

**EXPERIENCIAS EXITOSAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA PREVENIR  
EVENTOS ADVERSOS EN AMÉRICA LATINA ENTRE LOS AÑOS 2010 A 2020**

**Gloria Esmeralda Avellaneda Tovar**

**Gloria Amparo Giraldo Duque**

**PRESENTADO A LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA COMO  
REQUISITO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA  
EN SALUD**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL DEPORTE  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD**

**Tutor: Rosa Cecilia Alvarado**

**BOGOTÁ D.C. 2022**

## **DEDICATORIA**

Agradecerle a Dios la oportunidad de realizar esta especialización ya que es un logro para nuestras vidas, tanto a nivel profesional como a nivel personal, agradecemos a la Doctora Rosa Cecilia Alvarado como nuestra tutora por el tiempo dedicado, sus conocimientos y su apoyo incondicional en la realización de la monografía.

Agradecemos también a nuestros docentes por sus conocimientos, gracias por la paciencia y dedicación para impartir sus enseñanzas.

Finalmente, gracias a nuestras familias ya que de una u otra manera nos apoyaron para que este sueño se haga realidad.

## Tabla de contenido

Resumen .....	4
Introducción .....	6
Descripción del problema.....	8
Justificación .....	10
Objetivos .....	12
Metodología .....	13
Estrategias Utilizadas en Experiencias Exitosas Aplicadas en Seguridad del Paciente en el Marco de la Prevención de Eventos Adversos en el Periodo Comprendido Entre 2010 a 2020 en Países de América Latina .....	15
Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente que Disminuyen la Incidencia de Eventos Adversos en Colombia .....	25
Factores Contributivos de Mayor Impacto que Favorecen la Prevención de Eventos Adversos y que Apoyan la Mitigación y Prevención de estos en Países de América Latina y Colombia .....	32
Conclusiones .....	37
Referencias .....	39

## Resumen

La presente monografía se realiza a partir de la revisión de artículos científicos, es de tipo descriptivo, con un trabajo investigativo ligado a la exploración, revisión bibliográfica científica, que se consigue por medio de búsquedas en diferentes bases de datos a nivel nacional e internacional. Se busca encontrar las experiencias exitosas en seguridad del paciente que han aplicado países en América Latina y que se puedan adaptar en Colombia. Se describen entonces, estrategias utilizadas y aplicadas en seguridad del paciente en el marco de la prevención de eventos adversos, se identifican las buenas prácticas en seguridad del paciente utilizadas en Colombia que disminuyeron la incidencia de eventos adversos, se compara entre países de América Latina y Colombia los factores contributivos de mayor impacto que favorecen la prevención de eventos adversos y que apoyen la mitigación y prevención de estos en el país. Colombia tiene la necesidad de avanzar en el tema de fortalecimiento del programa de seguridad del paciente en las IPS y para esto se deben examinar y considerar las medidas que han adoptado otros países y que han dado resultados exitosos o que han minimizado la incidencia de errores.

**Palabras claves:** reporte de eventos adversos, incidentes, seguridad del paciente, experiencias exitosas

## Abstract

This monograph is made from the review of scientific articles, is descriptive, with a research work linked to exploration, scientific bibliographic review, which is achieved through searches in different databases at national and international level. It seeks to find successful experiences in patient safety that have been applied by countries in Latin America and that can be adapted in Colombia. Strategies applied in patient safety in the framework of the prevention of adverse events are described, the good practices in patient safety used in Colombia that reduced the incidence of adverse events are identified, the contributory factors with the greatest impact that favor the prevention of adverse events and support the mitigation and prevention of these in the country are compared between Latin American countries. Colombia has the need to make progress on the issue of strengthening the patient safety program in the IPS and for this purpose the measures that have been adopted by other countries and that have given successful results or that have minimized the incidence of errors must be examined and considered.

**Keywords:** reporting of adverse events, incidents, patient safety, successful experiences

## **Introducción**

Tomar como ejemplo experiencias exitosas de instituciones en América Latina puede mejorar la seguridad del paciente en Instituciones colombianas, por ende, las organizaciones deben ser capaces de detectar y abordar rápidamente los problemas y factores que contribuyen a las fallas del sistema. Una de las maneras más eficaces para identificar estos factores, es mediante la revisión e investigación de los errores que informa el personal. El desarrollo de una cultura en la que el personal no tenga miedo de reportar los eventos adversos y los incidentes es extremadamente difícil, debido a que en muchas organizaciones existe una tendencia persistente a responder a los errores de manera punitiva. Pasar de una cultura de la culpa, a una donde no se haga responsable a una persona, que abarque la presentación de reportes y que se guíe por los principios de equidad y justicia, es un trabajo difícil y exige el compromiso de los líderes en todos los niveles. También se requiere la creación de un entorno, que permita al personal “levantar la mano” para reconocer sus errores sin el temor a represalias. Informar de un evento adverso o de un incidente debería iniciar un proceso que no se centra en las fallas de los individuos, sino en la exploración y el descubrimiento de las fallas del sistema que son factores contribuyentes.

La seguridad del paciente es un tema de gran importancia a nivel de la salud en América Latina. Actualmente la atención en salud puede involucrar un equipo de profesionales atendiendo un paciente, usualmente en el marco regulatorio de salud y con el apoyo de dispositivos de alta tecnología para el diagnóstico y tratamiento del paciente, con tiempos y recursos limitados dentro de una Institución Prestadora de Salud, por consiguiente una amplia gama de factores determina la calidad del tratamiento y la consecuente ocurrencia de eventos adversos, como un desenlace no deseado de este proceso de atención en salud.

Evento adverso se entiende como un desenlace adverso, que puede ser evitado. Es esencial tener en cuenta que el evento adverso se debe al manejo médico, en contraste con lo que puede ser una complicación debida a la enfermedad, por consiguiente, es pertinente tener en cuenta que: el manejo médico incluye todos los aspectos del proceso desde el diagnóstico hasta el tratamiento y, por ende, los dispositivos médicos involucrados en estos procesos. Dentro de la revisión de los artículos científicos los eventos adversos se han clasificado dependiendo del contexto de la situación; considerando si pueden preverse o no. Evento adverso prevenible es aquel que está basado en un error u otro tipo de fallo en el sistema o equipo y, por lo tanto, puede ser prevenible. (Palencia, 2014).

