerta de entrada y se promueve el desarrollo de una cultura de seguridad y de humanización del proceso de atención.

Las instituciones que quieran demostrar el cumplimiento de los estándares superiores, deben demostrar que han desarrollado una cultura de seguridad que garantice la prevención y control de los riesgos, que incluye entre otros elementos: la definición de una política de seguridad que estimule el reporte y la definición de mecanismos no punitivos para su intervención, así como la existencia de una estructura organizacional que facilite su implementación y un programa que incluya mecanismos de reporte, análisis y respuesta efectiva ante la ocurrencia de eventos, al igual que estrategias de prevención y algunas estrategias para evitar su nueva ocurrencia, en caso que ya se hallan materializado algunos de estos riesgos.

Como retos para el sistema tenemos las guías de medicina basada en la evidencia que el gobierno nacional ha definido y ha puesto al servicio de las IPS, pero que ahora requieren su estricta adherencia por parte de todos los prestadores y el exhaustivo seguimiento por parte de los organismos de control. De igual manera, es necesario desarrollar otras guías, correspondientes a otras patologías y otras disciplinas que no



se han desarrollado aún y cuyos costos las instituciones de salud no están preparadas para asumir.

Será necesario trabajar en el desarrollo de competencias en seguridad del paciente para los profesionales, técnicos y auxiliares de las diferentes áreas de la salud, lo cual se espera sea incentivado desde la academia, a través de su inclusión en el proceso de formación y hasta el desarrollo de competencias para los profesionales egresados de diferentes especialidades de la salud, mediante la educación continuada y el desarrollo de especialidades y maestrías en seguridad y calidad en salud.

La acreditación como aporte a la seguridad del paciente en Colombia

En Colombia los estándares de Acreditación inicialmente fueron el resultado de un exhaustivo trabajo realizado en el 2000 por el consorcio conformado por el Centro de Gestión Hospitalaria de Colombia, la firma Qualimed de México y el Consejo Canadiense de Acreditación, que cumpliendo con las actividades, contratados por el Ministerio de Salud de Colombia, definieron unos estándares de acreditación, que recogieron lo más importante de la experiencia internacional revisada y que dieron cumplimiento a los pasos establecidos por el International Society for Quality in Health Care (ISQUA), para la construcción de estos estándares.

El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC).

Con la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2009, el Ministerio de la Protección Social designó al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) como responsable de desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar el sistema único de Acreditación.



La Acreditación en Salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función.

Los aspectos técnicos de la prestación del servicio son de máximo interés y por tanto la seguridad del paciente se convierte en una prioridad de la evaluación; y al ser la Acreditación la búsqueda de condiciones superiores de calidad, se debe partir del cumplimiento de los requisitos mínimos de la Habilitación en Salud y de las demás normas de carácter obligatorio.

En la Acreditación, la evaluación busca cómo la estructura soporta el cumplimiento de los objetivos del servicio al usuario en forma segura y cómo contribuye a garantizar aspectos propios de la humanización, el control de los riesgos y la gestión de la tecnología, como aspectos básicos de estos estándares superiores.

La Acreditación debe servir como instrumento que brinde información a usuarios, facilitando en ellos la toma de decisiones en relación con qué instituciones deben proveerles servicios de salud, en procura de elegir aquellos que les ofrezcan mejores condiciones de calidad y de seguridad en su proceso de atención. Para cumplir con estas funciones, el organismo Acreditador debe:

- Garantizar el proceso de evaluación externa y el cumplimiento estricto de los principios de la Acreditación.
- Hacer pública la información de las instituciones que han logrado la acreditación.
- Poner a disposición del público, información sobre temas específicos de calidad de atención en salud que contribuyan a difundir mejores prácticas en las instituciones de salud, así como la promoción



en los usuarios de las mejores prácticas que permitan prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la prestación de servicios de salud.

La Acreditación en Salud cuenta con unos ejes (Resolución 2082 de 2014): Humanización; Gestión clínica excelente y segura; Gestión del riesgo; Gestión de la tecnología; Atención centrada en el paciente; Aprendizaje organizacional, y Responsabilidad social. El cumplimiento de los estándares lleva a las instituciones acreditadas al cumplimiento del objetivo de estos ejes, que garantizan mayor seguridad al proceso de atención, tanto para usuarios como para los trabajadores de salud.

44

Los estándares de Acreditación están distribuidos en dos grandes grupos: unos estándares del proceso de atención al cliente asistencial, a través de los cuales la institución promueve una atención segura y humanizada a los usuarios a través del cumplimiento de unos estándares superiores para cada una de las fases del proceso de atención. Y unos estándares de apoyo administrativo gerencial que deben garantizar el compromiso de la alta gerencia, un sistema de información seguro y adecuado para la toma de decisiones, así como los recursos necesarios para que los estándares del proceso asistencial se puedan volver una realidad.

La Acreditación es una cultura de autoevaluación y mejora continua, que facilita el aprendizaje organizacional de las instituciones de salud, proceso que es verificable a través de una auditoría externa, que otorga una acreditación y que es objeto de seguimiento por la misma institución acreditadora, hasta el cuarto año, momento en el cual la institución volverá a solicitar de manera voluntaria reiniciar el proceso de acreditación.

La evolución de la seguridad del paciente

Con la entrada en vigencia de la Resolución 2003 de 2014, se dio énfasis a la seguridad del paciente como elemento de obligatorio cumplimiento dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Ca-



lidad, al incluirse la seguridad del paciente como un elemento de la Habilitación en Salud.

Con esta inclusión de carácter obligatorio, las instituciones prestadoras deben generar un compromiso desde la alta gerencia, a través de la definición de una política de seguridad y de una estructura para el funcionamiento del programa de seguridad, que permita el reporte, análisis y la mejora de los eventos e incidentes que se puedan presentar durante la prestación del servicio.

Se promovió en el país la implementación de los procedimientos institucionales y asistenciales seguros con una activa participación tanto de los directivos como de todos los profesionales de las instituciones de salud, así como la vinculación del paciente y su familia como parte activa del proceso de atención.

Con la Habilitación se hace exigencia de las guías de medicina basada en la evidencia, que son elemento importante para intervenir riesgos relacionados con el proceso de atención, en procura de la menor variabilidad y mayor seguridad en el proceso de atención.

Con base en las investigaciones hechas en IBEAS, se pudieron priorizar algunos procedimientos de mayor riesgo en la atención, que sumado a la referenciación internacional, han promovido el desarrollo de unos procesos asistenciales seguros, que posteriormente dieron lugar a los paquetes instruccionales que el Ministerio de Salud entregó a todos los prestadores, para intentar reducir riesgos propios de la atención por falta de adherencia a guías y protocolos por parte de los profesionales, en el manejo de las patologías de mayor demanda en nuestro país.

Es de aclarar que algunos procedimientos seguros que se han impulsado en nuestro país, corresponden a metas sugeridas tiempo atrás por la Organización Mundial de la Salud, como, por ejemplo: la estrategia multimodal del lavado de manos; la prevención de las infecciones asociadas con la atención, entre otras. Para el caso de Colombia, se han adicionado algunas patologías como la morbilidad materna; las



patologías crónicas; la prevención de las complicaciones propias de las úlceras por decúbito, los eventos relacionados con el uso de medicamentos, etc.

Estos paquetes instruccionales han sido un gran aporte que el Ministerio de la Protección en colaboración con algunas IPS, han ofrecido al país, como aporte a la intervención de los riesgos propios del proceso de atención, que, de ser apropiado por las instituciones prestadoras, puede constituirse en una orientación al análisis y mejora de un porcentaje considerable de eventos e incidentes que se reportan día a día en las instituciones prestadoras de servicios de salud del país.

46

Posteriormente, surge la vigilancia como otra estrategia de intervención del riesgo, que favorece la identificación de riesgos relacionados con fases de posventa de medicamentos, dispositivos, reactivos, sangre, hemoderivados y tejidos. Para lo cual, el Estado define políticas y algunas estrategias de intervención que a manera de planes y programas de intervención, buscan identificar los riesgos relacionados con su uso durante el proceso de atención y, una vez identificados estos riesgos, se pueda evitar o mitigar eventos adversos que se puedan presentar en cualquiera de las fases del proceso de atención, empoderando para su identificación a cualquiera de los integrantes del equipo de salud o a los mismos pacientes, promoviendo la participación activa de los pacientes y sus familiares durante el proceso de atención.

Con el surgimiento de la Resolución 0256 de 2016, aparece la nueva versión del Sistema de Información para la Calidad, a través del cual se incorporan más elementos del programa de seguridad del paciente (caídas, úlceras por presión), al sistema obligatorio de garantía de calidad, haciéndose un reporte de obligatorio cumplimiento para todas las IPS, siendo este otro apoyo que el Estado hace a la implementación del programa de seguridad del paciente para todos los prestadores.

En el 2016, la Superintendencia Nacional de Salud emite la Circular 012, que da algunos lineamientos para prestadores, administradores y entes territoriales, a través de los cuales se indica la orientación que



se le debe dar al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, dando mayor énfasis a las acciones de mejora, su seguimiento y los resultados obtenidos, con el fin de que las instituciones logren el aprendizaje organizacional, que les permita la mejora continua en temas relacionados con la seguridad del paciente.

También para el 2016, el Ministerio de la Protección Social presenta la Política Integral de Atención en Salud; el Modelo Integral de Atención en Salud y las Rutas de Atención Integral, como una estrategia de atención que busca la implementación de un modelo de atención primaria, que parte de un enfoque de riesgo desde el diagnóstico integral de salud de la población, a partir de sus necesidades individuales y colectivas, que permitirán definir grupos poblacionales de riesgo que serán manejados a través de un plan integral y un manejo multidisciplinario de los usuarios, que permita racionalizar y optimizar los recursos en búsqueda de los mejores resultados en salud para toda la población.

Para el autor, el enfoque que el Ministerio de Salud ha dado a los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad brindan un terreno abonado para el desarrollo de la Política y el programa de seguridad del paciente en nuestro país que, asociado a la estrategia de Modelo Integral de Atención en Salud, basado en un enfoque de riesgo, permitirá implementar un modelo de atención en salud más seguro, que junto con el aprendizaje que hemos hecho en estos últimos diez años, de la mano de la Acreditación en Salud, podemos ofrecer a nuestros usuarios unos avances importantes en nuestro modelo de atención en procura de ofrecer servicios de salud muy competitivos y de talla internacional.

Conclusiones

Finalmente, se puede considerar que dentro de los grandes retos que tiene Colombia en cuanto a la implementación de una verdadera política en la seguridad del paciente, está el incorporar conceptos de seguridad del paciente como una dimensión fundamental de la calidad



asistencial, ya que es considerada como un elemento transversal que afecta a la totalidad de las organizaciones y a sus miembros (Ayuso-M, De Andrés-G, Noriega-M, López-S & Herrera-P, 2017, p. 10). En este contexto para obtener los mejores resultados en el ámbito de la seguridad de los pacientes, es necesario intervenir en los siguientes aspectos: transitar hacia una cultura de seguridad a través de la concientización con todo el personal de la salud, incluyendo pacientes y familiares; realizar un monitoreo permanente a través de un sistema de registro adecuado, con la finalidad de identificar los eventos adversos, analizar las causas y reducir al máximo los riesgos y el número de los eventos adversos, siempre con un enfoque sistemático (Pérez C & Vázquez, 2013, p. 5).

48

Del mismo modo, es indispensable el acompañamiento de la alta dirección de las instituciones de salud, ya que su acompañamiento es clave para la implementación y desarrollo de modelos de calidad asistencial, centrados en el paciente y su seguridad como un compromiso firme de la mejora continua al interior de las organizaciones de salud. Y más cuando se define que la cultura de seguridad de una organización es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento, individuales y grupales que determinan el compromiso a, y el estilo y pericia de, una gestión de la salud y la seguridad de una organización. Organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicación fundada en confianza mutua, percepciones compartidas de la importancia de la seguridad y confianza en la eficacia de medidas preventivas (Ubeda, 2016, p. 7).

Son grandes los retos que todos los días enfrentan las instituciones de salud para lograr permeabilizar una cultura en seguridad del paciente, pero se hace necesario tener resultados palpables de dichas mejoras. Es por esta razón por la que la estrategia de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia, es el conjunto de acciones y estrategias que está impulsando el Ministerio de Salud y de Protección Social para ser implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; las cuales propenden a ofrecer herramientas prácticas para



hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en Salud.

La estrategia de seguridad pretende que cada vez nuestras instituciones y nuestros profesionales sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y a prevenirlos instaurando progresivamente la cultura de seguridad del paciente (Casanova, Díaz & Pérez, 2014, p. 63).

Otro aspecto a mencionar e igual de importante que los anteriores, es cómo desde la academia, se desarrollan competencias en temas de seguridad del paciente en los currículos de formación de profesionales, teniendo en cuenta que muchos de los errores que se cometen en la práctica sanitaria se deben a falta de preparación para detectar posibles condiciones que pongan en riesgo a los pacientes, así como por el escaso entrenamiento y conocimiento del tema desde sus bases teóricas y prácticas, incluida la formación en la generación y seguimiento de indicadores estratégicos para su medición. “Se reconoce el papel universal que tiene la Política de Seguridad del Paciente porque permite desarrollar una estrategia válida que ayude a disminuir la ocurrencia de efectos adversos” (Mondragón-C, Rojas-M, Gómez-O, Rodríguez-M & Mezones-H, 2012, p. 531).

Referencias

- Agra-Varela Y, Fernández-Maíllo M, Rivera-Ariza S, Sáiz-Martínez-Acitores I, Casal-Gómez J, Palanca-Sánchez I & Bacou J. (2015). Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad (Eupean Network for Patient Safety and Quality of Care). Desarrollo y resultados preliminares en Europa y en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(2), 95-102.
- Ayuso-Murillo D, De Andrés-Gimeno B, Noriega-Matanza C, López-Suárez RJ & Herrera-Peco I (2017). Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. *Enfermería Clínica*.



- Allué N, Chiarello P, Delgado EB, Castells X, Giraldo P, Martínez N, ... Cots F (2014). Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 48-54.
- Aranaz-Andrés J, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo F, Urroz O, ... Gonseth-García J (2011). Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(3), 194-200.
- Bernalte-Martí V, Orts-Cortés MI & Maciá-Soler L (2015). Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. *Enfermería Clínica*, 25(2), 64-72.
- Casanova YG, Díaz SN & Pérez AM (2014). La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud. *Patient safety as a paradigm of excellence of care in health services*, 30(1), 1-1.
- Cardona ÁM, Mirquez JCR, García DT, Ossa RG & Rodríguez-Morales AJ (2011). Seguridad del paciente: implementación de políticas para la creación de cultura en la promoción de prácticas seguras. (Spanish). *Patient safety: implementation of policies for the creation of culture in the promotion of safe practices*. (English), 17(2), 131-132.
- Gimeno A, Ferrer-Arnedo C, Revuelta-Zamorano M, Ayuso-Murillo D & González-Soria J (2014). Una aproximación al *benchmarking* de indicadores de cuidados. Aprendiendo para mejorar la seguridad del paciente. *Rev. Calid. Asist.*, 212-219.
- Martín-Delgado M, Fernández-Maillo M, Bañeres-Amella J, Campillo-Artero C, Cabré-Pericas L, Anglés-Coll R, ... Wu A (2013). Conferencia de consenso sobre información de eventos adversos a pacientes y familiares. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 381-389.
- Merchant JM, Vega AM, Hernández AP & Lizarraga C A (2010). Análisis de los indicadores de seguridad del paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality de los hospitales públicos de la comunidad de Madrid. *Medicina Clínica*, 135, 3-11.
- Mondragón-Cardona Á, Rojas-Mirquez JC, Gómez-Ossa R, Rodríguez-Morales AJ & Mezones-Holguin E (2012). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que



- fortalecer en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 31(6), 531-532.
- Muñoz FP & Marín VP (2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 329-336.
- Oliva G, Álava F, Navarro L, Esquerra M, Lushchenkova O, Davins J & Vallès R (2014). Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los hospitales de Cataluña durante el período 2010-2013. *Medicina Clínica*, 143, 55-61.
- Pérez-Castro, Vázquez JA, Rodríguez-Tanguma ED & Recio-España FI (2016). Una visión de la cultura de seguridad del paciente en hospitales en México. (Spanish). *A view of Patient Safety Culture at Hospitals in Mexico*. (English), 21(3), 109-119.
- Pérez-Castro, Vázquez JA, Castillo-Vázquez CM, Domínguez-De la Peña MA, Jiménez-Díaz IB & Rueda-Rodríguez A (2012). Los pequeños grandes detalles de la seguridad del paciente. (Spanish). *The great small details of patient safety*. (English), 17(3), 130-135.
- Pérez-Castro & Vázquez JA (2013). *Herramientas que apoyan la seguridad del paciente*. México, D. F.: Editorial Alfil, S.A. de C. V.
- Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado I, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar J & Castán-Ruiz S (2014). Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(3), 143-149.
- Rodríguez-Hernández C (2013). *Accreditación en Salud, diez años de avances*. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. Colombia. 75-79.
- Sala NF, Ruano OM, Vendrell JE, Creus MS, González MG, Cantón CR, ... Osaba MAC (2016). Seguridad del paciente e implicación de las enfermeras: encuesta en los hospitales de Cataluña. *Enfermería Clínica*.
- Santacruz-Varela J, Rodríguez-Suárez J, Fajardo-Dolci G & Hernández-Torres F (2012). Historia de los sistemas de notificación y registro de incidentes. *History of notification and incident registration systems*, 17(2), 77-80.
- Saura RM, Moreno P, Vallejo P, Oliva G, Álava F, Esquerra M, ... Bañeres J (2014). Diseño, implantación y evaluación de un modelo



de gestión de la seguridad del paciente en hospitales de Cataluña.
Medicina Clínica, 143, 48-54.

Ubeda SG (2016). ¿Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente? *Revista de Calidad Asistencial*, 31(3), 173-176.