Una de las nociones, que puede ser confundida con un evento adverso, es el de incidente o potencial evento adverso en la atención sanitaria, definido por la OMS (Ministerio de la Protección Social, 2011), como un evento que tiene el potencial de causar un evento adverso, pero no ocurrió por el azar o porque dicho suceso fue interceptado intencionalmente. Por tanto, con el propósito de dejar clara la diferencia entre un evento adverso y un incidente, es conveniente tener en cuenta el desenlace, es decir, si existe un daño en el paciente, producto del proceso de atención en salud, se considerará la ocurrencia de un evento adverso. (Palencia, 2014). Se comprende entonces que hay dos tipos de incidentes: cuasi incidente, el cual no alcanza al paciente, e Incidente sin Daño, que alcanza al paciente, pero sin causar ningún daño apreciable. Remón, (2005); es importante tener bien claro en esta clasificación de incidente cuáles fueron los sucesos que llevaron a que el desenlace fuera un incidente, es decir, entender la “anatomía” (Vincent, 1998)

En el ámbito internacional este tema es liderado por la Organización Mundial de la Salud —OMS—, que ha estimulado a los países a que "presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, se establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria" Ministerio de la Protección Social, (2011), además se ha encargado de proponer y socializar lineamientos de cuidado, principalmente a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que comenzó a funcionar en octubre de 2004, como un método para generar interacciones e

intercambio de conocimientos entre los países miembros, que les permitan facilitar el desarrollo de nuevas estrategias y políticas que generen una disminución en las estadísticas de eventos adversos derivados de la atención en salud globalmente, debido a que "la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo". (Marimon & Márquez,2009).

Teniendo en cuenta la importancia que tiene prevenir los eventos adversos en el marco de la seguridad del paciente, se realiza la presente monografía que pretende analizar las diferentes experiencias exitosas en seguridad del paciente para prevenir eventos adversos en América Latina entre los años 2010 y 2020, por medio de una revisión, con búsqueda en diferentes bases de datos. Varios artículos científicos publicados a nivel de América Latina y naciones que cumplieron con este criterio de búsqueda.

### **Descripción del problema**

¿Cuáles han sido las experiencias exitosas en seguridad del paciente que han aplicado países en América Latina entre los años 2010 y 2020 y que se puedan adaptar en Colombia?

Un evento adverso se puede entender como una complicación no intencional que le ocurre al paciente durante el proceso de atención sanitaria, y aunque puede tener diferentes etiologías, siempre se le imputará a esta y no a una condición previa a la atención del paciente.

Las normas son uno de los tantos instrumentos que dan el horizonte de la supervisión y control respecto a la seguridad del paciente que es el dominio al cual pertenecen los eventos adversos, la Resolución 256 de 2016 es la que hace ese trazo en Colombia y por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”, Ministerio de Salud y Proyección Social de Colombia. La tarea del personal que trabaja en el campo de la salud en Colombia se extiende a los usuarios que hacen uso de aquellos servicios. Dentro de los puntos más destacables se encuentra la obligatoriedad de hacer reportes de eventos adversos por parte de los profesionales en salud, puesto que “la seguridad de los pacientes se ha convertido en una prioridad tanto para las entidades regulatorias de salud, para las aseguradoras, las instituciones y los pacientes. (Gaitán & Duarte & Gómez & Sánchez & Eslava & Schmalbach, 2009).

Para una mejor comprensión del problema de la investigación es preciso definir los sistemas de notificación existentes en los países de América latina, de la misma manera como ya se tiene definido el sistema de notificación Colombiano el cual se encuentra en el manual de usuario para la política de seguridad del paciente de Colombia y es un aplicativo para el registro y gestión de los eventos adversos, este es una política liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud y su 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 la Protección Social, 2011).

Al reconocer las experiencias exitosas en seguridad del paciente para prevenir eventos adversos se busca describir, identificar y comparar las buenas prácticas aplicadas que han generado impacto en la prestación del servicio de salud en Latino América y han contribuido al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

## **Justificación**

La premisa principal de cualquier programa de seguridad del paciente, debe ser la de generar la cultura organizacional de la misma, teniendo en cuenta que la atención en salud es desarrollada por seres humanos, siempre ocurrirán fallos y errores; sin embargo, quienes proveen la atención en salud pueden reducir tales acontecimientos y mitigar su impacto a través de la implementación de estrategias o políticas de seguridad.

Hoy en las instituciones de salud colombianas, es obligatorio tener implementado un programa que cumpla con todas las normas exigidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, dentro del cual la Seguridad del Paciente es un elemento transversal de los cuatro componentes de este Sistema, como son el Sistema Único de Habilitación en Salud, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el Sistema de Información para la Calidad y el Sistema Único de Acreditación. Sin embargo, los demás países de Latinoamérica trabajan con otros modelos para asegurar la seguridad del paciente; es por esto que se hace necesario realizar la revisión de artículos científicos para analizar las experiencias exitosas en seguridad del paciente que se han dado en países de Latino América para prevenir eventos adversos y elaborar un documento donde se muestran modelos de gestión de estos desde la auditoría en salud.

Se pretende conocer qué sistemas utiliza América Latina para analizar los sucesos que pueden llevar a una atención insegura en un establecimiento de salud, qué acciones realizan para contribuir a reducir el número de incidentes capaces de ocasionar daños a los pacientes, que procesos tienen para generar un aprendizaje desde cada incidente ocurrido, ya sea un evento adverso o un incidente sin daño partiendo desde la experiencia que relacionan en sus diferentes artículos de investigación.

Cada país en sus instituciones de salud tiene su propia manera de gestionar los eventos adversos, por lo tanto, con la presente revisión de artículos científicos se identifica y se dan a conocer las diferentes estrategias que desde la auditoria en salud utilizan; aplicando variables específicas como generación de reportes, implementación de sistema de prevención, sensibilización del personal de salud, implementación de sistemas de notificación, prevención de malas prácticas médicas.

Ante la posible aparición de un evento adverso en la atención sanitaria, se hace necesario la capacitación permanente del personal de salud, para saber qué indicadores utilizar con atributos “simples, válidos, sensibles, específicos, confiables, útiles, interpretables, que estén disponibles y controlables por los proveedores” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2011).

### **Objetivo general**

Analizar las experiencias exitosas en seguridad del paciente para prevenir eventos adversos en América Latina entre los años 2010 a 2020.

### **Objetivos específicos**

Describir las estrategias utilizadas en experiencias exitosas aplicadas en seguridad del paciente en el marco de la prevención de eventos adversos en el periodo comprendido entre 2010 a 2020 en países de América Latina.

Identificar las buenas prácticas en seguridad del paciente utilizadas en Colombia que disminuyeron la incidencia de eventos adversos entre los años 2010 a 2020

Examinar experiencias en algunos países de América Latina frente al caso colombiano sobre los factores de mayor impacto que favorecen la prevención de eventos adversos y que apoyen la mitigación y prevención de estos en el país.

## Metodología

La revisión de artículos científicos realizada es de tipo descriptivo; esta nos da la oportunidad de hacer una investigación detallada y ordenada que permite tener una línea de información de procesos importantes desde el comienzo de la elaboración de la monografía. Se programó un trabajo investigativo ligado a la exploración, revisión bibliográfica científica, que se consigue por medio de búsquedas en diferentes bases de datos a nivel nacional e internacional, como los es Elsevier, E-scielo, Proquest, ubicadas en la plataforma de la Fundación Universitaria del Área Andina la cual tiene convenios con estas, ya que ofrecen bases sólidas respecto a la fundamentación sistémica y pilares de la seguridad a nivel internacional; la búsqueda se realizó con palabras claves como reporte de eventos adversos, incidentes, seguridad del paciente, experiencias exitosas y se utilizaron operadores booleanos de intersección, unión y exclusión como: and, or, o, not; gracias a esto se puede presentar el contenido de forma explícita y clara.

Por otra parte, haciendo uso de los DECS (Descriptores en Ciencias de la Salud) se logra conceptualizar gran parte de la estructura del trabajo y así mismo permitir el uso de terminología común para búsqueda en dos idiomas (inglés y español), teniendo así un medio seguro y único para la recuperación de la información en temas científicos de salud.

Se realizó la revisión de la literatura a nivel de América latina, y a nivel nacional sobre las experiencias exitosas en seguridad del paciente en el marco de la prevención y mitigación de eventos adversos, tomando solo aquellas fuentes que brindan una base estructural con criterio científico para el correcto desarrollo e implementación de un plan de gestión de eventos adversos; apoyando aquellas entidades en el trabajo de mejora continua, enfocado en la seguridad del paciente.

Se seleccionó y ordenó el primer material a nivel de Latinoamérica entre los años 2010 a 2020 y luego se procedió a realizar una inspección a nivel nacional, con el fin de tener objetividad en cuanto al análisis de artículos científicos.

Los criterios de inclusión tuvieron que ver con que los artículos fueran de carácter científico, de América Latina, que se encuentren en el periodo 2010 a 2020, que se hayan realizado en instituciones, gobierno y estado, que hagan énfasis en seguridad del paciente y experiencias exitosas documentadas, reportes de eventos adversos.

Los criterios de exclusión, no se tuvieron en cuenta artículos que fuesen de países europeos, que tengan relación con salud pública, casos clínicos, seguridad en el trabajo, estudio de patologías específicas.

Al realizar la discriminación de la información se hizo por nivel de importancia y acercamiento a prevención y mitigación de eventos adversos, no se tuvo en cuenta otros artículos relacionados con la salud, porque no tienen conexión con la cultura de reporte de eventos adversos.

## **Estrategias Utilizadas en Experiencias Exitosas Aplicadas en Seguridad del Paciente en el Marco de la Prevención de Eventos Adversos en el Periodo Comprendido Entre 2010 a 2020 en Países de América Latina**

Todos los programas de seguridad del paciente tienen los mismos objetivos, independiente del país donde se encuentre, aunque cada uno tenga sus propias estrategias y actividades para minimizar los riesgos en atención en salud y reducir la ocurrencia de eventos adversos. Quien aspire a incrementar la calidad de los servicios debe generar estrategias que lleven a acciones de mejora oportunas para tratar de disminuir al máximo las fallas en seguridad del paciente.

Colombia tiene la necesidad de avanzar en el tema de fortalecimiento del programa de seguridad del paciente en las IPS y para esto se deben examinar y considerar las medidas que han adoptado otros países y que han dado resultados exitosos o que han minimizado la incidencia o probabilidad de errores.

En los sistemas de salud a nivel mundial, se han implementado en los últimos años políticas que llevan a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud, estas buscan conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente la cual es la primera de las buenas prácticas para mejorar la seguridad.

El Ministerio de la Protección social (2008), advierte que para esto es necesario:

Contar con un Programa de Seguridad del Paciente con las herramientas necesarias para reducir y en lo posible eliminar los eventos adversos. Dentro de estas herramientas, están las estrategias utilizadas en la gestión proactiva y retrospectiva de los riesgos del proceso de atención en salud. En el documento (Ministerio de la protección social, República de Colombia, 2008)

Cometto, (2011) afirma: La gestión del riesgo proactiva está orientada a identificar y analizar los riesgos a la atención en salud, así como el desarrollo de planes de acción para prevenirlos e informar a los profesionales de los logros obtenidos. Adicionalmente, la gestión

del riesgo retrospectivo ofrece herramientas como el Análisis Causa Raíz, la revisión sistemática de los factores contribuyentes, con énfasis en los casos centinela, para prevenir su repetición.

Existen diferentes métodos para la identificación de riesgos relacionados con la seguridad del paciente como análisis de quejas, peticiones, reclamaciones, sugerencias, rondas de seguridad, revisión de historias clínicas, sesiones para aprender de los errores, estudios epidemiológicos, entre otros. (García, 2015)

Además, existen dos modelos de gestión del riesgo: modelo centrado en la persona el cual es un modelo punitivo, basado en la cultura de culpa y en las medidas disciplinarias, este modelo no permite el aprendizaje a través de la experiencia, los eventos adversos son principalmente debidos a las distracciones o lapsus de las personas. Este enfoque a través de los años ha demostrado no ser efectivo.

El otro modelo está centrado en el sistema, que a diferencia del anterior tiene un enfoque explicativo y resolutivo. y se basa en que todas las personas cometen errores, pero estos son consecuencia de una serie de eventos o sucesos encadenados que deben ser buscados en el sistema, no buscar responsables, sino que centra su mirada en las condiciones en las que trabaja el equipo de salud. (Díaz, 2017)

La política de seguridad del paciente no fomenta la impunidad, cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las falencias de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente. (Giraldo,2008).

Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud, mediante tres mecanismos básicos:

- El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y, por lo tanto, en la disminución de los procesos legales.

- Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones, evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera se hubiesen producido.

Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada

**Chile:** Reconoce el derecho a la protección de la salud como un derecho constitucional y un deber de garantía proporcionada por el Estado. La Constitución Política de la República de Chile en su artículo 9 proclama:

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, así mismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. (Constitución Política de la República de Chile, capítulo III, artículo 19, numeral 9, 2010)

La Ley 20584 del 1 de octubre de 2012, la cual regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud establece que cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud. Esta ley manifiesta en su artículo 4 que:

Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas”. (Ley 20584, Título II, párrafo 1°, artículo 4, 2012).

Así mismo, el Decreto 15 de 2007, el cual establece el reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud, y que se encuentra actualmente modificado por el Decreto 12 de 2012, menciona en el Artículo 4 que “ hay estándares mínimos que se deberán cumplir, según los distintos tipos de establecimientos y los niveles de complejidad de las prestaciones, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios”. En la norma se aprobaron protocolos que rigen la seguridad del paciente y la calidad de la atención con el fin de ser aplicados por los prestadores institucionales públicos y privados, incluyendo el reporte de eventos adversos y eventos centinela, la aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía, análisis de repeticiones quirúrgicas no programadas, programas de prevención de enfermedades, entre otras estrategias que se consideraron necesarias para salvaguardar el derecho constitucional a la salud.