Capítulo III

Caracterización del uso de métodos estadísticos en investigación en seguridad del paciente

53

Autor
Néstor Suárez Suárez⁵

5 Médico. Profesional apoyo - Gestión del Conocimiento, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.



Resumen

54

La investigación en seguridad del paciente toma relevancia en el panorama nacional e internacional a partir de los esfuerzos realizados por diferentes organizaciones y grupos de investigación que han generado evidencia en este campo, con el objetivo de diseñar e implementar políticas y estrategias que tienen como finalidad la gestión del riesgo en salud y la reducción de los eventos adversos relacionados con la atención. Sin embargo, al ser este un tema de reciente exploración, se requiere de una caracterización de los métodos estadísticos empleados para realizar este tipo de estudios, que es el objeto de este capítulo presentando una revisión sobre la accesibilidad estadística en investigación en seguridad del paciente.

Palabras clave: *accesibilidad estadística, métodos, seguridad del paciente.*



Introducción

La calidad de los artículos científicos es un aspecto relevante, que debe abordarse observando la metodología estadística utilizada y su confrontación con la presentación de los resultados, siendo este un aspecto que a nivel latinoamericano presenta algunas dificultades relacionadas con la producción científica publicada en materia de salud que no representa los avances logrados en el sector, teniendo un origen multicausal (Rojas O, 1997; Cañedo A et al., 1999, citado por Garcés, 2007, p. 63). De igual manera, se han descrito algunas deficiencias frente al diseño metodológico y presentación de resultados en las publicaciones del área de la salud (Torres C et al., 2005, p. 86).

55

De igual manera, al considerar los métodos de análisis como herramientas de estudio científico, se ha planteado como premisa metodológica que dependen directamente del tipo de diseño de estudio o los métodos de observación empleados (Massip N et al., 2012, p. 6); precisando por parte de algunos autores, que los lectores de reportes científicos deben preguntarse, si el diseño de un estudio o los métodos de observación garantizan su adecuada utilización. Un diseño no apropiado o una desviación del protocolo en el método de observación puede limitar la validez en los análisis de los datos (Arribalza EB, 2004, p. 2).

A pesar del uso de los métodos estadísticos y su amplia difusión en la investigación en el área de la salud y la formación de los profesionales en estas temáticas, no se ha logrado mejorar la calidad de las publicaciones en este campo (González JC et al., 1995, p. 449), por el contrario, se “evidencia una notable reducción de la capacidad de lectura crítica de los profesionales del área” (Emerson JD et al., 1983, p. 712).

Por tanto, algunos autores como Emerson y Colditz (1983) han introducido el término *accesibilidad estadística*, “para evaluar el número de originales estadísticamente accesibles, es decir, comprensibles para un lector de la revista con unos determinados conocimientos esta-



dísticos” (p. 710). Así mismo, el índice de complejidad empleado, sería inversamente proporcional a la accesibilidad estadística; que debe evaluarse sobre una escala de complejidad creciente, para lo cual establece 14 categorías de análisis presentadas en las tablas 1 y 2 adaptadas por Carré (1996), donde se fijan los umbrales de referencia entre la estadística descriptiva y la estadística bivariada, incluyendo la regresión simple (Massip N et al., 2012, pp. 77-78).

Tabla 1. Niveles de referencia para el análisis de accesibilidad al lector

| Categorías | Descripción | Aclaraciones |
|------------|-------------------------------|--|
| 1 | Estadística Descriptiva | Ningún contenido estadístico o únicamente estadística descriptiva. |
| 2 | Pruebas t de Student | Para una muestra o dos muestras (datos apareados o independientes) |
| 3 | Tablas de contingencia | Chi cuadrado, prueba exacta de Fisher, Prueba de McNemar |
| 4 | Pruebas no paramétricas | Prueba de los signos, Prueba de Mann-Whitney, Prueba de Wilcoxon, Prueba de Kruskal-Wallis |
| 5 | Medidas epidemiológicas | Riesgo relativo, Odds ratio, sensibilidad y especificidad |
| 6 | Correlación lineal de Pearson | Correlación clásica (Coeficiente r de correlación lineal) |
| 7 | Regresión lineal simple | Regresión lineal con una variable dependiente y una independiente |

Niveles de referencia: Nivel I. Hasta la categoría o criterio 1. Nivel II. Hasta la categoría 7 incluida (alguna técnica inferencial). Nivel III. Hasta la última categoría (análisis complejos y multivariados). Fuente: Protocolo diseñado por Emerson y Colditz, y adaptado por Carré.

Según Massip N. (2012), la ordenación en categorías es “arbitraria ya que esta podría no ser la mejor escala de complejidad de los diversos procedimientos estadísticos que contiene. Además, se podría cuestionar la idoneidad de haber fijado el nivel de referencia en la estadística bivariada para valorar la accesibilidad estadística” (p. 78). De igual manera, Carre (1996), citado por Massip (2012), refiere que “dicho nivel se corresponde a los contenidos del curso estándar de bioestadística básica que se imparte en la mayoría de [los] currículos que cursan los investigadores clínicos en Iberoamérica” (p. 79). Estos autores, también mencionan que la estadística descriptiva sería



el punto de corte de un primer umbral y las técnicas bivariadas el segundo umbral (Carre, 1996, citado por Massip, 2012, p. 79).

Tabla 2. Niveles de referencia para el análisis de accesibilidad estadística al lector

| Categorías | Descripción | Aclaraciones |
|------------|--|---|
| 8 | Análisis de varianza | ANOVA, análisis de la covarianza, Pruebas F de comparación de varianzas |
| 9 | Correlación no paramétrica | Rho de Spearman, Tau de Kendall |
| 10 | Regresión lineal múltiple | Regresión lineal con más de una variable independiente |
| 11 | Ajuste y estandarización | Estandarización de tasas de incidencia y prevalencia |
| 12 | Tablas multivariadas | Procedimientos de Mantel-Haenszel, modelos log-lineales |
| 13 | Tablas de vida y análisis de supervivencia | Incluye tablas de vida, regresión de Cox, regresión logística y otros análisis de supervivencia |
| 14 | Otros procedimientos | Técnicas no incluidas en las categorías precedentes: análisis de sensibilidad, análisis clúster, análisis discriminante, índice Kappa |

Fuente: Adaptado de Protocolo diseñado por Emerson y Colditz y ajustado por Carré.

Por otra parte, el nivel de accesibilidad estadística según Massip Nicot (2012), es un aspecto que no ha sido suficientemente estudiado en América Latina y el Caribe, frente al uso de técnicas de muestreo y programas estadísticos. Pese a que se han realizado evaluaciones sobre la calidad estadística de los artículos, estos no han respondido a las necesidades de conocimiento de los usuarios (Sarría C, 2004, p. 301).

Teniendo en cuenta los elementos evaluativos de la accesibilidad estadística, Massip Nicot en la *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* (RCHE) estimó que el 56,4% (n = 163) de los artículos originales incluidos en la revisión emplearon categorías de análisis estadísticos del primer nivel, por lo que el usuario de estos artículos tendría acceso a más del 50% de las publicaciones de las revistas en el periodo estudiado (p. 82).



Contrastan estos hallazgos en relación con los descritos en otros estudios semejantes, llamando la atención el porcentaje apareado de los niveles de accesibilidad estadística II y III, los cuales se distribuyeron de manera semejante (23,3% y 20,3%, respectivamente). Un lector hipotético con un nivel de conocimientos de estadística hasta el nivel de referencia II, correspondiente a la regresión lineal, tendría acceso a 79,7% de los artículos publicados, o lo que es lo mismo, a uno de cada cinco artículos publicados (Massip, 2012, pp. 83-84).

También se han estimado los procedimientos estadísticos responsables del aumento de la complejidad de los artículos clasificados en el nivel II de accesibilidad estadística; fueron utilizados en el 20,9% de los 23,3% de los artículos. En consecuencia, quedaron fuera de estos niveles de accesibilidad el 20,2% de los originales, los cuales presentaron valores de accesibilidad más bajos, debido al uso de procedimientos más complejos (Massip, 2012, p. 84). Dentro de los artículos clasificados en el nivel III de accesibilidad estadística, Massip Nicot (2012) encontró que fueron responsables del aumento de la complejidad estadística en el 16% de originales (8,6% y 7,4%, respectivamente), siendo de mayor relevancia la regresión logística, circunstancia debida a que la RCHE, al tratarse de una revista de corte epidemiológico, utiliza más este tipo de diseño en sus estudios, de manera que estos procedimientos estadísticos se reflejan mejor en los artículos publicados (p. 85).

En contraste con el nivel mundial, Silva A (1995), citado por Massip Nicot (2012), menciona que el nivel de accesibilidad estadística para el lector tiende a disminuir con el transcurso de los años y no es concordante con la estimación de ganancia de accesibilidad estadística hasta en 60%; de esta manera, un usuario de las publicaciones realizadas en el 2008 comprendería 6 de cada 10 artículos originales de la *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* (RCHE) (p. 86).

Son múltiples los factores dependientes en la utilización de procedimientos estadísticos, siendo, según García L (2000), “además de la temática de los trabajos, las características de la revista, pues aquellas que seleccionen para su publicación más originales con estudios ex-



perimentales o ensayos clínicos presentarán una mayor utilización de técnicas estadísticas más complejas, habituales en ese tipo de estudios” (p. 40). Circunstancia observada por Mora R (1996), al plantear que “las revistas que aceptan más originales con estudios observacionales, presentarán una mayor utilización de procedimientos estadísticos de complejidad moderada” (p. 455).

Uso de métodos estadísticos en investigación en salud

El aspecto de uso de métodos estadísticos en la literatura médica global, presenta un panorama preocupante, evidenciado por autores como Schor S et al. (1966), quienes al evaluar 149 artículos médicos estimaron aceptabilidad estadística en 28% y ausencia de validez en 5%. Posteriormente, en el ámbito de la anestesia, Avram (1985), al evaluar algunos artículos de la *Revista Anesthesia*, evidenció que la incidencia de aplicaciones erróneas en pruebas de estadística inferencial fue de 78%. Solo el 5% de los artículos revisados no presentó errores en los análisis estadísticos (pp. 609-610).

En investigación clínica de cáncer al realizar la revisión de algunos artículos médicos, se encontraron errores en diseño, aplicación de pruebas estadísticas en diseños experimentales sin cumplimiento de supuestos y evidenciable el no soporte de las diferencias significativas (Altman DG et al., 1993, pp. 455-456).

González et al. (1996), al abordar el uso de procedimientos estadísticos en artículos originales de los Anales Españoles de Pediatría, encontraron que solo el 58,9% de los trabajos revisados utilizaron categorías de análisis estadísticos superiores a la estadística descriptiva y el 8,7% de los artículos no presentan ningún estudio estadístico (pp. 353-354).

En la ejecución de un estudio bibliométrico de todas las comunicaciones publicadas en los congresos de la Asociación Española de Pediatría (AEP) durante cuatro años, los autores evidenciaron que el 86% de



las comunicaciones científicas no presentan estudios estadísticos inferenciales (González J, 2004, p. 529).

Más recientemente, Díaz M (2010) al evaluar un total de 92 artículos publicados en el ámbito de nutrición clínica, entre los bienios 1992-1993 (20 artículos), 1998-1999 (35 artículos) y 2004-2005 (37 artículos), se evidenció a nivel de *categorías estadísticas* que del total de artículos la categoría 1 obtuvo la mayor frecuencia con 63,4% (n = 92); seguido por la categoría 2 con 10,3% (n = 15) y la categoría 8 con 6,9% (n = 10); las restantes categorías acumularon 19,4%.

60

Al considerar el análisis estadístico como componente determinante en toda investigación, es evidente que en los últimos años el uso de técnicas estadísticas en las revistas biomédicas ha experimentado un considerable aumento (Strasak, 2007, p. 44). Si bien el análisis estadístico es una herramienta en la investigación en salud, este siempre responde a un buen diseño metodológico, permitiendo al investigador poder analizar los datos obtenidos a través del diseño, siendo lo más importante para profesionales de la salud y estadísticos el desarrollo de un protocolo comprensible y adecuado (Young J, 2007, p. 41).

La inexistencia de trabajos que estimen la accesibilidad estadística en las investigaciones relacionadas con la seguridad del paciente y considerando el requerimiento de técnicas estadísticas en los trabajos de origen académico y orientado a toma de decisiones en el sector salud, es necesario explorar el nivel de conocimientos estadísticos en productos de investigación en seguridad del paciente, para establecer una línea de base en la accesibilidad estadística.

Metodología

El tipo de diseño empleado en la presente revisión es descriptivo exploratorio longitudinal de carácter retrospectivo a partir de la búsqueda de productos de libre acceso, relacionados con investigación en seguridad del paciente, empleando tesis de grado de instituciones educativas acreditadas, tanto a nivel de pregrado como posgrado en



Colombia, en la totalidad de las universidades públicas o privadas a partir del 2008. Del total de documentos encontrados mediante muestreo por conveniencia, se seleccionaron 15 productos, conservando la diferencia porcentual en los dominios de calidad: proceso, estructura y resultados.

Se validó por consenso de expertos un instrumento con los dominios:

1. *Identificación*: nombre del producto, fecha de ejecución, número de registro, tipología del producto de gestión del conocimiento.
2. *Ámbito de estudio, sujetos, población y muestra*: población de referencia, relación de criterios de inclusión, relación de criterios de exclusión, selección de los sujetos de estudio, tamaño muestral, procedimiento de muestreo.
3. *Diseño del estudio*: variables, instrumentos de medida, tamaño de la muestra, tipología del criterio del proyecto, tipología del tema del proyecto, tipología del objetivo del proyecto, diseño del estudio, tipología del diseño en función de calidad, realización de la descripción y operacionalización de variables.
4. Recolección de información, tratamiento y control de calidad.
5. *Análisis de datos*: descripción del plan de análisis, pruebas estadísticas, nivel de significancia; nombre del programa estadístico utilizado en análisis de datos.
6. Categoría estadística.
7. Niveles de accesibilidad estadística.

La evaluación se efectuó por un solo revisor, se realizó un análisis univariado y tablas descriptivas empleando Excel versión 2003.

Resultados

Se evaluaron de manera preliminar 15 productos de origen académico realizados en instituciones prestadoras de salud (véanse tablas 3 y 4), relacionados con gestión del conocimiento en el área de seguridad del paciente, seleccionados de manera no aleatoria por dominios previamente establecidos. Se evidencia que los 23 tópicos establecidos



Tabla 3. Gestión del conocimiento en tópicos mayores de seguridad del paciente

| Tópico en seguridad del paciente | Dominio de calidad | Tópico específico en seguridad |
|--|---------------------------|---|
| 1. Prestación de servicios de salud Primer nivel de atención | Estructura | Determinantes organizacionales y fallas latentes |
| 2. Prestación del servicio de salud | Estructura | Cultura de seguridad |
| 3. Atención más segura | Estructura | Cultura de seguridad |
| 4. Cultura de seguridad del paciente | Estructura | Cultura de seguridad |
| 5. Programa de seguridad del paciente | Estructura | Estructura organizativa: regulación en seguridad del paciente |
| 6. Análisis del reporte de evento adverso | Estructura | Dispositivos, procedimientos sin incluir factores humanos de ingeniería |
| 7. Implementación modelo de cultura | Estructura | Cultura de seguridad |
| 8. Factores asociados a eventos adversos | Proceso | Mediciones en seguridad del paciente |

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Gestión del conocimiento en tópicos mayores de seguridad del paciente

| Tópico en seguridad del paciente | Dominio de calidad | Tópico específico en seguridad |
|--|---------------------------|---|
| 9. Factores asociados con caídas de pacientes | Resultados | Eventos adversos debido a caídas en el servicio |
| 10. Medición de los costos asistenciales | Estructura | Determinantes organizacionales y fallas latentes |
| 11. Programa de seguridad del paciente | Estructura | Estructura organizativa: regulación en seguridad del paciente |
| 12. Eventos adversos en atención de enfermería | Estructura | Falta de adecuado conocimiento y disponibilidad y transferencia de conocimiento |
| 13. Efectividad de política institucional de seguridad | Estructura | Falta de adecuado conocimiento y disponibilidad y transferencia de conocimiento |
| 14. Cultura de seguridad | Estructura | Cultura de seguridad |
| 15. Atención insegura y eventos adversos | Estructura | Falta de adecuado conocimiento y disponibilidad y transferencia de conocimiento |

Fuente: Elaboración propia.



en investigación en seguridad del paciente están relacionados con el *dominio de estructura*, específicamente el tópico de cultura de seguridad (33%) (Jha AK et al., 2010, p. 43). Este dominio de calidad es el de mayor abordaje, siendo su cubrimiento del 80% de los tópicos priorizados: determinantes organizacionales y fallas latentes; estructura organizativa: regulación en seguridad del paciente, falta de adecuado conocimiento y disponibilidad y transferencia de conocimiento y dispositivos; procedimientos sin incluir factores humanos de ingeniería (n = 10). La producción de gestión del conocimiento en esta muestra inicial, es de menor frecuencia en los dominios de proceso y resultado.

En el dominio de *ámbito de estudio, sujetos, población y muestra*, se evidencia que la relación de población de referencia y definición de criterios tanto de inclusión como de exclusión, solamente estuvo presente en el estudio relacionado con la implementación de un programa de seguridad del paciente. En el documento final no se relaciona la descripción del plan de análisis estadístico en el 33,33% de los productos (n = 5). El programa estadístico empleado en la ejecución de los proyectos fue SPSS (n = 5) y Excel (n = 4). En el resto de los productos no se relacionan los programas estadísticos empleados.

El criterio del proyecto fue de investigación aplicada y el tema del proyecto en frecuencia (n = 9) fue el principal, seguido por prevención (n = 4), pronóstico y causalidad (véase tabla 6). No se evidencian productos a nivel de diagnóstico, efectividad terapéutica, historia natural y normalidad (véase tabla 5). El objetivo en la mayoría de los casos fue el de mejora de la gestión (60%) y el resto en la denominada funciones organizacionales.