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

Cabello & Garrido mencionan: La misión del programa de inmunización Nacional de Chile es “Protección de la población residente en Chile, frente a enfermedades inmunoprevenibles relevantes para la salud pública, con calidad, seguridad y eficiencia, acorde al desarrollo biotecnológico y la evidencia científica”. Este programa maneja un conjunto de vacunas para proteger la población a lo largo de su vida, haciendo verificaciones y vigilando la seguridad y la calidad de todo el proceso y del procedimiento de vacunación como tal; además evalúa el costo efectividad de estas y gestiona la distribución y compras de vacunas y finalmente controla el cumplimiento de la cadena de frío.

Al cumplir estos objetivos, el programa de inmunización de este país se constituyó como uno de los programas más fuertes en calidad y seguridad de la atención, al lograr prevenir y controlar la mayor parte de eventos adversos que eran provocados por la administración de vacunas en todos los rangos de edad de la población; esto solo demuestra la importancia de tener un personal y equipo de salud capacitado con protocolos y normas que van a mejorar la calidad del proceso y disminuir los errores.

La vacunación en Chile es definida como un conjunto de procesos, protocolos y técnicas que se aplican desde el momento en que se recibe a un usuario que requiere de una acción en relación con las vacunas, hasta el momento que se puede retirar del sitio de vacunación y es más, se extiende hasta varios días después, en pro de vigilar posibles eventualidades que lleven a una reacción adversa.

La vacunación no se queda solo en el acto de administrar la inyección del producto biológico, sino más bien en un ciclo con varios procesos que van desde comprobar el calendario de vacunación, historial de vacunas previas, alergias, preparación del biológico, preparación de la piel, técnica de administración, desecho correcto de los residuos, prevención de eventos adversos, educación al usuario, registro en el sistema nacional (Cabello & Garrido, 2020).

**México:** La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, del 5 de febrero de 1917, en su artículo 4, establece el derecho a la salud como una garantía individual: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud “.

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

En el artículo 1 de la Ley General de Salud se establecen “las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.” Seguidamente, el artículo 5 de la misma Ley General de Salud (2021) expresa que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de

calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.”

El gobierno de México, para comenzar a apoyar la seguridad del paciente, crea el programa sectorial de salud 2007- 2012 el cual incluye en sus objetivos “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, y “brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.” (Rodríguez, 2007)

La Secretaria de Salud en pro de prevenir todo daño que se pueda causar a un paciente en momento de su atención pública, crea el Plan Sectorial de Salud 2007- 2012, en el cual se expresa que: Para lograr un México saludable se requiere implementar estrategias anticipatorias que fortalezcan y amplíen la lucha contra riesgos sanitarios, en la Sección 3 en donde se refiere a prestar servicios con calidad y seguridad, donde se plantean varias metas y una de ellas es “Implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público. (Arias,2019).

Dentro de las estrategias con las cuales México busca alcanzar las metas propuestas están:

Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios, situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud, fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos, entre otras”. (Milos & Paulina, & Larraín & Ana, 2015)

Con el fin de contextualizar en mayor medida el concepto de seguridad del paciente en México, se crea el instructivo 327 de 2011, el cual explica las diez estrategias que se deben tener en cuenta para garantizar la seguridad del paciente; direccionadas a: fomentar la cultura de Seguridad del paciente, hacer corresponsable al paciente de su seguridad en proceso de atención, promover la atención basada en evidencias, identificar correctamente a los pacientes, contribuir al uso racional y seguridad de los medicamentos, favorecer los cuidados seguros, prevenir y reducir la infección asociada a la atención, mejorar la seguridad de la cirugía, propiciar la comunicación efectiva con los pacientes y entre los profesionales de la salud y, promover la seguridad del equipo de salud. (Milos & Paulina, & Larraín & Ana ,2015)

México implementó el sistema de notificación que es una estrategia para analizar la frecuencia de eventos adversos estudios epidemiológicos o a los sistemas de información de infecciones nosocomiales o reacciones adversas a medicamentos tradicionalmente utilizados, El objetivo de este documento es el intercambio y la difusión de estas experiencias, que permitirán a otros países de la Región conocer las ventajas y dificultades, y cómo deben implantarse los Sistemas de notificación, en caso de hacerlo.

Además, promovió la utilización de filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo y la administración total de la calidad en los sistemas y servicios de salud. Se ha convertido en la impulsora de políticas para el desarrollo de medidas para la prevención de incidentes, para que los Sistemas de Salud de los países miembros de la OMS adopten políticas y programas sectoriales de salud con un marco regulador para la calidad de atención y seguridad del paciente.

México además replicó la experiencia regional y debido a ello se analizaron los Sistemas de Notificación existentes a nivel de América Latina y se decidió realizar un Taller Regional a mediados de 2010 (México DF del 10 y 11 de agosto de 2010), con la asistencia de responsables de programas nacionales o asesores de calidad y seguridad del paciente de países seleccionados por contar con algún sistema de notificación o reporte, el conocimiento y divulgación de estos sistemas ayudó al resto de los países de América Latina a conocer cuál es el estado de la salud, su desarrollo y la posibilidad de valorar la adaptación de alguno de ellos.

Otra experiencia que fue exitosa en México fue la implementación o creación de grupos multidisciplinarios de salud para articular y coordinar los programas y actividades para la prevención de eventos adversos, este comité fue denominado Comité de Calidad o comité de la Seguridad del paciente, estos comités se crearon con el fin de promover una cobertura hospitalaria encaminada en la seguridad del paciente, mediante la planificación, desarrollo, control y evaluación de los procesos asistenciales. (De Bortoli, 2011)

Por otro lado, el Proyecto IBEAS fue el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Entre los resultados relacionados con la cultura de

seguridad del paciente se resalta la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los sucesos adversos y el clima de la seguridad del paciente. Estos resultados sugieren que en las instituciones se trabaje por la reflexión interpersonal acerca de la calidad de los servicios asistenciales, así como el establecimiento de redes de trabajo que permitan el intercambio de experiencias y trabajos posteriores. (Gómez,2011).

Gómez & Cols (2012) llaman la atención de considerar la cultura de seguridad como un fenómeno complejo, que en el ejercicio profesional cotidiano no es fácil de operacionalizar, que debe estudiarse continuamente, dentro de las organizaciones y sistemas de salud a escala mundial; así mismo, destacan la existencia de siete subculturas de comportamiento profesional que aportan al entendimiento de la cultura de seguridad del paciente: liderazgo, trabajo en equipo, práctica basada en evidencia, comunicación, actitud de aprendizaje, justicia y práctica centrada en el paciente.

Fernando Teles de Arruda, coordinador del campus Bela Vista de la Universidad de Municipal de São Caetano do Sul (USCS) en Brasil, en el artículo: “Seguridad del paciente: cómo prevenir errores y eventos adversos en el hospital”, menciona que: Pensar en formas de minimizar la ocurrencia de errores y eventos adversos es un deber que está dentro de la gestión hospitalaria y hace cinco recomendaciones para reducir la probabilidad de un evento adverso en los distintos escenarios que hacen parte de la atención en salud:

Conocer las guías y protocolos de la institución de tal manera que se pueda seguir el conducto que allí se estipula, organizando rutinas de trabajo, estableciendo etapas y delegar tareas en cada proceso que intervenga en la seguridad del paciente. Además, es necesario programar revisiones periódicas para identificar problemas y puntos de mejora.

Identificación del paciente y el procedimiento requerido; en caso de requerir medicamentos, el personal tratante debe recordar el paso a paso para una correcta aplicación: Medicamento correcto, revisar la etiqueta del medicamento y confrontar con la fórmula, verificar paciente correcto, dosis correcta, Vía de administración, hora correcta de suministro, confirmar la frecuencia con la que el paciente debe tomar el medicamento, seguimiento al paciente y a los efectos secundarios del medicamento, registrar dosis, dilución, hora y vía de administración, preparar el medicamento, administrar el medicamento, tener responsabilidad de

la administración. Es fundamental y obligatorio dejar registro en la historia clínica de cada actuación que se lleve a cabo con el paciente.

Elaboración de listas quirúrgicas de verificación con el objetivo de mejorar la seguridad de las operaciones y disminuir el número de complicaciones y Eventos adversos.

Implementar un sistema de gestión que permita organizar y centralizar los datos de cada paciente, el cual ayudará a crear escenarios e identificar mejoras durante la atención y tener control de los procesos que se estén adelantando a favor del profesional encargado y sus pacientes.

Programar espacios de capacitación para el personal de la salud para ofrecer la mejor atención en los procesos asistenciales, teniendo como enfoque la seguridad del paciente desde los procesos que llevan a cabo los trabajadores de la salud. (Teles de Arruda,2018)

En el artículo Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas, exponen el siguiente texto tomado de las Naciones Unidas: La reducción de la mortalidad materna es un ejemplo de los avances logrados en relación con el objetivo 5 de las Metas de Desarrollo del Milenio. Esta reducción se observa en países de distinto nivel de desarrollo social y económico como son Bolivia, Chile, Cuba y Honduras. En Bolivia se ha reducido la mortalidad materna en un 41%, de 390 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos a 235.

Chile presenta actualmente la segunda tasa más baja de mortalidad materna de América Latina y el Caribe, de 17 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

Honduras ha logrado notables avances en la reducción de la mortalidad materna, la que disminuyó un 38%, es decir de 182 a 108 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

En el caso de Cuba la situación ha sido similar potenciada por una política de salud que cuenta con el apoyo permanente de las autoridades políticas. El constante mejoramiento de la

cobertura y la calidad y la potenciación de las mujeres son elementos centrales del sistema de salud de Cuba que apuntaron a la reducción de la maternidad materna, en especial, la capacitación individual y el acceso de todas las mujeres a la educación y a los servicios de salud con capacidad resolutive. La experiencia acumulada en todos estos casos demuestra el papel esencial que cumplen las autoridades y la importancia de políticas públicas sostenibles, de largo alcance y de carácter intersectorial, que contribuyan en particular al fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud. (Arbolea, 2016).

Países de América Latina han unificado la regulación en cuanto a acceso y control de medicamentos (Argentina, Honduras, Perú). Con respecto a políticas específicas, cabe destacar las dirigidas a las siguientes áreas: salud materna (Argentina, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay), salud sexual (Argentina, Ecuador), de sangre y trasplantes (Argentina y Brasil), salud del niño y el adolescente (Argentina, Honduras) y prevención (especialmente en el consumo de drogas y alcohol) (Costa Rica, Uruguay, Venezuela). En relación con la medicina comunitaria, interesa señalar que, en países como Argentina, Nicaragua, Panamá, se ha pretendido extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares, permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, y mejorando la comunicación del individuo (y su familia, su saber y su cultura) con la medicina científica (Ministerio de la Salud y Ambiente de Argentina, 2004).

## **Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente que Disminuyen la Incidencia de Eventos Adversos en Colombia**

En Colombia la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos, cobran mayor importancia cada día en las instituciones de salud, sin embargo, en la mayoría de las entidades no se ha logrado un compromiso institucional de orientación, implementación y seguimiento de este tipo de políticas. En consecuencia, ha fallado la cultura del reporte, la capacitación en temas de seguridad del paciente hacia el personal involucrado en su atención, falta apoyo y compromiso del nivel directivo. La política de seguridad del paciente expedido en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. “La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, para estimular a los diferentes actores en el desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción” (Cáceres D, 2015).

Para enfermería la seguridad está estrechamente ligada al cuidado y la calidad del mismo, ya que implica satisfacer las necesidades y cumplir con las expectativas de las personas y sus familias, con la premisa clara de no hacer daño. Al evaluar la calidad y seguridad de la atención, se debe evaluar como indicador los eventos adversos y conocer la esencia de éstos, ya que no siempre son resultado de fallas en los procesos de atención en sus diferentes dimensiones, es decir, no necesariamente derivan de un fallo humano, sino que pueden presentarse por aspectos propios del sistema de salud. Así, hablar de un cuidado seguro implica una práctica profesional basada en evidencia, intencionada, planeada, que proteja y ayude a las personas, creadora de condiciones favorables en el medio ambiente del sujeto de cuidado. Hoy en día la calidad es considerada una política pública, que se traduce en estrategias múltiples de acción en todos los niveles de gobierno y forma parte esencial de la atención a la salud (R. Zárate-Grajales, 2015).

Para brindar una atención segura a los pacientes es necesario que los profesionales de la salud tanto de medicina, enfermería y las demás especialidades identifiquen los eventos adversos (EA), entendidos como una lesión no intencionada, que se presenta en el proceso asistencial,

convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial. Estos eventos se presentan cuando no se aplican estándares de calidad en el cuidado asistencial, es por ello que se describe a continuación las buenas prácticas en seguridad del paciente que disminuyen la incidencia de eventos adversos en Colombia.

Para el análisis retrospectivo de los eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente, refiere (Franco 2015) de Colombia, que lo más utilizado es el protocolo de Londres ya que es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos que ocurren en el país, por lo tanto, la investigación del suceso se puede realizar de manera concienzuda y desarrollando cada una de las causas que llevaron para que se produjera el incidente.

Este tipo de enfoque sistémico permite identificar en cada caso cuáles han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso (del paciente, del sistema de atención, de la cultura organizacional, de la comunicación entre las personas que atendieron al paciente, del trabajo en equipo de todas estas personas, del ambiente, de la tecnología, de los procesos, del individuo, entre otras) y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional. (Franco, 2015).