Tabla 5. Tipología del tema del proyecto

| Tema del proyecto | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|---------------------------|------------|------------|-----------|
| 1. Etiología o causalidad | 1 | 6,67 | 6,67 |
| 4. Pronóstico | 1 | 6,67 | 13,33 |
| 5. Prevención | 4 | 26,67 | 40,00 |
| 8. Frecuencia | 9 | 60,00 | 100,00 |
| Total | 15 | 100,00 | |

Fuente: elaboración propia.



El diseño prevalente fue el de tipo descriptivo (93,33%) y solo uno del tipo observacional. A nivel de los diseños descriptivos se evidencian trabajos de origen en investigación documental, sin encontrar en los documentos fuentes, procesos de validación de la información. Además, en cinco de los diseños descriptivos no se reporta en el documento final la operacionalización de las variables.

A nivel del proceso de recolección de información, se exploraron los instrumentos de medida o fuentes de información que se utilizaron, cómo se llevó a cabo las mediciones sobre los pacientes y quién las realizó (véase tabla 6). Se evidencia diferencias estadísticamente no significativas ($p > 0,005$) en los casos en que la información no se citó ni se deduce razonablemente.

64

Tabla 6. Recolección de información

| Recolección de información | Descriptivo | Observacional | Total |
|--------------------------------------|-------------|---------------|-------|
| 1. Citación correcta | 10 | 1 | 11 |
| 2. Se puede deducir razonablemente | 1 | 0 | 1 |
| 3. No citan y se deduce con claridad | 3 | 0 | 3 |
| Total | 14 | 1 | 15 |

Fisher's exact = 1.000

Fuente: elaboración propia.

En el dominio Categoría estadística (clasificación de Carré), se evidenció en la categoría 1 la mayoría de los productos ($n = 13$), en la categoría 3 (tablas de contingencia) un producto y en la categoría 13, relacionada con la ejecución de tablas de vida y análisis de supervivencia, el único estudio observacional analizado ($p > 0,005$) (véase tabla 7).

No se ha encontrado literatura sobre elementos evaluativos de accesibilidad estadística en las revistas con reportes del área temática de seguridad del paciente, estimándose en este avance preliminar que el 86,67% de los 15 productos originales revisados utilizaron categorías de análisis estadísticos correspondientes al nivel I: estadística descriptiva. Es decir, un hipotético lector con un nivel de conocimiento limitado a la estadística descriptiva, tendría acceso a más de la mitad de los



artículos originales publicados en esta área temática en el horizonte temporal de 2008 a 2015.

Tabla 7. Categoría estadística de gestión del conocimiento en seguridad del paciente

| Diseño del estudio | Categoría estadística | | | Total |
|--------------------|----------------------------|---------------------------|--|-------|
| | 1. Estadística descriptiva | 3. Tablas de contingencia | 13. Tablas de vida y análisis de supervivencia | |
| 1. Descriptivo | 13 | 1 | 0 | 14 |
| 2. Observacional | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 10 | 1 | 1 | 15 |

Fisher's exact = 0,133

Fuente: Elaboración propia.

Al evaluar esta serie corta de productos de gestión del conocimiento en seguridad del paciente, se evidenció que en el 33,33% de los productos ($n = 5$) no se relaciona la descripción del plan de análisis estadísticos, y el procedimiento de muestreo (véase tabla 8) no se explica en 40% de los productos ($n = 6$), por lo que globalmente serían productos estadísticamente a evaluar requiriendo ajuste y por el nivel de análisis presentado podrían categorizarse definitivamente como “insalvables”.

Tabla 8. Procedimiento de muestreo

| Tipología | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|-------------------------------|------------|------------|-----------|
| 1. No específica | 6 | 40,00 | 40,00 |
| 2. Censo | 6 | 40,00 | 80,00 |
| 3. Muestreo probabilístico | 2 | 13,33 | 93,33 |
| 4. Muestreo no probabilístico | 1 | 6,67 | 100% |
| Total | 15 | 100% | |

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

La generación de nuevo conocimiento sobre los factores contribuyentes en la seguridad del paciente y la calidad asistencial, según Aibar R (2008), es un componente determinante para el aprendizaje continuo de la interacción de los diferentes componentes de este complejo sistema.



En el análisis de los diseños ejecutados en esta muestra inicial, se evidencia que existe claridad y concordancia en la selección del diseño definitivo: frente a los objetivos de la investigación (instrumento de registro), la relación temporal entre la recolección de datos y la formulación del problema y el número de mediciones que se realizó de la misma variable. La totalidad de los diseños ejecutados están destinados a resolver problemas de cuantificación (descriptivos) y no se emplearon las potencialidades de algunos problemas planteados en términos de correlación, comparación y relación causa-efecto (Castiglia V, 2001, p. 71).

66

Frente a las herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente se resalta que:

Se evidencian múltiples fuentes de información en el área de seguridad del paciente provenientes, entre otros, de rondas de seguridad, sesiones breves de seguridad, estudios para evaluar la incidencia o prevalencia de ocurrencia de eventos adversos; formatos para el reporte intrainstitucional de eventos adversos; instrumentos de tamizaje para la vigilancia intrainstitucional; formatos sugeridos para identificar y generar la decisión de investigar el evento adverso; procesos sugeridos para la investigación y análisis de eventos adversos (Protocolo de Londres); formatos para la vigilancia de caídas de pacientes; instrumento PERT para la evaluación de reingresos prematuros (Gallegos S, 2007, p. 19).

Siendo esta multiplicidad de fuentes de información de origen heterogéneo, en seguridad del paciente, según Noland TW (2000), concordante con lo recomendado tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Comité Europeo de Sanidad, al solicitar el aprovechamiento de todas las fuentes disponibles para apoyar los avances. Sin embargo, al no existir un sistema de información integral que permita unificar el conjunto de las múltiples fuentes recopiladas, tanto en la institución como en general en el país, se tienen dificultades para la accesibilidad, sistematicidad y completitud en el conjunto de las organizaciones de salud, tanto públicas como privadas; generando potenciales fuentes de sesgo al existir duplicación de registros, exceso



de información en los informes institucionales, no estandarización de la recolección de información, solicitud reiterativa de información no relevante, plazos en tiempo crítico para remitir la información requerida y poco reconocimiento de criterios de crítica de información interna, validez y precisión de la información, y como lo menciona Albéniz L (2011), “dificultades con la clasificación de incidentes y/o efectos adversos (clasificaciones excluyentes, no adaptadas a atención primaria, duplicación de clasificación de errores de medicación)” (p. 337).

Se evidencia alta proporción de productos (41%) que no relacionan la descripción del plan de análisis estadístico ni el procedimiento de muestreo. Existe criterio de exhaustividad en el diligenciamiento a nivel de aspectos como población de referencia, criterios de inclusión y criterios de exclusión.

En el aspecto de selección de sujetos de estudio, hay notable variabilidad y esta situación se torna crítica a nivel del cálculo de tamaño de la muestra, puesto que la estimación correcta solo se da en un caso de cada categoría. Este no aplica por el tipo de diseño o estudio en tres y dos casos y en los restantes se cita y se basa en experiencia. El procedimiento de muestreo se plantea en tres productos, siendo del tipo probabilístico.

En el aspecto de criterio del proyecto, solo en un caso de protocolo no es clasificable y generalmente son del tipo investigación y desarrollo, en contraste con los proyectos terminados que hacen relación a evaluación de tecnologías, asimilación de tecnologías y aplicación de desarrollo tecnológico. Existe concordancia con el tema del proyecto, siendo de frecuencia el predominante en ambos productos de gestión del conocimiento.

El objetivo principal del producto es la mejora en gestión, existiendo también la intencionalidad de mejora en funciones organizativas, mayor participación en el mercado, mayores utilidades y solamente en un caso no es deducible.



Estimamos que el 86,4% de los 15 documentos originales de consulta pública revisados (véase tabla 4), emplearon categorías de análisis estadísticos correspondientes al nivel I. Es decir, que un usuario con un nivel de conocimiento limitado a la estadística descriptiva, tiene acceso o comprensión a más de la mitad de los artículos originales publicados en el entorno académico en el periodo de estudio; sin embargo, esta accesibilidad no pasa del 6,6% tanto para la categoría 3 (tablas de contingencia) como la categoría 13, relacionada con la ejecución de tablas de vida y análisis de supervivencia (único estudio observacional analizado) ($p > 0,005$).

68

Los trabajos de investigación en el área de seguridad del paciente, provienen de diferentes tipologías (véase tabla 4), de las que se espera la obtención del procesamiento de fuentes de información, de las más diversas características, siendo el usuario principal el tomador de decisiones. Los requerimientos metodológicos para este abordaje se relacionan con la optimización del aspecto analítico como soporte a las conclusiones publicadas. Es este valor agregado lo que le otorga al documento o producto elaborado un determinado nivel de especificidad e importancia (Sarduy, 2007, p. 4).

Aun cuando en algunos estudios de análisis de accesibilidad estadística se plantea como criterio de exclusión las revisiones bibliográficas, se considera en el presente estudio exploratorio, su inclusión como categoría descriptiva, puesto que las buenas prácticas en análisis de información, anticipan la construcción de matrices de análisis, según Prado C (2015), “relacionadas con información tanto cualitativa como cuantitativa, año, ubicación del artículo en base de datos, citación bibliográfica, objetivo del artículo, palabras clave, conceptos manejados en el artículo, muestra, intervención, y proceso de medición, resultados, discusión y análisis personal que en algún momento del procesamiento requiere abordaje de técnicas descriptivas” (p. 30).



Conclusiones

Este trabajo es una evaluación exploratoria de una muestra de productos de gestión del conocimiento en el área de seguridad del paciente, encontrándose tipología diferencial en calidad, pero con requerimiento de empleo de técnicas estadísticas. Aun cuando no se presentan niveles críticos de accesibilidad estadística con aspectos en la formulación y la presentación, se destaca que la totalidad de los diseños ejecutados están destinados a resolver problemas de cuantificación (descriptivos) y se emplean de manera muy reducida, las potencialidades de algunos problemas planteados en términos de correlación, comparación y relación causa-efecto (Castiglia V, 2001, p. 72).

69

Al observar los trabajos de origen en investigación documental, se debe precisar que estos métodos de investigación en el análisis de información plantean supuestos específicos para el logro de los objetivos, de acuerdo con Sarduy (2007), “el análisis de las fuentes requiere su validación para garantizar confiabilidad y actualización; por ser el análisis una actividad intelectual, se requiere el empleo de métodos y procedimientos de investigación, ya sean cuantitativos o cualitativos que le permiten separar lo principal de lo accesorio y lo trascendental de lo pasajero o superfluo” (p. 3).

En segunda instancia, se puede colegir que este tipo de información que conlleva toma de decisiones del entorno sanitario, requiere por parte del investigador, el conocimiento y dominio, como refiere Avilés-M (2002), de “un conjunto de acervos y prácticas de varias disciplinas para la gestión del conocimiento, entre otras: metodología de la investigación, organización de la información, técnicas de arbitraje de informes científico-técnicos, gestión de bases de datos, gestión de información, estadística exploratoria y confirmatoria (con aplicación de software estadísticos), economía de la información, investigación de operaciones, análisis de citas, modelos informétricos, análisis de información” (p. 4).



Al analizar la tipología de productos y su armonización con los dominios de calidad, se corrobora una mayor producción en los dominios de estructura y proceso, siendo relevantes los tópicos de cultura de seguridad, elaboración de programas de seguridad e indicadores de seguridad. La naturaleza y el alcance de la atención insegura son todavía críticamente abordados en las naciones en desarrollo y en transición, puesto que, como afirma Jha AK (2010), se estima que cinco de cada diez desenlaces de atención insegura (eventos adversos a medicamentos y dispositivos médicos, errores quirúrgicos, caídas y la úlcera de decúbito), son poco abordados como problema de investigación en nuestros países (p. 45).

70

En este avance exploratorio se corrobora que la información sobre los factores estructurales y de procesos que contribuyen a la atención en salud insegura, provienen casi exclusivamente de un pequeño número de países desarrollados (Jha AK et al., 2010, p. 45). Aunque algunas soluciones son fácilmente evidentes, grandes brechas de conocimiento deben ser superadas para la mayor robustez de las alternativas de solución, especialmente en nuestro entorno de países en desarrollo y transición.

No se consideró como limitación metodológica el abordaje de productos académicos de trabajo de grado, puesto que llevan implícito la evaluación arbitral y el apoyo de expertos en su ejecución, así como la supervisión académica en todo su desarrollo.

Referencias

- Albéniz C, Navarro J, Morón A, Pardo & Linán P (2011). Evaluación del sistema de información de seguridad del paciente de los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud (atención primaria y hospitales). *Rev. Calid. Asist.*, 26(6), 333-342. doi: 10.1016/j.cali.2011.09.004
- Altman DG & Machin D (1993). Current statistical issues in clinical cancer research. *British Journal of Cancer*, 68(3), 455-456. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1968416>



- Arribalzaga E (2004). Lectura crítica de un artículo científico. *Rev. Arg. Cir.*, 87(1-2):45-9. Recuperado de <http://studylib.es/doc/299178/lectura-cr%C3%ADtica-de-un-art%C3%ADculo-cient%C3%ADfico>
- Avilés-Merens R, Morales-Morejón M & Carrodegas-Rodríguez ME (2002). El rol del profesional de información en pos del conocimiento. *Proceedings de INFO 2002, Congreso Internacional de Información; 2002 abril 22-26; La Habana, Cuba. La Habana: IDICT.* Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/sociologia/vol11/art101.htm>
- Avram MJ, Shanks CA, Dykes MH, Ronai AK & Stiers WM (1985). Statistical methods in anesthesia articles: an evaluation of two American journals during two six-month periods. *Anesthesia and Analgesia*, 64(6), 607-611. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4003779>
- Cañedo-Andalia R, Hernández-Bello W, Gutiérrez-Valdés AM, Guerrero-Ramos L & Morales-Morejón M (1999). Producción científica de y sobre Cuba procesada por la base de datos MEDLINE en el período 1986-1995. *ACIMED*, 7, 104-114. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94351999000200004&lng=es&tlng=es
- Díaz D (2007). Análisis bibliométrico de la Revista Archivos Latinoamericanos de Nutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 20, 22-29. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522007000100005&lng=es&tlng=es
- Díaz-Mujica D (2010). Análisis bibliométrico de la Revista Anales Venezolanos de Nutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 23, 34. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522010000100006&lng=es&tlng=es
- Emerson JD & Colditz GA (1983). Use of Statistical Analysis in The New England Journal of Medicine. *New England Journal of Medicine*, 309(12), 709-713. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJM198309223091206>
- Gallegos S (2007). *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D. C.* Recuperado de <http://www.saludcordoba.gov.co/portal/descargas/legislacion/guias-manuales/pacientes.pdf>



- Garcés-Cano JE & Duque-Oliva EJ (2007). Metodología para el análisis y la revisión crítica de artículos de investigación. *Innovar*, 29(17), 184-194. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81802912>
- García-López JA (2000). Métodos estadísticos empleados en los artículos originales publicados sobre tabaquismo en cuatro revistas médicas españolas (1985-1996). *Revista Española de Salud Pública*, 74, 33-43. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000100005&lng=es&tlng=es
- González JC & Pulido M (1995). Evaluación del uso de procedimientos estadísticos en los artículos originales publicados en Medicina Clínica durante tres décadas (1962-1992). *Med. Clin.*, 104(12), 448-452. Recuperado de [http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/\[in=enflink.in\]/?mfn=030407&campo=v300&occ=1](http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/[in=enflink.in]/?mfn=030407&campo=v300&occ=1)
- González de Dios J & Moya M (1996). Evaluación de procedimientos estadísticos en los artículos originales de Anales Españoles de Pediatría. Comparación de dos períodos (1989-90 y 1994-95). *An. Esp. Pediatr.*, 45(4), 351-360. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/45-4-3.pdf>
- González de Dios J & Paredes-Cencillo C (2004). [Congresses of the Spanish Association of Pediatrics: bibliometric analysis as a springboard for debate]. *Anales de Pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 61(6), 520-532. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15574253>
- Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I & Bates DW (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. *Quality and Safety in Health Care*, 19(1), 42-47. doi: <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.029165>
- Llopis MCC, Villa JJ, Mateo MM, Carrencà FJ, Barcelona G, Costa S, ... Hospitalet SL (1996). La estadística en la investigación clínica de medicamentos. Estudio de artículos originales procedentes de centros españoles. *Med. Clin.*, (106), 611-616. Recuperado de <http://www.uv.es/docmed/documed/documed/690.html>
- Massip-Nicot J, Soler-Cárdenas S & Torres-Vidal RM (2012). Accesibilidad estadística para el lector de la Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 1996-2009. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*,



- 50(1), 76-87. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000100010&lng=es&tlng=es
- Mora-Ripoll R, Ascaso-Terréna C & Sentis-Vilalta J (1996). Uso actual de la estadística en investigación biomédica: una comparación entre revistas de medicina general. *Med. Clin.*, 106(3), 451-456. Recuperado de <http://www.uv.es/~docmed/documed/documed/693.html>
- Muñoz-N SR & Bangdiwala SI (2001). El uso de metodología estadística actualizada en la investigación biomédica: el ejemplo de metodología para análisis interino en ensayos clínicos. *Revista Médica de Chile*, 129(9), 983-988. doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872001000900002>
- Nolan TW (2000). System changes to improve patient safety. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 771-773. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720364>
- Prado-Cuéllar MC, Rizo-Ruiz AV, Díaz PF & Hoyos-Rodríguez AE (2015). *Seguridad del paciente, un compromiso institucional para una atención más segura*. Universidad Católica de Manizales. Recuperado de <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/761/Maria%20Consuelo%20Prado%20Cuellar.pdf?sequence=1>
- Rojas-Ochoa F (1998). Panorámica general de las revistas biomédicas de Cuba. Presente y futuro. *ACIMED*, 6(1), 42-49. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94351998000100006&lng=es&tlng=es
- Sarduy-Domínguez Y (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 1-11. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300020&lng=es&tlng=es
- Sarria-Castro M & Silva-Ayçaguer LC (2004). Las pruebas de significación estadística en tres revistas biomédicas: una revisión crítica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15(5), 300-306. doi: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892004000500003>
- Schor S (1966). Statistical Evaluation of Medical Journal Manuscripts. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 195(13), 1123. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.1966.03100130097026>



- Silva-Ayçaguer LC, Pérez-Nieves C & Cuéllar-Wong L (1995). Uso de métodos estadísticos en dos revistas médicas con alto factor de impacto. *Gaceta Sanitaria*, 9(48), 189-195. doi: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(95\)71235-3](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(95)71235-3)
- Strasak AM, Zaman Q, Pfeiffer KP, Göbel G & Ulmer H (2007). Statistical errors in medical research- a review of common pitfalls. *Swiss Medical Weekly*, 137(3-4), 44-49. doi: <https://doi.org/2007/03/smw-11587>
- Torres-Cárdenas V, Herrera-García R & Sarduy-García L (2005). El arbitraje estadístico y su influencia en la calidad de las publicaciones científicas. *Revista Facultad de Ingeniería - Universidad de Tarapacá*, 13(2), 85-89. doi: <https://doi.org/10.4067/S0718-13372005000200010>
- Young J (2007). Statistical errors in medical research- a chronic disease? *Swiss Medical Weekly*, 137(3-4), 41-43. doi: <https://doi.org/2007/03/smw-11794>



Capítulo IV

Modelo teórico para la evaluación de impacto de un programa de seguridad del paciente

75

Autora

Diana Marcela Manrique Téllez⁶

6 Enfermera Especialista en Epidemiología. Docente Investigador Universidad Manuela Beltrán.



Resumen

76

La Política de Seguridad del Paciente ha tenido un amplio despliegue en el sector salud, al punto que su aplicación se ha reglamentado; sin embargo, a pesar de la diversidad en los resultados positivos obtenidos en el diseño y puesta en marcha de programas cuyo objetivo es garantizar la atención y calidad asistencial en diferentes niveles de atención en salud, uno de los aspectos que se ha verificado de manera superficial es el impacto a partir de su implementación, haciéndose necesario tener información directa de los resultados que se producen a partir de estrategias o intervenciones específicas. Teniendo en cuenta que el impacto de un programa implica aislar los resultados del programa en relación con otros fenómenos que afectan la situación o la realidad, es indispensable que la evaluación de impacto provea información que ayude a mejorar la eficacia y calidad del programa de seguridad del paciente.