Además, Franco (2015) considera importante el uso de indicadores para evaluar la efectividad de un programa de mejora continua orientada a la seguridad del paciente, como los siguientes:

- Seguimiento al reporte de eventos adversos.
- Hemorragia postquirúrgica.
- Mortalidad intraoperatoria.
- Infección de sitio operatorio.
- Caída de pacientes: la caída de pacientes sin daño, es un incidente y puede ser una oportunidad para poder entender la falla y desarrollar acciones preventivas y mejorar la calidad de atención. Cuando la caída es seguida de muerte del paciente, se trata de un evento centinela. (Ezequiel & García,2020)

- Cirugía o procedimiento en el lado, órgano y paciente correctos.
- Sepsis asociada a catéter central.
- Mortalidad en diagnóstico de baja complejidad.
- Infección urinaria asociada a sonda vesical.
- Evento adverso asociado a la transfusión sanguínea.
- Muerte o discapacidad por evento adverso asociado al uso de medicamentos.
- Muerte materna o perinatal.
- Evento adverso en la atención del binomio madre - hijo

Franco en el Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente, apoyado por el Programa de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud en el 2012, refiere que: El trabajo en equipo de los diferentes profesionales que están al frente de la atención de un paciente, es fundamental; juega un papel muy importante la comunicación entre ellos, la falta de comunicación y trabajo en equipo, es la causa más común observada en la totalidad de eventos adversos analizados. (Franco,2012)

Balaguera & Nieto & Peña & Roza (2018) en el estudio sobre buenas prácticas en la atención en salud en Colombia expresaron: Promover la participación activa de los pacientes/cuidadores en aspectos relacionados con la seguridad del paciente en sus contactos con el sistema de salud, y que requiere formación, desarrollar acciones como comités mixtos de pacientes y profesionales, concejo de pacientes, entre otros, para estimular su participación, permitir la presencia de un acompañante del paciente siempre que sea necesario, especialmente en el caso de pacientes pediátricos o en aquellos con deterioro cognitivo o adultos mayores, para asegurar el correcto procedimiento en la obtención del consentimiento informado de los pacientes sobre todo en procedimientos invasivos, proporcionar información a los pacientes sobre seguridad asistencial, de manera transparente y desarrollar en los profesionales técnicas de comunicación asertiva con los pacientes.(Diaz,2016)

El estudio realizado en un hospital de tercer nivel de Medellín Antioquia, denominado Implementación de la estrategia “Atención Limpia es Atención Segura” demuestra que es la medida más costo-efectiva y sencilla para prevenir las Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), lo cual implica una actitud de solidaridad y responsabilidad con el paciente y un hábito que requiere práctica. A pesar de ser una medida fácil de realizar, el cumplimiento por parte de los trabajadores de la salud es bajo y depende de varios factores como su nivel de conocimiento, las campañas de promoción, la carga laboral, la disponibilidad de productos y los estímulos entre otros. (Restrepo, 2014).

Otro ejemplo de experiencia exitosa se presenta en la Ciudad de Bogotá, en el Instituto de Cancerología E.S.E, dos factores que influyeron para mejorar la calidad de la comunicación: El primero es atender la complejidad de las patologías de los pacientes y los múltiples proveedores de servicios, es por ello que el Instituto implementó programas y prácticas que sirven como ejemplo a seguir, esta educación se realiza mes por mes, con un cronograma que se entrega en las diferentes salas del hospital y se publica en cartelera (Pinzón & Quiñonez & Carvajal, 2018).

Hay dos modalidades de educación: la grupal y la personalizada para pacientes que lo requieran, esta educación parte desde las preocupaciones del paciente y desde allí parte el trabajo a desarrollar, la mayoría de pacientes niegan lo que tienen, se aclaran mitos y creencias que ellos tienen y se inicia con la educación, la importancia de este programa es siempre hablar con la verdad al paciente y su familia. A través de esta educación han logrado mejorar la adherencia del paciente al tratamiento y satisfacción al usuario (Pinzón & Quiñonez & Carvajal, 2018).

El Hospital Universitario Departamental de Nariño, Colombia, es una Institución Pública la cual fue seleccionada en el proyecto de la cultura de seguridad del paciente, con ayuda de expertos realizaron intervención en las técnicas de comunicación que se implementaron en los diferentes servicios de la organización, uno de ellos fue: Medición Integral de Riesgos Quirúrgicos (MIRQ) en el servicio de Cirugía, donde se implementaron las pausas Quirúrgicas, tanto al inicio, durante el proceso y al finalizar los procesos Quirúrgicos todo encaminado a favorecer la seguridad del paciente, con compromiso de los médicos anestesiólogos, médicos especialistas y todo el personal de la Institución.

Adicional se aplicó la técnica prifi en los procesos de Gineco-obstetricia y Unidad de cuidados Intensivos neonatal, y Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, a partir de esta técnica todo el personal aprendió la importancia de realizar el chequeo y la revisión inicial en cada cambio de turno.

Igualmente implementaron técnicas de comunicación como la técnica saber y la técnica traspaso que ha permitido realizar la entrega de pacientes de la unidad de recuperación hasta la UCI, han permitido identificar aspectos clínicos que se deben revisar para identificar previamente para evitar un evento adverso o un incidente. Lo anterior se demostró mediante los resultados que sorprendieron ya que se evidenció aumento en los indicadores de técnicas de comunicación, aumentó el compromiso que tiene el personal frente a las técnicas de la comunicación, aumentó el reporte de eventos adversos, es decir hubo mayor sensibilidad frente a la seguridad del paciente y frente a la importancia que este tiene durante en proceso de admisión

Es así como la Institución ha ido evolucionando en calidad y seguridad del paciente y fue galardonada a nivel y a nivel Latinoamericano con un reconocimiento del premio a la excelencia de Higiene de manos el cual fue entregado el día 7 de noviembre en la ciudad de Portobello, Brasil.

En Colombia el estudio IBEAS es pionero y permite aproximarse a una realidad objetiva del cuidado, en el marco de la seguridad del paciente, y no debe dejarse pasar en el cuidado de enfermería, además es vital para los profesionales y especialistas, pues su formación debe encaminarse en mejores prácticas, resultados y condiciones en la atención de los pacientes. (Suarez & De Arco,2018)

Yépez & Ricaurte & Jurado en su artículo Calidad Percibida de la Atención en Salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia describe: Frente a la calidad en la atención, el Estado colombiano ha establecido diferentes disposiciones normativas para la prestación de los servicios de salud, entre ellas: la reforma de la salud a través de la Ley 100 de 1993 que reconoció la calidad como un aspecto fundamental en la atención; el Decreto 1011 de 2006 por el cual se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema

General de Seguridad Social en Salud, que está constituido por el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad; la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que en su Artículo 6 señala que la calidad e idoneidad profesional son elementos esenciales para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud, reconociendo la importancia de centrar los establecimientos, los servicios y las tecnologías en el usuario, a través del fortalecimiento de la formación del personal asistencial, la investigación científica y generación de procesos de evaluación de la calidad, y la Resolución 256 de 2016 que establece disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad y define los indicadores para monitorear la calidad en salud (Yépez & Ricaurte & Jurado ,2018).