En el presente capítulo se pretende dar a conocer qué es la evaluación de impacto de un programa de salud, los requerimientos necesarios para iniciarla en un programa de seguridad del paciente y algunas de las metodologías que se podrían utilizar para realizar dicha evaluación.

Palabras clave: *evaluación, impacto, seguridad del paciente, programa.*



Introducción

Desde la primera década del presente siglo se empezó hablar de seguridad del paciente de manera mancomunada en diferentes países del mundo, a partir de la publicación del primer informe relacionado con los errores médicos producidos durante la atención en salud en Estados Unidos; dicho informe denominado “errar es humano” o “to err is human”, el cual fue publicado por el Instituto de Medicina de dicho país, institución que continúa siendo un referente para el diseño de estrategias e intervenciones que propendan por el mejoramiento de la seguridad y calidad en la atención sanitaria (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000, párr. 1).

Además, la seguridad del paciente al ser uno de los pilares de la calidad en la atención asistencial, continúa siendo un tema de interés común para los miembros de los equipos de salud, entidades gubernamentales y de control, instituciones prestadoras y aseguradoras de salud, sociedades e instituciones académicas e incluso para entidades sin ánimo de lucro, debido a la necesidad imperante que se tiene en el campo de la salud de contar con procesos y estándares que precisen el máximo beneficio posible para los pacientes.

Por tanto, el diseño de políticas públicas y normatividad relacionada con la seguridad en la atención en salud ha permitido un incremento en el conocimiento, no solo de las necesidades de contar con actividades que minimicen la ocurrencia de eventos adversos o el mejoramiento de estrategias de gestión del riesgo. No obstante, y pese a la adquisición de conocimiento y experiencia en el campo, hay una temática poco desarrollada en el presente contexto, y es la evaluación de impacto de los programas creados con el fin de mejorar la seguridad asistencial dentro de las instituciones.

Sin embargo, a pesar de la diversidad en los resultados positivos obtenidos en la implementación de programas cuyo objetivo es garantizar la atención y calidad asistencial en diferentes niveles de atención en salud, nace la necesidad de realizar un adecuado proceso de eva-



luación de impacto, que permita conocer los beneficios reales que surgen a partir de la implementación de una política de seguridad en la atención en salud.

No obstante, un problema aún mayor es no contar en la actualidad con evaluaciones de impacto y es, precisamente, por la dificultad de obtener un método único y estandarizado para tal fin, debido a las diferencias entre las diversas instituciones prestadoras de servicios de salud e incluso las disparidades en las características de cada programa de seguridad del paciente implementado.

78

Por lo anterior, la evaluación del impacto de programas de salud ha adquirido un gran interés dado por los beneficios de tener información directa de los resultados que se producen a partir de estrategias o intervenciones específicas, con la cual se puede verificar los avances sobre el plan de acción y también determinar si se requiere realizar cambios significativos en la política de salud evaluada.

Con relación a los programas de seguridad del paciente, también se indica, por un lado, la importancia de realizar una evaluación de su impacto que permita conocer los beneficios que surgen a partir de la implementación de una política de seguridad en la atención en salud y, por otro, establece la obligación de desarrollar programas costo-efectivos, para lo cual la evaluación de impacto es una de las mejores herramientas que brinda información real de la relación causa-efecto de las intervenciones implementadas.

Es de esperar que se confunda con bastante facilidad el impacto de un programa de seguridad del paciente, dado que este puede estar supeditado solamente al aumento en el número de reportes de fallas en el proceso de atención o al mejoramiento en la percepción de una cultura de seguridad del paciente dentro de una institución de salud; pero por el contrario, poder conocer el impacto real de algún programa de seguridad del paciente conlleva medir con mayor especificación estas o diferentes estrategias implementadas al interior del programa y su relación causal con los resultados obtenidos en los procesos de atención en salud.



En el presente capítulo se pretende dar a conocer qué es la evaluación de impacto de un programa de salud, cuáles son los requerimientos necesarios para iniciar un proceso de evaluación de impacto de un programa de seguridad del paciente de cualquier institución prestadora de salud y algunas de las metodologías que se podrían utilizar para realizar dicha evaluación.

Impacto de un programa en salud

Análisis de impacto en salud

Para la comprensión del tema de evaluación de impacto (EI), es necesario mencionar que esta surge a partir del análisis de impacto en salud (AIS). Considerado como una herramienta útil para la toma de decisiones basadas en la evidencia, ya que se trata de una práctica estructurada que intenta anticiparse a los posibles efectos en salud tanto adversos como benéficos dentro de una sociedad (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de Salud, 2013, p. 8).

La definición de análisis de impacto en salud, según la Asociación Internacional para la Evaluación de Impacto (AIAI, por sus siglas en inglés), es “el proceso de identificar las consecuencias futuras de una acción en curso o propuesta” (International Association for Impact Assessment, 2011, citado por Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de Salud, 2013, p. 8). Es por ello por lo que el AIS se convierte en predecesor a la creación de políticas públicas y cuenta a su vez con diferentes metodologías para su desarrollo, tales como revisiones de literatura, encuestas, consulta a expertos, elaboración de modelos causa-efecto y ejercicios de evaluación de proyectos.

Sin embargo, y pese a que se podría identificar el AIS como una evaluación de impacto, es pertinente aclarar que esta última herramienta se caracteriza, además, por la posibilidad de conocer los efectos y resultados finales obtenidos con relación a las metas propuestas (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de Salud, 2013, p. 8).



Evaluación de impacto

La evaluación es definida en su sentido más simple como la acción de evaluar y, por ende, dar un calificativo; este concepto al ser acuñado en el campo de la salud, es comprendido como el proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos movilizados (Nápoles, Rodríguez & Guerrero, 2012, p. 169).

80

Ahora bien, en cuanto a la definición de evaluación de impacto en la reseña realizada por Durán & Lira (2007), refieren que es “el análisis que tiene como objetivo determinar de manera más general si un programa produjo los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones y si esos efectos son atribuibles a la intervención del programa” (p. 243).

Por otro lado, los diferentes miembros participantes del congreso de la AIAI 2016, mencionaron que la evaluación de impacto es un proceso analítico en el que se integra la verificación del cumplimiento de los objetivos planteados y las consecuencias sociales de las intervenciones realizadas, también coinciden en definir que la evaluación de impacto es una herramienta de gran interés e importancia en el seguimiento de programas y proyectos que debe permitir la reformulación de los mismos en caso de ser necesario (International Association for Impact Assessment, 2016, párr. 7).

Por tanto, si se desea realizar la evaluación de impacto de un programa en salud, esta requerirá de cumplimiento de manera sistemática de un proceso estructurado, en el que se incluya la recolección de datos e información inicial, una comparación de resultados *versus* intervención y una verificación de las consecuencias de dichos resultados en el entorno o contexto social al que va dirigido el programa, la cual, a su vez, promovería la reformulación de los programas en sí mismos, de proyectos intrínsecos o incluso de políticas en salud.



Sin embargo, como veremos a lo largo del capítulo, el proceso evaluativo no debe recaer únicamente en la medición de efectos; por el contrario, este debe ser un proceso integral donde se verifique la pertinencia de los objetivos y metas planteadas inicialmente, la eficiencia en los avances de las actividades requeridas para su cumplimiento y la efectividad de los resultados.

En primer lugar, es fundamental tener en cuenta algunos aspectos previos a la puesta en marcha de la evaluación de impacto. Tales aspectos se relacionan con la verificación de la oportunidad de la realización de la evaluación de impacto, para quien se realiza y con qué información inicial contamos: para posteriormente iniciar su desarrollo (Blasco & Casado, 2009, pp. 13-14). A continuación, se desglosa cada uno de ellos:

- **Oportunidad en la evaluación de impacto:** antes de iniciar el proceso de evaluación de impacto, es necesario identificar si el programa a evaluar es *estable*, para ello se puede recurrir a verificar el tiempo de implementación del programa y los cambios que este ha tenido, ya que si un programa es relativamente nuevo o incurre en cambios permanentes en sus objetivos o métodos de aplicación, puede ser que los resultados obtenidos de la evaluación no correspondan específicamente a las intervenciones realizadas. De igual forma, es pertinente esperar a que se produzca el cambio o el resultado sea cual fuere a partir de la implementación del programa, dado que se podría cometer el error de evaluar demasiado pronto sin esperar a que el proceso de cambio se haya generado.
- **Para quien se realiza una evaluación de impacto:** es totalmente esperable que un programa se encuentre dirigido a una población bastante extensa; en el programa de seguridad del paciente, por ejemplo, este va dirigido a todos los pacientes que ingresen a la institución de salud. Sin embargo, en la evaluación de impacto se debe clasificar la población, dado que los resultados pueden variar según la población de interés; de esta manera, puede que las intervenciones que fueron efectivas para los pacientes pediá-



tricos no lo sean para pacientes adultos y así sucesivamente con diferentes tipos de desagregación de la población.

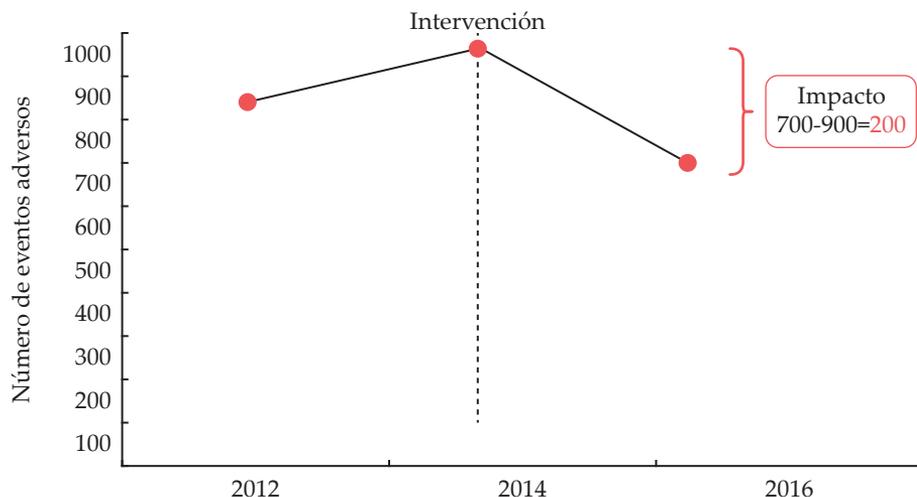
- **Información inicial de la evaluación de impacto:** es obligatorio verificar de manera anticipada los objetivos planteados en el diseño del programa, ya que se requerirá hacer una hipótesis del cambio ocurrido a partir de la aplicación de dichos objetivos. Así mismo, es necesario conocer los métodos con los que se implementó el programa, esto facilitará el conocimiento del porqué funcionan o no funcionan diferentes intervenciones, al igual que permitirá relacionar si los resultados del programa son debidos a dichas intervenciones. De esta última premisa se desglosa una nueva temática relacionada con *inputs* y *outcomes* que estudiaremos en detalle más adelante.

Procedimiento para la evaluación de impacto de un programa de salud

Una vez se han verificado los aspectos previos a la puesta en marcha de la evaluación de impacto, es fundamental el desarrollo de la misma de una manera sistemática, donde se tendrá en cuenta si los cambios o resultados son debidos a la intervención, que para este capítulo llamaremos como única intervención: la implementación del sistema de reporte de eventos del programa de seguridad del paciente.

Para el desarrollo de los siguientes apartados, se tomará como base el estudio realizado por Mirabal y cols., denominado “Modelo teórico para la evaluación de impacto en programas de salud pública” (Nápoles, Rodríguez & Guerrero, 2012, p. 170), y la Guía No. 5 de la “Colección Ivàlua de guías prácticas sobre evaluación de políticas públicas” (Blasco & Casado, 2009, p. 7).

Iniciaremos comentando que es común encontrar que se relacione el impacto del programa de seguridad del paciente con resultados de algunas de sus actividades, como, por ejemplo, el número de reportes de eventos adversos e incidentes, donde atribuimos dicho resultado a la implementación del programa (véase gráfico 1).

**Gráfico 1.** Cambio en la ocurrencia de eventos adversos

Fuente: Elaborado por la autora.

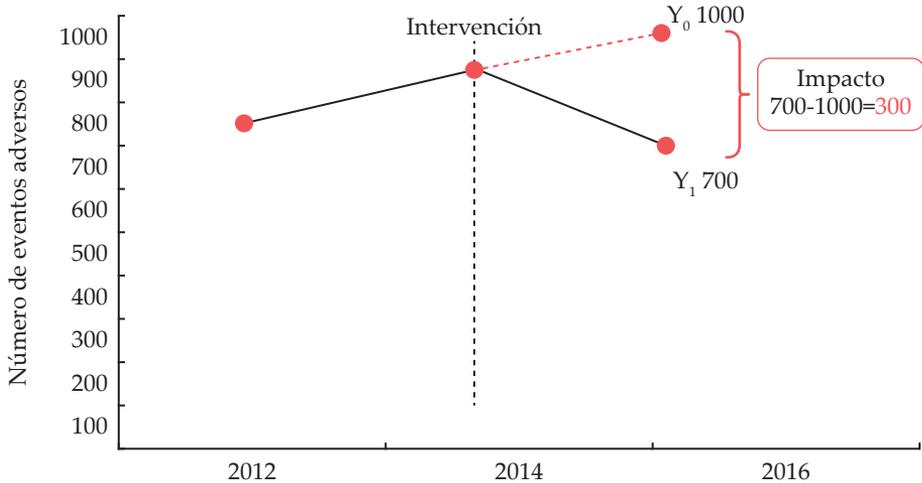
Del gráfico se podría concluir que para el 2012 se obtuvo un reporte total de 900 eventos adversos y después de la realización de alguna intervención (implementación del programa), la cantidad de eventos adversos disminuyó, lo que fácilmente algunos podrían definir como una mejoría por la disminución de daños ocasionados en la atención de los pacientes; pero, por otro lado, también se podría interpretar como una disminución en la adherencia de reportes. Por tanto, es pertinente que reflexionemos acerca de qué ha pasado después de poner en marcha el programa *versus* qué ha pasado en comparación con lo que habría ocurrido si el programa no se hubiera implementado (*contrafactual*). Y de manera más precisa aún, es relevante que se diferencie si los resultados (*outcomes*) fueron ocasionados por la puesta en marcha únicamente del programa o si fueron causados por efectos adicionales ocurridos durante la gestión propia de la institución.

Es preciso de manera inicial conocer cómo se estima el impacto de una política pública con el fin de aplicar dicha metodología en la estimación y posterior evaluación de impacto del programa de seguridad del paciente.



Si tenemos que *impactó* es la diferencia entre los resultados obtenidos con una intervención y los resultados que se habrían dado en ausencia de esta, podríamos graficar en primera instancia los resultados a evaluar de la siguiente manera (véanse gráficos 2 y 3).

Gráfico 2. Contrafactual 1



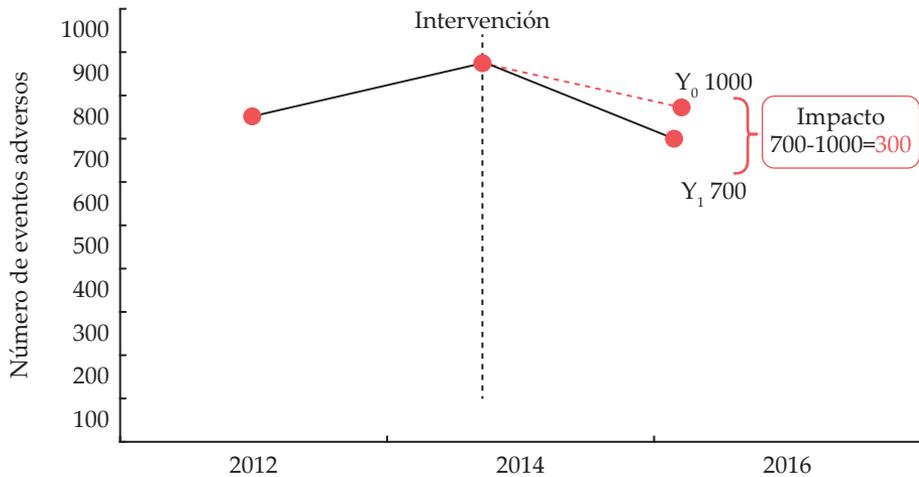
Fuente: Elaborado por la autora.

Donde Y1 son los resultados que han ocurrido una vez implementado el programa (intervención) y Y0 son los resultados que se habrían obtenido en el caso de no haberse implementado el programa (intervención). Este último resultado se menciona bajo el concepto de *contrafactual*.

Dado que el primer tipo de resultados se relaciona de manera directa a la puesta en marcha de la intervención (programa de seguridad del paciente), estos pueden ser obtenidos a partir de mediciones. Pero no es tan sencillo en el segundo tipo de resultados (Y0), debido a que este surge como hipótesis sobre cómo el observador cree que sería el contexto sin la implementación de la intervención evaluada, que en este caso hemos denominado “implementación del programa de seguridad del paciente”.



Gráfico 3. Contrafactual 2



Fuente: Elaborado por la autora.

Cabe anotar que los ejemplos anteriores constituyen únicamente una de las variables que podrían ser medibles durante la evaluación de impacto de un programa de seguridad del paciente, pero el proceso es aplicable a diversas variables.

El desafío entonces en un proceso de evaluación, consiste en generar una hipótesis no solamente que sea viable, sino que, además, permita cuantificar con precisión el contrafactual. Por tanto, a continuación veremos algunos de los métodos cuasi-experimentales utilizados para evaluar el impacto de una política en salud, los cuales son aplicables al programa de seguridad del paciente.

Metodologías para la evaluación de impacto

- **Antes y después:** es el método más simple para evaluar impactos, pero a su vez es el más sencillo metodológicamente hablando, ya que el impacto se limita a calcular la diferencia entre la media del *outcome* para la muestra de beneficiarios en cada uno de los dos momentos mencionados. De esta manera, el contrafactual se logra sustraer al comparar los resultados y la experiencia en los mismos sujetos que



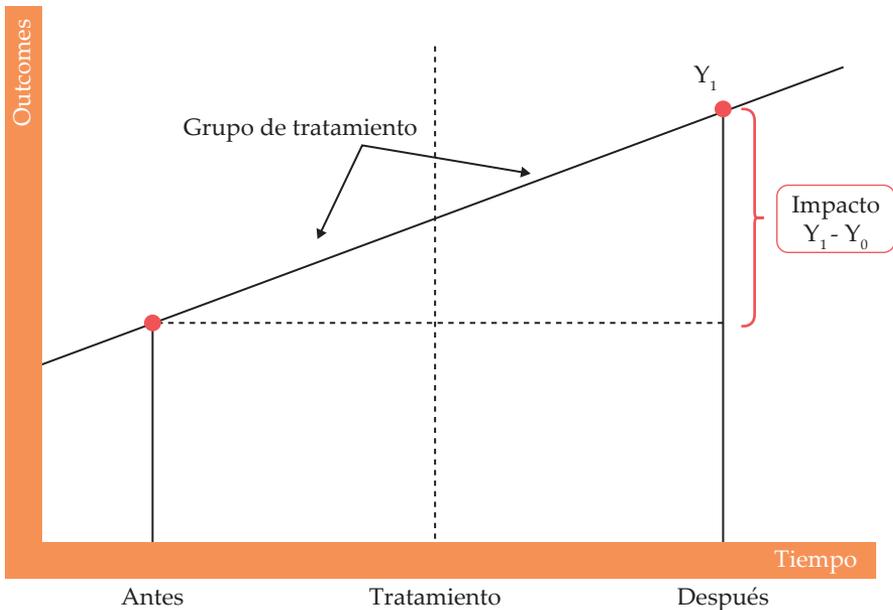
podieron vivenciar el contexto antes y después de que la política existiera, lo que en este caso se traduce en poder comparar los resultados en los mismos sujetos antes y después de la implementación del programa de seguridad del paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, para estimar correctamente el impacto del programa, se requiere que no exista ningún otro factor adicional al programa que pueda afectar los resultados en el momento de recogida de datos.

Para la aplicación de este primer método, se requiere contar con información relacionada con los resultados de la política, tanto antes como después de su implementación (véase gráfico 4).

86

Gráfico 4. Ilustración de un diseño de antes y después



Fuente: *Guía práctica 5, evaluación de impacto*. 1^{ra}. edición. España.

- **Matching:** esta técnica imita un experimento con asignación aleatoria de tratamiento mediante la creación de un grupo de control *ex post*



que se parece lo máximo posible al grupo de tratamiento en cuanto a características relevantes observables (Blasco & Casado, 2009, p. 37).

Este método se podrá utilizar durante el proceso de evaluación de impacto del programa de seguridad del paciente solamente si se cuenta con información en una muestra de los individuos o sujetos que han experimentado los beneficios del programa y en aquellos en los que no.

Es de aclarar que en la asignación aleatoria se deben distribuir de forma equitativa las variables observables y las no observables entre el grupo de control y el de tratamiento. Sin embargo, en esta técnica solo se distribuyen de manera equitativa las características observables.

No obstante, algunas de las limitaciones de este método son:

- Inexistencia técnica en la selección de variables no observables.
- La existencia de algún factor no evaluado y que influya simultáneamente sobre la probabilidad de participar en el programa y el *outcome* de interés.

- **Dobles diferencias:** esta técnica se aproxima a la cuantificación del impacto de un programa definiendo el efecto no en términos de la diferencia postratamiento en el nivel del *outcome* para los beneficiarios y para los no beneficiarios, sino como la diferencia en la variación del *outcome* antes y después de la intervención (programa) en ambos grupos.

Esta técnica reconoce explícitamente qué parte de la variación temporal en el *outcome* de los que reciben la política se habría producido, en cualquier caso, y que la manera de medirla es a través del cambio en el *outcome* de los no beneficiarios durante el mismo período (Blasco & Casado, 2009, p. 42) (véase gráfico 5).



1) tanto los participantes como los no participantes deben reaccionar de la misma manera ante los factores contemporáneos y 2) no pueden existir diferencias entre tratamientos y controles en características no observables que varían a lo largo del tiempo (Blasco & Casado, 2009, p. 44).

Conclusiones

- La evaluación de impacto permite establecer los impactos de un programa en relación con las metas propuestas.
- Un programa incluye el poder identificar los resultados de este en relación con diferentes variables que pueden llegar a afectar el contexto real en el que este se desenvuelve.
- Existe un desconocimiento de la metodología para la evaluación del impacto del programa de seguridad del paciente.
- La selección de la estrategia de evaluación requerirá un análisis previo de las características de la intervención, especialmente sobre los objetivos del programa, el proceso de implementación y las fuentes de datos disponibles.
- No existe el método de evaluación de impacto ideal o único; por tanto, es el evaluador quien deberá seleccionar aquel que mejor se pueda ajustar a las características del programa.
- La tendencia actual es una evaluación que integre el proceso, el nivel de desarrollo alcanzado y las manifestaciones después de la intervención.
- La evaluación de impacto debe proveer información y ayudar a mejorar la eficacia y calidad del programa de seguridad del paciente.

Referencias

Blasco A, Casado D (2009). *Guía práctica 5, evaluación de impacto*. Recuperado de [https://www.google.com.co/search?q=7.+Blasco%2C+A.%2C+Casado%2C+D.+\(2009\)+Gu%C3%ADa+pr%C3%A1ctica+5+Evaluaci%C3%B3n+de+impacto.+1ra.+Edici%C3%B3n.+Espa%C3%B1a&o-](https://www.google.com.co/search?q=7.+Blasco%2C+A.%2C+Casado%2C+D.+(2009)+Gu%C3%ADa+pr%C3%A1ctica+5+Evaluaci%C3%B3n+de+impacto.+1ra.+Edici%C3%B3n.+Espa%C3%B1a&o-)



q=7.+Blasco%2C+A.%2C+Casado%2C+D.+(2009)+Gu%C3%A-
Da+pr%C3%A1ctica+5+Evaluaci%C3%B3n+de+impacto.+1ra.+E-
dici%C3%B3n.+Espa%C3%B1a&aqs=chrome..69i57.893j0j8&sour-
ceid=chrome&ie=UTF-8

Durán M, Lira J (2007). Reseña de Gestión social: cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales, de Ernesto Cohen y Rolando Franco, *Gestión y Política Pública*, 16(1). Centro de Investigación y Docencia Económicas. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/133/13316109.pdf>

International Association for Impact Assessment. (2016). Recuperado de <http://www.iaia.org/videos.php>

90

Kohn LT, Corrigan JM & Donaldson MS (2000). Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182>

Nápoles MM, Rodríguez J & Guerrero M (2012). Modelo teórico para la evaluación de impacto en programas de salud pública. *Revista Humanidades Médicas*, 12(2):167-183. Recuperado de <http://sld.cu/pdf/hmc/v12n2/hmc02212.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2013). *Conceptos y guía de análisis de impacto en salud para la región de las Américas*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23891&Itemid=2518



Capítulo V

Gestión ambiental, un proceso de valor para calidad, seguridad del paciente y promoción de la salud hospitalaria

91

Autora
Shirley Merchán De Las Salas⁷

7 Docente, Escuela de Posgrados en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria del Área Andina.



Resumen

El presente capítulo es una propuesta ante el nuevo marco normativo de la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental de la salud y las regulaciones en transición referidas a la Política Integral de Atención en Salud, el Modelo integral de atención en salud y la estrategia del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, políticas formuladas con el objetivo de mejorar y preservar el estado de salud de la población; la mencionada propuesta adopta la metodología de mejoramiento continuo con un enfoque sistémico para crear cadenas de valor en la articulación de los procesos en gestión ambiental, calidad y seguridad del paciente con resultados de convergencia mayor en la promoción de la salud del entorno hospitalario.

De igual forma, el presente capítulo es infundido en la responsabilidad bioética del valor socioambiental por el respeto en el cuidado de la vida humana y la protección ambiental, más allá del cumplimiento normativo de una atención con calidad y segura; y las normas ambientales en los servicios de salud, es la posibilidad de organizar una gestión del conocimiento que potencie un entorno saludable en condiciones favorables para la salud de los pacientes, trabajadores, familiares y la sociedad en general.

Palabras clave: *administración ambiental, calidad de la atención de salud, seguridad del paciente.*



Introducción

El capítulo “Gestión ambiental, un proceso de valor para calidad, seguridad del paciente y promoción de la salud hospitalaria”, propone los principales componentes, estrategias y líneas de acción para el mejoramiento de la calidad en salud, impulsando de esta manera nuevos modelos de gestión orientados a resultados de excelencia en salud y valor socioambiental en las instituciones de salud, fundamentándose en el nuevo modelo del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021, el cual propone como finalidad mejorar y preservar el estado de salud de la población y la política del Modelo en Atención Integral en Salud para Colombia, la cual se compromete en la creación de entornos saludables, entendidos como

los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen, cuyas características favorecen el desarrollo humano sustentable y sostenible, promueven el desarrollo de capacidades, contribuyen al bienestar individual y colectivo, producen y re-significan prácticas y normas que se constituyen en formas de vivir, potencian la salud integral, ofrecen protección, seguridad y confianza para la vida y convivencia de las personas y colectivos, permiten la gestión y el ejercicio de los derechos y mejores condiciones y calidad de vida, generan condiciones de protección, seguridad, convivencia, cuidado (cuidado de sí, cuidado mutuo, cuidado de los otros, cuidado del entorno) y equidad, que contribuyen al mejoramiento del bienestar individual y colectivo de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, párr. 2).

De esta manera, el presente capítulo se constituye en una guía para todas las instituciones de salud en Colombia, independiente de su nivel de complejidad, contribuyendo en facilitar la implementación de acciones articuladas del proceso de gestión ambiental, calidad y seguridad del paciente con resultados centrados en la gestión hospitalaria para la creación de nuevos entornos saludables que fortalecen



la promoción de la salud en pacientes, familiares, trabajadores de la salud y la comunidad en general.

Marco conceptual para la gestión ambiental, un proceso de valor en la calidad, seguridad del paciente y promoción de la salud

Gestión ambiental

94

La gestión ambiental se refiere a un proceso permanente de aproximaciones sucesivas en el cual diversos actores públicos y de la sociedad civil desarrollan un conjunto de esfuerzos específicos con el propósito de preservar, restaurar, conservar y utilizar de manera sustentable el medioambiente.

La gestión ambiental es un proceso que está orientado a resolver, mitigar o prevenir los problemas de carácter ambiental, con el propósito de lograr un desarrollo sostenible, entendido este como aquel que le permite al hombre el desenvolvimiento de sus potencialidades y su patrimonio biofísico y cultural, garantizando su permanencia en el tiempo y en el espacio (Red de Desarrollo Sostenible, s.f., párr. 2).

Seguridad del paciente

El principio de la seguridad en la atención al paciente, según la Organización Mundial de la Salud, es un componente crítico para la gestión de la calidad, requiriendo de una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas para mejorar su funcionamiento, abarcando la seguridad del entorno, la gestión del riesgo, la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sanos (Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administración, 2004, p. 3).



En Colombia, la seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2008, p. 5).

Mejoramiento de la calidad en salud

95

El mejoramiento de la calidad en salud es definido como el conjunto de estrategias programadas y realizadas en forma constante, sistemática y procesal, dirigidas a incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica (Aguirre, 1997). En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social propone el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021, como una nueva estrategia para impulsar modelos de gestión orientados a la excelencia y a la generación de valor social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En este sentido, plantea como objetivo, el fortalecimiento de la gestión y la articulación de los agentes para el mejoramiento continuo y el logro de los resultados en salud.

Promoción de la salud

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual, permitiendo a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla (Organización Mundial de la Salud, 1986, p. 1).



Entre las estrategias para la promoción se consideran los entornos saludables, como aquellos espacios que apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

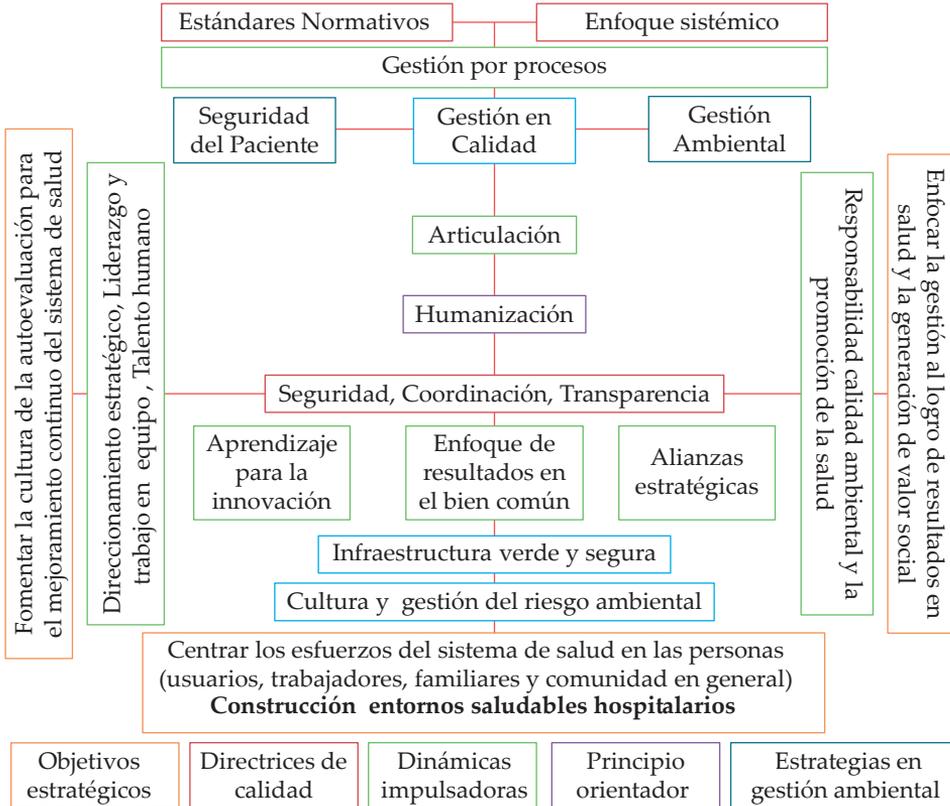
La gestión ambiental, un proceso de valor en la calidad, seguridad del paciente y promoción de la salud

El proceso de gestión ambiental con un enfoque sistémico para la calidad, seguridad del paciente y la promoción de salud, contempla los tres objetivos estratégicos del Plan Nacional de Mejoramiento Continuo 2016-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 10), definidos como 1) Los objetivos estratégicos para la gestión del logro de resultados en salud y la generación de valor social, 2) Centrar los esfuerzos del sistema de salud en las personas usuarios y trabajadores y 3) Fomentar la cultura de la autoevaluación para el mejoramiento continuo del sistema de salud, de esta manera los valores agregados en la prestación de servicios en las instituciones de salud se centran en las personas, la responsabilidad socioambiental y el mejoramiento continuo en salud de manera coordinada y articulada generando bienes comunes con resultados en la promoción de la salud del entorno hospitalario. En la figura 7 se definen los componentes en gestión ambiental como proceso de valor en la calidad, seguridad del paciente para la promoción de la salud en el entorno hospitalario, y en la tabla 10 se describen las líneas de acción para la articulación de los objetivos estratégicos y dinámicas impulsoras del Plan Nacional de Calidad en el proceso de gestión ambiental con resultados de valor en la salud.

Los componentes propuestos para una gestión ambiental como proceso de valor en la calidad, seguridad del paciente y promoción de la



Figura 7. Componentes en gestión ambiental como proceso de valor en la calidad, seguridad del paciente y promoción de la salud en el entorno hospitalario



Fuente: Merchán, 2017, adaptado del Plan Nacional de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud 2016-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social.

salud en el entorno hospitalario, adoptan la metodología del ciclo de mejora continua, los objetivos estratégicos, el principio orientador, las directrices de calidad y las dinámicas impulsadoras para el mejoramiento continuo de la gestión del Plan Nacional de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud 2016-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de un enfoque sistémico centrado en las personas, para la prestación de un servicio de salud humanizado con directrices en seguridad, coordinación y transparencia, articulando los procesos la gestión ambiental para una atención con calidad y segura.