En el artículo Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud ( 2017) Mencionan: Teniendo en cuenta la realidad del cuidado, en las instituciones de Colombia se trabaja de manera proactiva y predictiva en la prevención y detección de fallas que se presentan en el día a día, para lograr procesos de atención seguros y por ende de calidad. Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer un castigo. (Martínez& Agudelo &Areiza & Giraldo, 2017)

Este ambiente organizacional, denominado cultura de seguridad, es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua, en la percepción compartida de la importancia de la seguridad, en la confianza de la eficacia de las medidas preventivas, en el enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido, y, que lleve a la existencia de un plan de capacitación y recursos (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2012).

Villarreal (2007) en su artículo “Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad”, expone la propuesta elaborada por los expertos en la temática de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (UCDE) la cual formula 21

indicadores para la vigilancia, control y evaluación de los sistemas de salud, y a la que Colombia se adhirió por ser miembro de esta organización, estos son:

- Infecciones nosocomiales: - Neumonías por uso del respirador - Herida quirúrgica infectada - Infecciones atribuibles a las intervenciones del equipo de salud - Úlceras por presión
- Eventos centinelas: - Reacciones por transfusión - Transfusión por tipo de sangre equivocado - Error del sitio quirúrgico - Cuerpos extraños olvidados en pacientes durante procedimientos quirúrgicos - Fallas relacionadas con el personal de salud - Errores de medicación
- Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas: - Complicaciones por anestesia - Sepsis postquirúrgica - Embolia pulmonar o trombosis venosa profunda - Dificultades técnicas con los procedimientos quirúrgicos
- Complicaciones obstétricas: - Lesiones o traumatismo al momento del nacimiento del neonatos - Trauma obstétrico en partos vaginales - Trauma obstétrico en partos por cesárea - Mortalidad materna
- Otros eventos adversos: - Caídas de los pacientes - Fracturas de cadera

Para lograr estas acciones las instituciones de salud de Colombia aplican estrategias como:

- Apertura para aprender de los errores, con el establecimiento de un sistema completo y oportuno de notificación de los eventos adversos, que facilite el análisis y la reflexión, para la toma de decisiones, que redunde en la prevención de la ocurrencia de los mismos.
- Capacidad para anticiparse a los errores y explorar las debilidades que dan lugar a eventos adversos:
  - Análisis de la capacidad instalada y la cultura organizacional requerida.
  - Estudios sobre sistemas de registro.

- Epidemiología de los eventos adversos, tipo y tasa de errores por servicio.
- Mejoramiento del sistema de prestación de atención sanitaria, para reconfigurar estructuras, reajustar incentivos. (Villarreal, 2007)

### **Factores de Mayor Impacto que Favorecen la Prevención de Eventos Adversos y que Apoyan la Mitigación y Prevención de éstos en Países de América Latina y Colombia**

Con el esfuerzo de todas las instituciones colombianas, muy especialmente del Ministerio, en la región, Colombia es el país que más ha avanzado en entregar una atención más segura a sus pacientes, y lo seguirá siendo a través del gran compromiso que en el tema se ha desarrollado en el país. La tecnología biomédica y los programas de Tecno vigilancia están dando un gran aporte a la seguridad a través del desarrollo de tecnologías más seguras y programas de gestión del adecuado funcionamiento de los dispositivos médicos. Sin embargo, aún falta mucho por construir y no puede ser de otra manera debido a que, a pesar de tanto esfuerzo, aún persisten muchos eventos adversos en las instituciones, sin contar el gran sub-registro que existe. Colombia tiene un futuro por construir en cuanto a la seguridad de los pacientes en los procesos asistenciales, aunque aún se encuentran pacientes expuestos a riesgos innecesarios durante la atención, procedimientos con resultados catastróficos para los pacientes y eventos centinelas en los cuales los factores contribuyentes están claramente identificados y pudieron prevenirse (Franco & Mejía, 2010)

Al realizar la comparación entre Colombia y países de América latina sobre los factores contributivos de mayor impacto para prevenir eventos adversos, se ha evidenciado que los EA más comunes son los relacionados con procedimientos y la prevalencia de éstos es menor en Chile respecto a Colombia y México; la falencia mayor en los otros países es que no tienen un sistema de información de eventos adversos eficiente ya que diferentes estudios demuestran en sus encuestas que el personal de salud no reporta por considerar este hecho aún punitivo y no como una oportunidad de mejora. (Saldaña & Rodríguez & Cavallo & Zarate & Grajales & Vargas & Ruby, & de las Salas, 2016).

Por parte del gobierno colombiano, la gran fortaleza en implementación de programas de seguridad del paciente es todo el soporte gubernamental que desde la oficina de calidad se le ha dado a la Seguridad del Paciente generando una política nacional y una normatividad existente. La gran debilidad es que el gran avance hecho por el sector salud en materia clínica sobre la conceptualización de la Seguridad del Paciente en su carácter educativo y no punitivo, no se ha acompañado de un desarrollo importante en materia jurídica que despenalice el EA y quite el miedo de los escenarios clínicos. Algunas instituciones privadas llevan la delantera, gracias al despliegue que desde el ministerio se la ha dado en los últimos años al tema. Pero existen instituciones públicas que recién están iniciando la construcción de sus programas y el desarrollo de cultura; estas demoras son debidas a factores socioculturales y limitaciones presupuestales necesarias para la implementación de los programas. (Franco & Mejía, 2010)

Franco & Mejía (2010) Manifiestan que con el impulso de la política por parte del ministerio de la protección social, del fortalecimiento del tema de Seguridad del Paciente en el proceso de acreditación del ICONTEC y de las iniciativas de entidades como la ACHC con su galardón nacional Hospital Seguro el cual fue concebido como un reconocimiento periódico a las IPS que se destaquen por sus logros en el mejoramiento de la seguridad en cualquier actividad desarrollada y de algunas secretarías de salud como la de Medellín con su premio a la calidad de la gestión en salud "Seguridad del Paciente" donde evalúan estándares en cuatro puntos: 1) fundamentos estructurales para la seguridad, 2) liderazgo, alineación y cultura de la seguridad, 3) gestión de la Seguridad del Paciente, y 4) gestión de la Seguridad para el Cliente Interno; se va alcanzando cada vez mejores niveles de cultura de seguridad en las organizaciones y se hacen partícipes a los pacientes de temas tan importantes como la seguridad en la atención al momento de elegir un hospital para ser atendido.

Las IPS acreditadas en Colombia han avanzado y tienen un sistema de reporte y una metodología de análisis definidos, cada uno dentro de su cultura. Pero aún falta mucho por hacer para detectar la realidad de lo que sucede en los servicios porque aún se presenta mucho sub-registro. Los niveles de "cultura de seguridad" del paciente han permitido estabilizar los procesos de búsqueda y detección de evento adversos y evolucionar hacia gestión integral del riesgo. (Franco & Mejía, 2010)

Cuando se analiza las alternativas que los diferentes países han utilizado, se observa que hay una gran evolución en la aplicación de los estándares y criterios para la implementación de 10 prácticas seguras comunes en el Programa de Seguridad del Paciente, este contiene aspectos muy importantes que permiten generar cambios en la cultura organizacional y evitar comportamientos que lleven a la generación de eventos adversos, este programa es similar entre Colombia, México y Chile aunque hay diferencias en las estrategias de implementación. En Colombia muchas de estas acciones no están incluidas en la implementación de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente y su aplicación puede contribuir a mejorar la cultura de seguridad del paciente y disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela.