Para ello contempla, como primer objetivo estratégico, fomentar la cultura de la autoevaluación para el mejoramiento continuo del sistema de salud, por medio de un direccionamiento estratégico comprometido con una política integral e innovadora en la gestión de procesos con cadenas de valor en la gestión ambiental para la calidad y seguridad en la atención en salud que, a su vez, promueva entornos hospitalarios seguros y saludables, fortaleciendo el liderazgo en los trabajos de equipo con todo el talento humano en salud; para el desarrollo del segundo objetivo estratégico orientado en resultados en salud con generación de valor en el bien común, se hace necesario alianzas estratégicas que actúen con responsabilidad socioambiental y promoción de la salud; y para el tercer objetivo estratégico centrado en resultados con excelencia en salud, por medio de la construcción de entornos saludables hospitalarios.

Líneas de acción en gestión ambiental como proceso de cadena de valor para la calidad en la atención segura en promoción de la salud hospitalaria

A continuación, se describen las líneas de acción del proceso de gestión ambiental para una atención humanizada con calidad, seguridad y mejoramiento continuo, centrada en las personas para el fomento de la salud con la creación de entornos hospitalarios saludables y responsabilidad socioambiental (véase tabla 9). Líneas de acción para la articulación de los objetivos estratégicos y dinámicas impulsadoras del Plan Nacional de Calidad en el proceso de gestión ambiental con resultados de valor en la salud.

- Mejoramiento continuo de la calidad en salud

Visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud

Se propone una planeación estratégica en salud, fundamentada en valores y principios para la formulación, implementación, ejecución y verificación de acciones articuladas, orientadas en generar cadena de



Tabla 9. Líneas de acción para la articulación de los objetivos estratégicos y dinámicas impulsadoras del Plan Nacional de Calidad en el proceso de gestión ambiental con resultados de valor en la salud

Articulación de los objetivos estratégicos y dinámicas impulsadoras del Plan Nacional de Calidad en el proceso de gestión ambiental con resultados de valor en la salud

| <i>Objetivos estratégicos</i> | <i>Dinámicas impulsadoras</i> |
|--|--|
| <p>Mejoramiento continuo de la calidad en salud <i>Visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud.</i></p> | <p>La planeación estratégica identifica con enfoque de valor sistémico en el proceso de gestión ambiental para la calidad en salud, la seguridad del paciente y la responsabilidad ambiental, se constituye en el compromiso por medio de la política organizacional orientada a una atención humanizada con resultados en salud para la creación de entornos saludables hospitalarios, con la articulación de procesos en las acciones de cumplimiento en los estándares de calidad, las buenas prácticas para la seguridad del paciente y la normatividad ambiental en Colombia.</p> <p>Para el éxito en la excelencia en el mejoramiento continuo en salud centrada en la atención humanizada con calidad y seguridad, es esencial el compromiso de la alta dirección en el liderazgo, conformación de equipos de trabajo con una gestión de alta competencia en el talento humano en salud.</p> |
| <p>Atención humanizada con seguridad, coordinación y transparencia <i>Por medio de la articulación de una cultura ambiental para la gestión del riesgo centrada en el bien común de la salud en el entorno hospitalario.</i></p> | <p>Las instituciones de salud como organizaciones en un sentido bioético contemplan un sistema de valores y aspectos culturales para la protección de la vida y la calidad ambiental. Estas acciones axiológicas contempladas en la atención en salud, orientan sus principios de humanización, seguridad y calidad en el bien común de la salud de las personas que forman parte del entorno hospitalario. Para lo cual se propone el fomento de una cultura para la gestión del riesgo ambiental con fines de prevenir eventos adversos, en el siguiente sentido:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Fomento de una cultura para una atención humanizada con enfoque en gestión del riesgo ambiental para la prevención de eventos adversos que garanticen un entorno hospitalario seguro. § Gestión del riesgo ambiental hospitalario a partir de la identificación, análisis y evaluación de las posibles causas que generen un evento adverso por infección asociadas a la infraestructura, manejo de sustancias químicas, manipulación |

(Continúa)



Tabla 9. Líneas de acción para la articulación de los objetivos estratégicos y dinámicas impulsadoras del Plan Nacional de Calidad en el proceso de gestión ambiental con resultados de valor en la salud

| Articulación de los objetivos estratégicos y dinámicas impulsadoras del Plan Nacional de Calidad en el proceso de gestión ambiental con resultados de valor en la salud | |
|--|---|
| <i>Objetivos estratégicos</i> | <i>Dinámicas impulsadoras</i> |
| | de residuos peligrosos, procesos de limpieza y desinfección, saneamiento básico, y seguridad tecnológica para su valoración en el impacto de afectación en la salud humana y ambiental, generando acciones de respuesta de tipo preventivo para mitigar posibles daños en la salud del paciente, familiares, trabajadores y la comunidad en general, en las instituciones de salud. |
| <i>Generación de valor social con infraestructura verde y segura</i> <i>Aprendizaje para la innovación y gestión de alianzas en una calidad ambiental segura.</i> | La generación de valor social en el proceso de gestión ambiental, es posible por medio de un aprendizaje para la innovación con alianzas que confluyan en la construcción de nuevos entornos dotados de una infraestructura verde y segura. La construcción de instituciones de salud con infraestructura verde y segura ayuda a mantener en buen estado los ecosistemas, mitigar los efectos negativos del cambio climático y reducir la vulnerabilidad ante desastres naturales, como a maximizar la protección posible, las vías de acceso al establecimiento de salud y los servicios de suministro de agua potable, energía eléctrica y telecomunicaciones con una continua operación para garantizar su funcionamiento continuo ante toda demanda adicional de atención médica (Ministerio de la Protección Social, 2007), antes y después de un posible desastre natural o antropogénico. |

Fuente: Elaboración propia, 2017.

valor para una atención con calidad segura que promueva entornos saludables centrados en el beneficio de la población atendida y con oportunidad de mejora continua, liderada en una política en gestión ambiental y articulada a la seguridad del paciente en convergencia con el Sistema Obligatorio de Calidad en Salud (SOGC) para administrar acciones administrativas, económicas, técnicas, tecnológicas, médicas, asistenciales y científicas con calidez, calidad en los servicios de salud, alineando al programa de seguridad del paciente y los estándares de calidad de la normatividad en Colombia, enfocadas en valores



sociales con excelencia en la calidad ambiental y la promoción de la salud en el entorno hospitalario. En la tabla 10 se describe la Ficha 1. Con acciones para el eje estratégico 1 en el mejoramiento continuo de la calidad de salud, con una visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud.

Tabla 10. Ficha 1. Mejoramiento continuo de la calidad de salud. Visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud

FICHA 1. Mejoramiento continuo en la calidad en salud

Visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud

1. OBJETIVO

Propiciar el direccionamiento sistémico con valores en la excelencia en salud por medio de un liderazgo con trabajo en equipo: competente técnico, profesional y ético, capaz de articular acciones mancomunadas en calidad asociadas a la normatividad ambiental aplicable en el sector de la salud en Colombia y las buenas prácticas para una planeación estratégica en la organización de la salud que promuevan el mejoramiento continuo centrado en una atención humanizada, con calidad y seguridad para la creación de valor en la promoción de la salud en el entorno hospitalario y la responsabilidad en la calidad ambiental.

El eje mejoramiento continuo de la calidad en salud a partir de una planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo del talento humano en salud, contemplada desde el enfoque sistémico la interacción de los procesos científicos, asistenciales y tecnológicos en una gestión por procesos con cadena de valor por medio tres niveles: el primer nivel orientado en el cumplimiento normativo en salud con los aspectos relacionados en calidad, seguridad y la protección y prevención ambiental; el segundo nivel fomenta la cultura de la prevención, minimización y control de las causales de daño o eventos adversos que afecten la seguridad hospitalaria; y el tercer nivel propende por los resultados en la atención en la salud con responsabilidad socioambiental que en conjunto promueven la salud en el entorno hospitalario.

Para la evidencia de los resultados de este eje se propone el análisis en los comités de calidad y seguridad de paciente por parte de los responsables de la gestión ambiental para implementar procesos científicos, médicos, administrativos y tecnológicos de la institución que cooperen en el cumplimiento normativo en estándares de calidad, las buenas prácticas en la seguridad del paciente y regulación ambiental aplicable al sector en salud. En este orden, las acciones en talento humano en gestión ambiental para la seguridad del paciente, la atención con calidad para la promoción de entornos hospitalarios saludables, se define en:

- Conformar el departamento de gestión ambiental para el cumplimiento de la normatividad ambiental.
- Implementar las funciones del departamento de gestión ambiental o el profesional responsable de asegurar la política en gestión ambiental y la ejecución del plan de gestión integral de residuos hospitalarios.

(Continúa)



Tabla 10. Ficha 1. Mejoramiento continuo de la calidad de salud. Visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud

- Liderar el comité de gestión ambiental y sanitaria por medio del cual se tomarán las decisiones para el manejo seguro de los residuos hospitalarios y sustancias tóxicas.
- Asegurar y minimizar la producción de residuos que afectan la calidad ambiental.
- Gestionar la minimización del riesgo ambiental hospitalario.
- Gestionar un programa posconsumo de residuos peligrosos, electrónicos y medicamentos.
- Asegurar la política de re-uso y buenas prácticas para la limpieza y desinfección del entorno hospitalario.
- Desarrollar las políticas en saneamiento ambiental que aseguren el consumo de agua potable libre de microorganismos y la inocuidad de los alimentos en la institución hospitalaria.
- Gestionar alianzas y aprendizaje para la innovación en la construcción de infraestructura verde y segura.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

- Atención humanizada con seguridad, coordinación y transparencia

Por medio de la articulación de una cultura ambiental para la gestión del riesgo centrada en el bien común de la salud en el entorno hospitalario.

La gestión ambiental hospitalaria como conjunto sistemático de políticas, procesos, estrategias y herramientas articulado a las buenas prácticas para la seguridad del paciente, fortalece la gestión del riesgo ambiental con resultados que favorecen la detección, el monitoreo y prevención de eventos adversos asociados a la infraestructura hospitalaria, saneamiento básico, limpieza y desinfección, manejo de residuos hospitalarios, uso seguro de los medicamentos con fines para la prevención de la contaminación ambiental con un alto impacto en la promoción de la salud.

De acuerdo con la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud del Ministerio de la Protección Social, el deber de monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente se vinculan de manera directa con la detección



de riesgos en el ambiente físico hospitalario para la identificación y gestión de posibles eventos adversos prevenibles y factores contributivos. De igual forma, el monitoreo en la gestión del riesgo ambiental, considera la identificación, análisis y valoración de los factores contributivos en el ambiente físico que son factores de riesgo con posibles ocurrencias de eventos adversos.

Por otro lado, el fortalecimiento de una cultura ambiental para la calidad en la atención y la seguridad del paciente, aporta en la sensibilización del trabajador de la salud en su grado de compromiso individual para comunicar las debilidades en seguridad en todos los escenarios de la institución de salud, contemplando: los lugares de trabajo, las habitaciones del paciente, el servicio de alimentación y lavandería, cuartos eléctricos, movimiento y almacenamiento de residuos hospitalarios y áreas comunes. En la tabla 11 se describe la Ficha 2, con acciones para el eje estratégico 2, atención humanizada con seguridad, coordinación y transparencia, con fines de articular una cultura ambiental para la gestión del riesgo centrada en el bien común de la salud en el entorno hospitalario.

Tabla 11. Ficha 2. Mejoramiento continuo de la calidad de salud. Visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud

FICHA 2. Atención humanizada con seguridad, coordinación y transparencia

Por medio de la articulación de una cultura ambiental para la gestión del riesgo centrada en el bien común de la salud en el entorno hospitalario

Objetivo

Formular acciones para la articulación de la gestión ambiental como proceso de valor por medio de la gestión del riesgo en la prevención de eventos adversos en la seguridad del paciente para una atención en la salud centrada en las personas con servicios de calidad, humanizados y seguros que generen valor en la prevención de posibles enfermedades en la comunidad directamente vinculada con el entorno hospitalario y, en general, con la comunidad por medio de la prevención de la contaminación ambiental con valores agrandados en responsabilidad ambiental y promoción de la salud.

Acciones ambientales

La gestión del riesgo comprende la cultura, procesos y estructuras que se orientan hacia el aprovechamiento de oportunidades potenciales en el tiempo para el manejo

(Continúa)



Tabla 11. Ficha 2. Mejoramiento continuo de la calidad de salud. Visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud

en la prevención de los efectos adversos, no es de responsabilidad exclusiva de la alta dirección, permitiendo de esta manera un monitoreo, revisión y comunicación permanente para establecer un contexto que facilite identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos que se originan en la relación entre los seres humanos, sus actividades y el ambiente en el entorno hospitalario.

La gestión con enfoque de riesgo ambiental contempla las actividades humanas pasadas, presentes y futuras sobre los ecosistemas, relacionando la flora, fauna, salud y el bienestar de los humanos, la prosperidad cultural, social y los recursos en la biosfera. Entre sus beneficios se consideran: en ahorro de dinero, agregado de valor, reducir la explosión de la organización, incrementar la posibilidad de funcionamiento continuo y la toma de decisiones basada en una información sólida (ICONTEC, 2009, p. 19).

Es la acción integral para el abordaje los factores con probabilidad de causar pérdidas humanas como sociales, ambientales, tecnológicas, económicas en determinados periodos por amenazas naturales, antrópicos o mixtas con el propósito de identificar, analizar y cuantificar la vulnerabilidad en la exposición para gestionar acciones preventivas, correctivas y reductivas que garanticen la seguridad de la comunidad hospitalaria.

- Incorporación de herramientas de verificación de aspectos ambientales relacionados con aprovisionamiento, agua, seguridad eléctrica, procesos de limpieza y desinfección, manipulación de sustancias químicas, movimiento interno y externo de residuos hospitalarios relacionados para minimizar posibles riesgos que afecten la salud de pacientes, trabajadores de la salud, familiares y la comunidad en general.
- Fortalecer lugares de trabajo seguros, libres de riesgos psicosociales, físicos, químicos, biológicos y ergonómicos motivan la actitud del trabajador de la salud para la prestación de servicio agradable, amable, humanizado y calidad por parte del personal asistencial de la organización.
- Monitorear el ambiente físico de la institución de salud para la seguridad del paciente por medio de la verificación y reporte de informes ambientales que evidencien condiciones o correcciones oportunas para garantizar un ambiente físico seguro con aspectos relacionados en infraestructura, equipos, iluminación y un clima de confort en el lugar de trabajo.
- Incorporación de la cultura ambiental en el programa de seguridad del paciente para el fomento de buenas prácticas ambientales por medio de claras campañas informativas y cursos de formación para una adecuada segregación de residuos hospitalarios con fines de prevenir posibles riesgos de tipo biológico, químico y radiactivo que alteren la salud del personal trabajador, paciente y la comunidad en general.
- Incorporación en los procesos de planificación y evaluación, la adherencia de las buenas prácticas en la gestión ambiental hospitalaria para la prevención de eventos adversos hospitalarios.
- Incorporación en los indicadores de la gestión ambiental con resultados en buenas prácticas para la seguridad del paciente, analizados en los comités de seguridad del paciente.

(Continúa)



Tabla 11. Ficha 2. Mejoramiento continuo de la calidad de salud. Visión en la planeación estratégica con liderazgo y trabajo en equipo para la calidad en salud

- Estimular la comunicación permanente del líder en gestión ambiental en relación con las acciones en seguridad del paciente, informando oportunamente los elementos, prácticas, equipos o demás elementos que no favorecen las condiciones de seguridad en el lugar de trabajo, habitación del paciente, áreas comunes e infraestructura general para la seguridad del entorno hospitalario.
- Incorporación de informes ambientales en los comités de seguridad del paciente con su respectivo análisis en resultados de acciones para la permanente minimización y prevención de riesgos ambientales que contribuyan en el entorno hospitalario seguro.
- Formulación de indicadores en gestión ambiental para la seguridad del paciente que fortalezca la toma de decisiones para mejorar las condiciones en el ambiente físico en la infraestructura, movimiento interno de residuos, suministro de agua potable y energía eléctrica, saneamiento básico y manejo seguro de sustancias químicas y residuos peligrosos que reduzcan los riesgos para la ocurrencia de eventos adversos en el entorno hospitalario.
- Reporte y gestión de eventos adversos en el ambiente físico por parte del proceso de gestión ambiental para la seguridad del paciente de acuerdo con los resultados de las rondas de calidad para la prevención de eventos adversos por factores contributivos en el ambiente físico en la institución de salud.
- Entre las acciones recomendadas por la Agencia Salud sin Daño para el manejo seguro de los medicamentos en los centros de atención médica, consiste en seguir un control estricto de las existencias (por ejemplo, retirar medicamentos apenas alcancen su fecha de vencimiento), evitar compras excesivas y solo despachar las cantidades requeridas a fin de reducir la generación de residuos farmacéuticos, recuperar los productos farmacéuticos que los pacientes no hayan usado, evitando terminen en el alcantarillado o en un cesto de basura común (Salud sin Daño, 2011).

Entre otras acciones eficientes: centralizar los sistemas de recolección de residuos farmacéuticos a nivel regional o nacional para garantizar un tratamiento seguro y responsable en términos ambientales y la reducción de los residuos farmacéuticos, limitando la cantidad de fármacos que se recetan y abordando la disminución de costos en la disposición final de medicamentos y el problema de los residuos en los propios establecimientos y a través de políticas (Salud sin Daño, 2011, párr. 4).

Fuente: Elaboración propia, 2017.

- Generación de valor social con infraestructura verde y segura

Aprendizaje para la innovación y gestión de alianzas en una calidad ambiental segura.

La generación con valor en calidad ambiental, la seguridad hospitalaria y la calidad en la atención en salud por medio del aprendizaje



para la innovación y la gestión de alianzas, contempla la política ambiental adquiriendo un compromiso para la conservación de los recursos naturales y la prevención de la contaminación ambiental por medio del diseño e implementación del Plan Integral de Manejo Ambiental, con un enfoque en el aprendizaje para la innovación, con fines a una eficiencia energética para el cambio climático y la sostenibilidad ambiental, así como en la gestión de alianzas para contribuir en reducción de la huella ambiental del sector de la salud por medio de la incorporación de criterios verdes para la adquisición de bienes y servicios que minimicen y prevengan el impacto negativo ambiental desde el ciclo de producción hasta la disposición final de los bienes y materiales utilizados antes, durante y después de la prestación del servicio de salud. En la tabla 12 se describe la Ficha 3. Con acciones para el eje estratégico 3 en generación de valor social a través de una infraestructura verde y segura para el aprendizaje para la innovación y gestión de alianzas en una calidad ambiental segura.

Tabla 12. Generación de valor social con infraestructura verde y segura

FICHA 3. Generación de valor social con infraestructura verde y segura

Aprendizaje para la innovación y gestión de alianzas en una calidad ambiental segura

Objetivo

Generar valor social con resultados de calidad en la salud por medio del cuidado de la vida del paciente y la prevención de la contaminación ambiental en la prestación del servicio con aprendizaje para la innovación y gestión de alianzas en el sector de salud, con fines de construir una infraestructura verde y segura, que contribuya en el uso eficiente de los recursos naturales, capaz de responder antes y después de un posible evento que cause pérdidas humanas y físicas ante la vulnerabilidad de amenazas naturales y antropológicas de manera oportuna.

Acciones ambientales

Entre las acciones básicas de la gestión ambiental para una infraestructura verde se encuentra el plan de gestión ambiental en la institución de salud, que inicia con el compromiso de la política ambiental para un manejo integral de los residuos hospitalarios, en el cumplimiento normativo para la minimización y prevención en la generación de vertimientos, emisiones y elementos, sustancias, productos peligrosos resultados del proceso en la atención en salud en la institución, con acciones legales y técnicas en respuesta al control de los mismos. Entre otras acciones de la gestión ambiental, se contempla:

- Diagnosticar el estado ambiental inicial para la identificación de los residuos de tipo peligroso, vertimientos y emisiones con alta carga contaminante que afecten la calidad de los recursos naturales.

(Continúa)



Tabla 12. Generación de valor social con infraestructura verde y segura

-
- Garantizar el uso eficiente de los recursos naturales sin afectar una atención con calidad en la institución de salud.
 - Manejo seguro en la clasificación, movimiento interno, almacenamiento temporal y ruta externa de los residuos aprovechables y peligrosos en la institución de salud.
 - Implementar un programa para el uso eficiente del agua, energía y papel.
 - Manejo seguro del agua para garantizar su suministro para actividades asistenciales médicas y operaciones de limpieza y desinfección para un ambiente en asepsia en la institución.
 - Implementar el uso administrativo racional del papel para garantizar la existencia suficiente de material impreso requerido para trámites administrativos en la institución con relación a la atención del paciente.
 - Garantizar la calidad de los insumos médicos, prestación de servicios y demás bienes adquiridos por el hospital con materias primas ecológicas que garanticen una suficiente existencia en la institución para la atención del paciente.
 - Diseñar e implementar un plan de saneamiento básico asociado a los protocolos de limpieza y desinfección.
 - Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales) que velen por la prevención del riesgo en la utilización de los medicamentos.
 - Implementar mecanismos de control por medio de la gestión ambiental incorporando criterios verdes para los procesos de selección y contratación de las empresas farmacéuticas con el fin de evaluar el impacto ambiental y la seguridad en el uso de medicamentos desde su producción hasta su disposición final para la protección del medioambiente.
 - Manejo seguro de medicamentos durante el ciclo de atención y egreso del paciente por medio de una valoración en la calidad y efectividad del tratamiento médico, así como de su prevención en la contaminación ambiental durante el ciclo de atención y egreso del paciente.
 - Fomentar la movilidad sostenible en los hospitales con medios de transporte, como el caminar y la bicicleta para llegar y regresar al trabajo, como el uso del transporte público.
 - Adoptar los nueve principios formulados por la “Agenda global para hospitales verdes y saludables”, en el siguiente orden: 1) sustancias químicas: reemplazar las sustancias químicas nocivas con alternativas más seguras, 2) manejo de residuos: reducir, tratar y disponer de manera segura los residuos de establecimientos de salud, 3) energía: implementar la eficiencia energética y la generación de energías limpias renovables, 4) agua: reducir el consumo de agua de los hospitales y suministrar agua potable, 5) transporte: mejorar las estrategias de transporte para pacientes y empleados, 6) alimentos: comprar y proporcionar alimentos saludables cultivados de manera sustentable, 7) productos farmacéuticos: gestionar y disponer los productos farmacéuticos en forma segura, 8) edificios: apoyar el diseño y la construcción de hospitales verdes y saludables, 9) compras verdes: comprar productos y materiales más seguros y sustentables (Salud Sin Daño).
 - Construir hospitales con autoproducción alimentaria de manera sostenible con prácticas para reducir, reutilizar, reciclar y elaborar *compost*.
 - El programa hospital seguro del Ministerio de Salud y Protección Social, considera un hospital seguro, como un establecimiento de salud cuyo servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura inmediatamente después de un desastre.
-



- Construcción de entornos saludables hospitalarios para la excelencia en salud

La estrategia entorno saludable hospitalario centrada en las personas, fundamenta su operación en las personas que conforman las instituciones de salud; es decir, los pacientes, trabajadores de la salud, familiares y la comunidad en general, con acciones que responden al paciente con una atención con calidad humanizada, amigable, cálida y segura para el paciente, comprendiendo el ciclo de la enfermedad desde su ingreso, estancia, egreso y control médico para su completa recuperación, como a los trabajadores de la salud, por medio de un trabajo decente que proteja los derechos laborales, fomente lugares de trabajo seguros que favorezcan las condiciones de salud y el reconocimiento en el talento humano para su bienestar social y familiar y a la comunidad en general, con actuaciones responsables en la prevención y control de los impactos ambientales causados por la prestación de sus servicios a través de la construcción de una infraestructura verde y segura, apoyada en un proceso de gestión ambiental con buenas prácticas y tecnologías limpias para la sostenibilidad de los recursos naturales; finalmente, contempla las alianzas estratégicas para una activa participación en salud por parte de los pacientes, familiares, trabajadores y la comunidad en general, para la toma de decisiones que propenden por nuevos beneficios potenciales en la salud del entorno hospitalario (Merchán, 2013).

El trabajo de tesis “Diseño de la estrategia Hospital Saludable Colombia 2013” para la implementación de un entorno hospitalario saludable, aporta a los resultados de excelencia en salud para el bienestar de las personas, adoptando la metodología de mejoramiento continuo con un compromiso institucional por parte de la gerencia para la incorporación de una política saludable en la planeación estratégica para la promoción de la salud centrada en las personas que conforman el entorno hospitalario, es decir, los pacientes en el hospital, el bienestar de los pacientes, trabajadores y la comunidad circunvecina (Merchán, 2013).



En este sentido, finalmente, el presente capítulo expone los lineamientos y las alternativas de trabajo que contribuyen en su implementación en las instituciones de salud para un mejoramiento continuo acorde con los retos de la calidad en salud en Colombia y alcanzando resultados de excelencia en salud por medio de la articulación de la presente propuesta en gestión ambiental como proceso de valor para calidad, seguridad del paciente y promoción de la salud hospitalaria y el “Diseño para la aplicación y desarrollo de la estrategia Hospital Saludable”, los cuales indudablemente contribuyen en la construcción de entornos saludables hospitalarios, favoreciendo las condiciones de salud centrado en las personas para la reorientación de servicios más humanizados y seguros, y potenciando el desarrollo de habilidades y actitudes personales para el control sobre el cuidado de la salud como en la responsabilidad para una calidad ambiental que contribuye en el bienestar social hospitalario.

Conclusiones

La gestión ambiental como proceso sistémico articulado a las líneas de acción determinadas en el presente capítulo, garantiza la calidad, seguridad del paciente y promoción de la salud de acuerdo con el nuevo Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, fortaleciendo la cultura de la autoevaluación, el direccionamiento estratégico enfocado en el logro de resultados para la salud y la generación del valor socioambiental. A su vez, la gestión ambiental adaptada a los Sistemas de Habilitación y Acreditación de la Calidad en Salud, buenas prácticas para la seguridad y humanización del paciente en la organización, genera resultados de excelencia en la promoción de entornos saludables hospitalarios centrada en el paciente, trabajador de la salud y la comunidad, que según el “Diseño de la estrategia Hospital Saludable en Colombia” son posibles de desarrollar por medio de cinco pilares: 1) “Diseño de la Política Hospital Saludable”, con fines de formalizar el compromiso institucional en la organización con principios para la promoción de la salud con pacientes, trabajadores de la salud y la comunidad circunvecina, 2) Humanización del servicio de salud



en el modelo de atención en salud con un enfoque amigable, seguro en principios de beneficencia, autonomía y justicia para la acogida y vínculo en relaciones amigables durante la prestación del servicio entre el paciente y los trabajadores de la salud, 3) Fomento de un trabajo decente con una remuneración equitativa, seguridad en el trabajo y una educación de habilidades saludable, 4) Incorporación de la estrategia para la sostenibilidad ambiental organizacional, en responsabilidad de los principios para la minimización, prevención y control de los impactos ambientales generados por la prestación del servicio de salud y 5) La participación social en salud en cumplimiento del marco regulatorio en un Estado Social con derecho fundamental en la democracia por la salud; desde esta perspectiva, la estrategia por gestión de procesos en calidad, seguridad y ambiente coadyuva en la promoción de la salud del paciente y su grupo familiar, el lugar de trabajo y la responsabilidad en la calidad ambiental con beneficio común social (Merchán, 2013).

Referencias

- Aguirre (1997). Administración de la Calidad de la Atención Médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.
- Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administración. (2004). *Revista Latinoamericana de Administración*, 32(1):119-124. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
- ICONTEC. (2009). *Guía técnica colombiana GTC 104. Gestión del riesgo ambiental, principios y proceso*. Recuperado de <http://www.bogotaturismo.gov.co/sites/intranet.bogotaturismo.gov.co/files/GTC%20104%20DE%202009.pdf>
- Merchán S (2013). Diseño para la aplicación y desarrollo de la estrategia Hospital Saludable. *Universidad Nacional de Colombia*. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/44351/>
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Manual de planeamiento hospitalario para emergencias*. Recuperado el 18 de febrero de 2017, de http://www.disaster-info.net/safehospitals_refdocs/documents/



spanish/DocsReferenciaPorPais/Colombia/ManualPlanHospitalEmergencias.pdf

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/entornossaludables.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de atención integral en salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2000). Anexo 6. *Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe*. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf

Red de Desarrollo Sostenible. (s.f.). Recuperado de <https://www.rds.org.co/>

Salud sin Daño. (2011). *Agenda global para hospitales verdes y saludables*. Recuperado de 2015, de <https://saludsindanio.org/americalatina/temas/agenda-global>

Salud Sin Daño. (s.f.). *Agenda global para hospitales verdes y saludables*. Recuperado de <http://www.hospitalesporlasaludambiental.net/wp-content/uploads/2011/10/Agenda-Global-para-Hospitales-Verdes-y-Saludables.pdf>



Capítulo VI

Relatoría mesa de trabajo de la Política de Seguridad del Paciente

113

Autores

Johanna Sofía Ospino Rivera⁸

Yolly Samara Sandoval Jaimes⁸

Rodolfo Gutiérrez Silva⁸

⁸ Docente, Escuela de Posgrados en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria del Área Andina.



Resumen

114

En el marco de la I Jornada Internacional de Seguridad del Paciente se brindó un espacio para dar cumplimiento al objetivo general del evento, enfocado a la presentación de los avances y experiencias en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente a partir del encuentro de saberes de diferentes actores (EAPB, IPS, academia, ente territorial, entre otros) a nivel nacional e internacional. Este espacio se denominó “mesa de trabajo” en el que participaron 25 asistentes, representados por estudiantes de diferentes programas del área de la salud, profesionales del sector salud, docentes, gerentes de IPS, asociaciones de usuarios, entre otros.

En el desarrollo de la mesa de trabajo se plantearon cinco preguntas orientadoras frente a la Política de Seguridad del Paciente, a saber: 1) avances en los procesos de implementación en la Política de Seguridad del Paciente, 2) experiencias exitosas a nivel institucional en la implementación de políticas de seguridad del paciente, 3) retos en el diseño, implementación y evaluación en la Política de Seguridad del Paciente, 4) vacíos en investigación en la Política de Seguridad del Paciente y 5) papel de la academia, entidades territoriales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), trabajadores de la salud, comunidad, familia y paciente en las acciones en torno a la seguridad del paciente. Frente a estos ejes temáticos se orientó la discusión de los diferentes actores, permitiendo la



participación y disertación que concluyó con la elaboración de la relatoría en la que los asistentes presentaron sus puntos de vista disímiles desde la mirada de cada actor.

A manera de conclusión, los participantes de la mesa de trabajo manifestaron al unísono las dificultades presentadas en el desarrollo de la implementación de la política, que pese a los múltiples esfuerzos realizados por los diferentes actores del sistema representados de manera importante en la discusión realizada, no se ha logrado una homogeneidad en el proceso para todas las instituciones y la falta de elementos esenciales para una adecuada articulación de la política con los procesos al interior de las instituciones. Sin embargo, resaltan las experiencias relacionadas con la implementación de medidas orientadas a disminuir los eventos adversos en el proceso de atención como lavado de manos, cirugía segura, comunicación y gestión del riesgo que han tenido buenos resultados.

De igual manera, el país se enfrenta a grandes retos relacionados con el campo de la investigación en seguridad del paciente, para la generación de evidencia e información objetiva que permita la toma de decisiones más costo-efectivas para los programas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las acciones coordinadas con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las familias y usuarios de los servicios.

Palabras clave: *investigación, política, seguridad del paciente.*



Introducción

En las últimas dos décadas ha ido creciendo el interés por los temas relacionados con seguridad del paciente, por parte de los diferentes actores sociales involucrados con los servicios de atención en salud (academia, médicos, prestadores de servicios de salud y gobierno en general). Esto se está desarrollando dentro de un espacio o contexto muy complejo, donde se percibe que el sistema social no se asume en un constante equilibrio por las fuerzas del mercado; en lugar de ello, hay conflicto y desigualdad en todas partes, enmarcados de manera particular en las relaciones de poder de los agentes que interactúan de manera poco reflexiva. Desde la publicación del reporte “Errar es humano”, el cual encontró que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por errores médicos, el tema se ha convertido en una alta prioridad para todos los países.

116

Sin embargo, a pesar de estos indicadores que resultan preocupantes, también se han desarrollado iniciativas que se constituyen en una esperanza para solucionar este problema, que afectan a muchos pacientes especialmente los más vulnerables y que presentan un panorama de desafíos desde el análisis de estas nuevas iniciativas que operacionalizan la Política de Seguridad del Paciente, particularmente en términos de sus avances, las experiencias exitosas, los retos en la implementación y los vacíos metodológicos. De igual manera, también resulta trascendental evaluar el papel de los diversos *Stakeholders* que interactúan en estos procesos tan complejos.

Con el fin de hacer una contribución al debate de los retos en la seguridad del paciente, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Fundación Universitaria Área Andina convocó a diversos actores a participar de las mesas de trabajo, favoreciendo la discusión y participación de diferentes actores con el único objetivo de visibilizar desde las diferentes posturas los avances en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente y conocer las experiencias que cada uno de los asistentes ha tenido en este proceso.



La mesa de trabajo combinó el diálogo sobre aspectos conceptuales y empíricos con la discusión de los avances y retos en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, así como el fortalecimiento de las diversas estrategias en el tema; resultado de este ejercicio se construyó la relatoría a la luz de preguntas orientadoras que se presentarán en los siguientes apartados.

Avances en los procesos de implementación en la Política de Seguridad del Paciente

A nivel internacional

A nivel internacional se han presentado múltiples desarrollos frente a la implementación en seguridad del paciente, siendo los países europeos los abanderados en esta área, en conjunto con los norteamericanos. En Estados Unidos, por ejemplo, se considera que el precursor del interés por la seguridad del paciente, fue el informe publicado en 1999 denominado “To err is human: building a safer health system” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, que pone de manifiesto que 98.000 estadounidenses mueren cada año víctimas de errores médicos, cifra superior, en comparación con otras causas de muerte como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), accidentes de tránsito o trabajo (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000, p. 2). En 2010, la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicio Humano de los Estados Unidos, determina que la mala atención hospitalaria contribuyó a la muerte de 180.000 pacientes por fallas médicas, solo en ese año (Marshall, 2013, p. 3). Años más tarde, se sitúa el número de vidas perdidas por error médico entre 210.000 y más de 400.000 al año, solo en los Estados Unidos, convirtiendo los errores médicos en la tercera causa de muerte en el país, por encima de las enfermedades del corazón y el cáncer (James, 2014).

Según Alvarado y Flores (2008), el error médico es definido como “la falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, que puede involucrar a otros profesionales implicados en la atención de los pacientes, en el que no existe mala fe



(...)”; por su parte, Kohn y Corrigan (2000) lo definen como “la falla en una acción planeada para ser completada como se intentó, o el uso de un plan inadecuado para obtener un resultado”; Ramos (2005), “es todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponda con el real problema de salud del paciente. Se excluye la imprudencia, infracciones y la mala práctica” (p. 240). Todas las definiciones suponen una conducta equivocada que produce resultados negativos para el paciente.

Aunque desde tiempo atrás se venía tratando el tema, lo publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos y estudios posteriores, evidencian la magnitud del problema, entrando en la agenda de todos los organismos internacionales, de todos los servicios de salud y de todas las instituciones.

Los avances en referencia al tema pueden ser clasificados en varias fases, inicialmente se habla de una primera fase, denominada caracterización, realizada en varios países, en donde se resalta el “Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización” (ENEAS), adelantado en España, que pone de manifiesto la relevancia de la incidencia de pacientes con eventos adversos, relacionados con la asistencia médica en hospitales españoles, evidenciando la vulnerabilidad del paciente como factor importante en la generación de evento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, p. 5). En América Latina, el “Estudio iberoamericano de eventos adversos” (IBEAS) detectó la alta prevalencia de efectos adversos como consecuencia de los cuidados hospitalarios en cinco países de América Latina, destacando que la seguridad del paciente es uno de los principales problemas que tiene el sistema sanitario de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2010, p. 5).

Una segunda fase, la implementación, está definida por la ejecución de determinadas prácticas que salvan vidas, como las prácticas seguras determinadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como lavado de manos, esterilización quirúrgica y demás cuestiones de conciliación con los medicamentos. Claro está, que gracias a conocer



la magnitud del problema y cuáles son las principales causas de estos problemas, tales como infección quirúrgica, confusión en el suministro de medicamentos, transmisión de infecciones por el propio personal sanitario, se ponen medidas para atajar esos problemas.

En general, puede decirse que la cultura de seguridad del paciente ha avanzado, es un discurso que los profesionales de la salud han acogido con fuerza, dada su gran fortaleza ética, no en vano existe un principio hipocrático: *primum non facere* (lo primero es no hacer daño).

Hay una cuestión que se encuentra en la agenda de la OMS y que quizás no se ha desarrollado suficientemente y es el lema de “pacientes por la seguridad del paciente”. Bien sabemos que el paciente y su familia son agentes invaluable para mejorar la seguridad, aunque en este terreno es poco lo que se ha avanzado.

Por otra parte, con referencia a los avances sobre cultura de seguridad del paciente, esto solo se logrará en la medida que los procesos sean transparentes y se ponga de manifiesto en qué se está fallando, para aprender de los errores; para esto es menester crear una cultura en la que el profesional sea capaz de comunicar en qué se ha fallado, en otras palabras, una lectura autocrítica de la práctica profesional, para que aquello que ha generado graves consecuencias, no vuelva a suceder.

Avances en Colombia

Para el caso colombiano, el país ha avanzado de una manera interesante en términos de Política de Seguridad del Paciente, aunque las necesidades de países desarrollados son diferentes a las que presentan países en desarrollo, es posible afirmar que sí ha habido avances, en especial en la élite de clínicas y hospitales que han sido acreditados internacionalmente; para mayor ilustración, algunas como la Fundación Valle del Lili, Fundación Cardioinfantil y la Fundación Santa Fe de Bogotá, que han logrado implementar buenas prácticas relacionadas con prácticas quirúrgicas seguras, incluso dentro de la robótica imponiendo la innovación en el desarrollo de atenciones más seguras.



De igual manera, han logrado avances en el análisis individual y comunitario. Se puede hablar de avances en causalidad, producción analítica, cohortización de pacientes, teniendo presente que el daño hay que gestionarlo desde el riesgo y no quedarse solamente desde el registro del evento.

No obstante, existe una brecha entre el sector público no acreditado y el sector público-privado acreditado bajo los estándares internacionales y esto debido a que algunas instituciones no ven la seguridad como una inversión, sino como un gasto o una carga.

120

Otra opinión al respecto, permite vislumbrar que la Política de Seguridad del Paciente se ha incluido en las agendas de inducción de funcionarios y el fortalecimiento para los procesos de acreditación, ciertas actividades como lavado de manos, identificación del paciente y la mejora en la comunicación médico-paciente, son procesos indispensables para evitar riesgos.

Experiencias exitosas a nivel institucional en la implementación de políticas de seguridad del paciente

En nuestro país, como muchos en vías de desarrollo, hemos sorteado situaciones epidemiológicas y de enfermedades infecciosas. Hace algún tiempo, las instituciones colombianas enfrentaron una epidemia de una bacteria denominada “estafilococo”, en ese entonces se probaron diferentes estrategias, unas centradas en la seguridad del paciente, otras más en el concepto microbiológico.

No obstante, uno de los hospitales más concurridos del país, el hospital El Tunal en Bogotá, inició años atrás una estrategia interesante denominada “desviación positiva”, tratándose como una versión de comunicación y gestión del riesgo. Esta era manejada desde la base del talento humano: auxiliares, camilleros, el portero de la institución, los cuidadores, hasta la punta de la pirámide en el cuidado y atención en salud, la estrategia radica en la participación de sus riesgos, interpretación y autogestión del riesgo.



Otra estrategia utilizada en instituciones de salud, es el uso de diferentes insumos de desinfección en los quirófanos, se insiste en el lavado de manos, pero sobresale la toma de cultivos que permiten hacer seguimiento por parte de epidemiología.

Por otra parte, se hace acotación a la corresponsabilidad entre profesionales de la salud respecto a las políticas establecidas en seguridad del paciente, las cuales anteriormente fueron manifestadas y que conllevan que los profesionales bajo una cultura organizacional, verifiquen entre ellos el verdadero cumplimiento de estas estrategias.

De igual forma, se ha logrado en términos de política y procedimiento, definir aquellos riesgos para que los eventos adversos se presenten, y se logre notificar una vez sean identificados por cualquier protagonista (funcionario, familiar y aún más profesional), quien tiene la imperativa obligación de reportar. Aunque en países desarrollados, los estudios sobre el reporte del evento adverso son más amplios, en Colombia se debe hacer un estudio más detallado al respecto, lo que serviría como cualificación para estudiantes y profesionales de la salud.

121

Concluyendo este cuestionamiento, se pone a consideración un tema de discusión en escenarios académicos y es la humanización de la labor del profesional hacia el paciente, partiendo desde la comunicación y en esencia, en la valoración que el profesional debe darle a la situación que atraviesa el paciente y sus familiares. Finalmente, es posible entender que estos temas son un blanco móvil que está en constante cambio, lo que permite que cada actor se halle a la expectativa de las modificaciones que se puedan presentar.

Retos en el diseño, implementación y evaluación en la Política de Seguridad del Paciente

El país en la actualidad, se encuentra en un momento muy interesante gracias a la implementación de la novedosa Política de Atención Integral en Salud, cuyos objetivos principales son la promoción de



la salud y la gestión integral del riesgo, siendo esta última, la razón de ser de toda política de seguridad del paciente.

Esto permite que los estudiantes del área de la salud puedan armonizar lo que es la gestión integral del riesgo frente a la seguridad del paciente; estos nuevos profesionales van a tener el reto y el desafío de operacionalizar los objetivos del Plan Nacional de Atención Integral en Salud.

De igual forma, un gran desafío para los futuros profesionales de la salud, es la posibilidad de hacer una evaluación a las listas de chequeo; existe una herramienta que puede ser tratada como experiencia exitosa y que ya ha sido mencionada como lo es la identificación del paciente para llegar a un diagnóstico acertado; por tanto, como profesionales es importante tener en cuenta no solo la elaboración de las listas de chequeo, sino su correcta modificación en el momento oportuno.

122

Por otra parte, es fundamental el empoderamiento del paciente, promoviendo un papel activo respecto a la gestión de su propia salud, a través de la información, transmisión de conocimientos y habilidades por parte de los profesionales de la salud, para que este sea consciente de lo que está sucediendo y de lo que le puede suceder, y en este sentido sea capaz de actuar en su propio beneficio y aumentar su seguridad.

Así mismo, lograr desvincular del mercado de salud el tema de seguridad del paciente y darle más poder al usuario del sistema de salud, para que sea él mismo, el que monitoree a través de los procesos y mecanismos legítimos, los niveles de seguridad y de calidad asistencial que benefician una sociedad, con el menor riesgo posible.

El tratamiento que se le debe dar a la seguridad del paciente debe ser claro para todos los actores, toda vez que la seguridad no es un hecho, la seguridad es un valor, tales como la salud o la equidad.



Vacíos en investigación en la Política de Seguridad del Paciente

Se evidencia muy poca investigación en cuanto a la experiencia vivida tanto de familiares como de pacientes, cuando han sido hospitalizados en instituciones de salud donde ya existe una política de seguridad del paciente; así mismo, no se integran las experiencias vividas dentro de los planes de cuidado del paciente tanto intra como extrahospitalarias. Cabe señalar, que las escasas investigaciones existentes, están direccionadas a la política de lavado de manos, pero existen otros procesos seguros donde no se incluye el cuidado, tratamiento y protección al familiar, que debe formar parte de un cuidado integral en el marco de la seguridad del paciente.

123

De igual forma, los procesos de investigación que desarrollan buenas prácticas dirigidas a la calidad, son limitados; al respecto, solo se encuentran los instrumentos que otorga la OMS, en donde se generan listas de chequeo, pero no se evidencia un sistema de investigación de estilo cualitativo que se aplique a familiares y pacientes que no estén institucionalizados, ya que algunos pacientes que sí lo están, pueden estar sesgados al considerar que si responden negativamente a las preguntas sobre políticas de seguridad del paciente, puede verse afectada su atención. No existe investigación sobre cómo funciona la Política de Seguridad del Paciente frente a la atención de los procesos.

Otra posición demuestra que la medicina basada en la experiencia no considera aspectos importantes de farmacología (uso seguro de medicamentos, interacciones farmacológicas, etc.); muchas políticas de seguridad del paciente dejan de lado la posición del farmacéuta. En países como el nuestro, el farmacéuta ha sido relegado a ser el bodeguero de los hospitales, y si se hace una revisión de base de datos sobre estudios de farmacéutas en aspectos de farmacología clínica y seguridad del paciente, los resultados son limitados y escasos.

Por otra parte, se resaltan tres grandes vacíos en investigación de seguridad del paciente en el entorno latinoamericano: a) la accesibi-



lidad estadística; en seguridad del paciente se ha evidenciado grandes limitaciones de penetrabilidad; b) investigaciones relacionadas con la segunda y tercera víctimas; al respecto, datos empíricos del Instituto de Medicina Legal estiman que, en los últimos tres años en Colombia, se han presentado siete suicidios empíricamente evaluados, de personal cuidador relacionados con la carga punitiva, tanto administrativa, económica como jurídica. Con respecto a la tercera víctima, el 0,25% del PIB distrital está dedicado a las demandas y repercusión de eventos adversos mayores, en instituciones públicas y privadas; c) el último aspecto está relacionado con la generación de una gran cantidad de estrategias, pero dichas estrategias no han sido evaluadas, lo que impide conocer a cabalidad la efectividad de la mismas (modelo de calidad, listas de chequeo, etc.).

124

Por otra parte, se establece que muchos de los vacíos en términos de seguridad del paciente vienen desde lo académico; sin embargo, la creación de espacios de discusión y debate en los claustros universitarios en torno al tema, fomentan la investigación, convirtiéndose en una oportunidad de mejora para promover y aprender a hacer investigación.

Lo anterior permite inferir, que se debe desarrollar desde la academia una cultura de investigación, a través de la definición de políticas institucionales que estimulen, promuevan y desarrollen procesos investigativos con producción, que generen nuevo conocimiento. Es fundamental investigar el resultado de lo que están haciendo las instituciones en términos de seguridad del paciente (análisis de casos), y de esta forma recoger experiencias exitosas y buenas prácticas para prevenir posibles daños al paciente.



Papel de la academia en las entidades territoriales, IPS, EAPB, trabajadores de la salud, comunidad, familia y paciente en las acciones en torno a la seguridad del paciente

En ocasiones, la atención en salud a la familia es la que menos se incluye en la seguridad del paciente, la información sobre el estado de salud del paciente resulta limitada, y esas limitaciones en ocasiones se dan por los temores que algunos trabajadores de la salud tienen ante la posibilidad de que los familiares puedan juzgar la labor realizada, cuando el deber ser es incluir y educar, para que las familias sean un apoyo integral en el cuidado del paciente.

125

Por otro lado, es común evidenciar profesionales de enfermería con multiplicidad de funciones. Una política de seguridad del paciente sería más saludable si se focalizara a las funciones del profesional de enfermería. Un verdadero profesional capacitado no puede estar destinado a un sinnúmero de tareas, una solución es expedir una normatividad mucho más estricta que obligue a las entidades a contratar mayor número de profesionales y a focalizar sus funciones de una manera más organizada.

De ahí la importancia de que las entidades territoriales, EAPB y demás actores responsables de la prestación del servicio, deben evaluar los riesgos, antes de asignar un alto número de pacientes a un profesional, pues estos impiden una atención eficiente. De igual forma, se hace necesario que se generen políticas de seguridad del paciente interinstitucionales, que permitan su unificación. Por eso, es fundamental que instituciones acreditadas y no acreditadas, generen planes de evaluación y políticas realmente contundentes.

Finalmente, se hace alusión a un artículo publicado en el 2010 por el profesor Carlos Abadía, denominado “Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud”. En este proceso que es un cuadro complejo, hay ocho pro-



tagonistas, un referente de seguridad del paciente fácilmente puede verse envuelto en problemas psicológicos, psiquiátricos, ergonómicos o jurídicos, con cada uno de estos protagonistas. La investigación del profesor Abadía se centró en unos objetivos claros:

- a) analizar y evaluar las relaciones entre las experiencias de colombianas y colombianos de negación de sus necesidades de atención en salud por parte del sistema y las políticas y las instituciones del mismo y b) conectar el nivel de la experiencia subjetiva con las estructuras más altas (políticas y sistemas) (Abadía, 2010).

126

Estos objetivos permiten tener un poco más claro la cadena de actores que forman parte del sistema de salud colombiano. La anterior definición se halla en contraste con lo que los americanos han denominado *Stakeholders*; es decir, aquellos que pueden verse afectados por las decisiones de una organización, en este caso son las autoridades sanitarias, quienes tienen el papel central en la implementación de políticas de seguridad del paciente.

Es importante valorar que las organizaciones tienen un carácter moral que mucho tiene que ver con sus decisiones, en este sentido, tienen que generar un clima y una cultura de transparencia, velando por los intereses de los otros para dar una respuesta razonable; es importante, entonces, determinar cuál es la perspectiva de seguridad que tiene cada uno de los actores.

Conclusión

El proceso del taller terminó en un espacio puro de reflexión colectiva. Las discusiones desarrolladas durante este taller tocaron las experiencias en varias comunidades de práctica (legal, política, social y económica) y de diversos sectores (público, profesionales de la salud y académicos) en Colombia, así como a nivel internacional. Cada una se apoya en fundamentos teóricos algo distintos y en supuestos subyacentes, lo que indudablemente tuvo una gran influencia en los objetivos que buscaron influir los *Stakeholders* durante el proceso de



debate. Por ejemplo, mientras los académicos enfatizaron los diversos avances en torno a la seguridad del paciente y la investigación, los profesionales de la salud resaltaron las experiencias exitosas y los retos. De esta manera, a pesar de que se encontraron diversas posiciones, todos compartían una posición en común que los unía: la de trabajar conjuntamente a través de diversas acciones con el objetivo de fortalecer los procesos de implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Este objetivo en común, sin lugar a dudas, marcó una nueva dirección y una respuesta contundente por parte de los asistentes para continuar avanzando, contribuyendo así a mejorar la seguridad del paciente.

Referencias

127

- Alvarado AT & Grettchen S (2009). *Revisión. Errores médicos. Acta Médica Costarricense: Colegio de Médicos y Cirujanos*. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n1/3941.pdf>
- Kohn LT, Corrigan JM & Donaldson MS (2000). *To err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D. C.: National Academy Press. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>
- Ministerio de Sanidad y de Consumo. (2006). *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización*. ENEAS 2005. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Seguridad del paciente*. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
- Ramos B (2005). Calidad de la atención de salud: error médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es&tlng=es



Glosario

Alianza Mundial por la Seguridad: es un medio que propicia 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 temas relacionados con la seguridad del paciente. Fue creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo (Organización Mundial para la Salud, 2004).

129

Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”: documento técnico del Ministerio de Salud de Colombia, en el cual se establecen las recomendaciones que pueden tener en cuenta las instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Joint Commission International: la organización que lleva más de 50 años dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad de las organizaciones sanitarias y sociosanitarias. Se encarga de identificar, medir y compartir las mejores prácticas de calidad y seguridad del paciente con el mundo. Ofrece liderazgo y soluciones innovadoras para ayudar a las organizaciones de atención médica en todos los entornos a mejorar el rendimiento y los resultados.

Política de Seguridad del Paciente: se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías ba-



sadas en evidencia científicamente comprobadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Stakeholders: cualquier grupo o individuo identificable que pueda afectar el logro de los objetivos de una organización o que es afectado por el logro de los objetivos de una organización (grupos de interés público, grupos de protesta, agencias gubernamentales, asociaciones de comercio, competidores, sindicatos, así como segmentos de clientes, accionistas y otros) (Newsletter, 2009).

130

Sistema Único de Acreditación en Salud: es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

*Avances y retos en la Política
de Seguridad del Paciente - Tomo I*
se terminó de editar, imprimir
y encuadernar en noviembre de 2017
en Bogotá, Colombia.

Se compuso en fuente tipográfica
Book Antigua de 10,5 puntos.

La seguridad del paciente es un principio y una responsabilidad de los actores del sistema al momento de la prestación y acceso a la atención sanitaria, en el que se asume un riesgo que debe de ser controlado y mitigado de manera responsable, estableciendo un compromiso irrenunciable por parte del personal asistencial, pacientes y sus familias, miembros de la alta gerencia de las instituciones de salud, gerentes y funcionarios de las empresas administradoras de planes de beneficios, ligas de usuarios, miembros de la academia, entes territoriales y rectores del sistema en busca de atenciones más seguras y con mejores resultados en salud.

Los editores

COAUTORES

Rodolfo Gutiérrez Silva
Olga Lucía Moya Saénz
Yesid Ramírez Moya
Néstor Suárez Suárez
Diana Marcela Manrique Téllez
Shirley Merchán De Las Salas
Johanna Sofía Ospino Rivera
Yolly Samara Sandoval Jaimes