En América latina, Chile se destaca por ser el país que cuenta con un sistema de salud con una de las mejores asistencias sanitarias en las economías emergentes, a pesar de contar con recursos limitados para realizarlo. Los indicadores de expectativa de vida, morbilidad materna e infantil entre otros son los que dan fe de esto, todo gracias a que a medida que ha pasado el tiempo han incorporado el concepto de calidad en la atención; este logro se ha dado pues estableció una Ley que obliga a las instituciones a acreditarse, lo cual ha sido una iniciativa pionera en Latinoamérica en el ámbito de la seguridad y calidad en salud. Al contrario del caso de Chile, el sistema de salud venezolano fue motivo de orgullo para su gobierno, pero en este momento con su crisis actual, éste ha entrado en una situación que genera daño a la sociedad de dicho país ya que se encuentran multitudes de pacientes que no han podido recibir sus tratamientos médicos esenciales para su vida y otros miles están a la espera de realización de procedimientos quirúrgicos que no se han realizado por falta de recursos e insumos para sus intervenciones. (Krivoy, 2008)

Chile tiene la mejor posición en América Latina en cuanto a disminución de eventos adversos e implementación de estrategias que lo han llevado a la mejora continua, en cuanto a la norma se aprobaron protocolos que rigen la seguridad del paciente y la calidad de la atención con el fin de ser aplicados por los prestadores institucionales públicos y privados, incluyendo el reporte de eventos adversos y eventos centinela, la aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía, análisis de repeticiones quirúrgicas no programadas, programas de prevención de enfermedades, entre otras estrategias que se consideraron necesarias para salvaguardar el derecho constitucional a la salud. (Rodríguez, 2007)

En el 2012, aprobó los protocolos y normas sobre seguridad de paciente y calidad de la atención en salud y dispuso que todo prestador público o privado debía cumplir con la implementación, seguimiento y monitorización de protocolos y normas de seguridad de la atención definidos por el ministerio, así como la medición y reporte de indicadores para conocer el estado de la seguridad del paciente en el país, de la misma forma el gobierno de México, apoya la seguridad del paciente, crea el programa sectorial de salud 2007- 2012 el cual incluye en sus objetivos “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, y “brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.” (Rodríguez,2007)

Para disminuir los eventos adversos, se evidencia que Chile puso en marcha una nueva reforma de salud que incluyó la garantía de calidad para los pacientes, materializada en políticas públicas y programas de seguridad del paciente, reguló los derechos y deberes que tienen las personas en el marco de la atención de salud, reglamentó la normatividad relacionada con la seguridad del paciente y el sistema de evaluación de calidad, al igual que México crea el programa sectorial de salud 2007- 2012 el cual incluye en sus objetivos “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, y “brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad del paciente”.(Urriola & Infante & Aguilera & Ormeño, 2016)

Sin embargo, en Colombia, en Chile, en México y en la gran mayoría de países latinoamericanos, la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos, aunque es un tema que cada día cobra mayor importancia en las instituciones prestadoras de servicios de salud, aún en la mayoría de dichas instituciones o países no se ha logrado un compromiso institucional de orientación, implementación y seguimiento de este tipo de políticas. En consecuencia, ha fallado la cultura del reporte, la capacitación en temas de seguridad del paciente hacia el personal involucrado en su atención, falta apoyo y compromiso del nivel directivo. (Cáceres D, 2015).

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

Comparando nuestra realidad con la de otros países, se amplía el conocimiento del alcance que debe brindarse a los pacientes, aporta información y ofrece instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura. Otro de los avances logrados en relación con el objetivo 5 de las Metas de Desarrollo del Milenio, (Reducción de la Mortalidad Materna), se puede observar diferencias entre países de distinto nivel de desarrollo social y económico como son Colombia, Bolivia, Chile y Honduras. Entre 1993 y 2013 en Bolivia se ha reducido la mortalidad materna en un 41%, de 390 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos a 235. Chile presenta actualmente la segunda tasa más baja de mortalidad materna de América Latina y el Caribe, de 17 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Honduras ha logrado notables avances en la reducción de la mortalidad materna, la que disminuyó un 38% entre 2000 y 2017, es decir de 182 a 108 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. En el caso de Cuba la situación ha sido similar potenciada por una política de salud que cuenta con el apoyo permanente de las autoridades políticas. El continuo mejoramiento de la cobertura, la calidad y la potenciación de las mujeres son elementos centrales del sistema de salud que apuntaron a la reducción de la maternidad materna, en especial, la capacitación individual y el acceso de todas las mujeres a la educación y a los servicios de salud con capacidad resolutiva.(Blasco & Cruz & Cobas & Cogle & Navarro 2018).

## Conclusiones

En América latina se han descrito diferentes estrategias exitosas para la prevención de eventos adversos que si se aplican en Colombia mejorarían la cultura de seguridad del paciente; desarrollar una cultura de reporte de los eventos adversos y los incidentes es extremadamente difícil, ya que aún en la actualidad existe una tendencia persistente a responder a los errores de manera punitiva por ende es importante pasar de una cultura de la culpa, a una donde no se haga responsable a una persona, que abarque la presentación de reportes y que se guíe por los principios de equidad y justicia

El objetivo principal de cualquier programa de seguridad del paciente, es el de generar la cultura organizacional de la misma, teniendo en cuenta que la atención en salud es desarrollada por seres humanos, siempre ocurrirán fallos y errores; sin embargo, quienes proveen la atención en salud pueden reducir tales acontecimientos y mitigar su impacto a través de la implementación de estrategias o políticas de seguridad.

Al identificar en Colombia las buenas practicas utilizadas en seguridad del paciente se puede reconocer que disminuyo la incidencia de eventos adversos entre los años 2010 a 2020 pues estas cobran mayor importancia cada día en las instituciones de salud, sin embargo, en la mayoría de las entidades no se ha logrado un compromiso institucional de orientación, implementación y seguimiento de este tipo de políticas. En consecuencia, ha fallado la cultura del reporte, la capacitación en temas de seguridad del paciente hacia el personal involucrado en su atención, falta apoyo y compromiso del nivel directivo.

Al realizar la comparación entre países de América Latina y Colombia sobre los factores contributivos de mayor impacto que favorecen la prevención de eventos adversos y que apoyen la mitigación y prevención de estos en el país, se buscó conocer qué sistemas utiliza América Latina para analizar los sucesos que pueden llevar a una atención insegura en un establecimiento de salud, qué acciones realizan para contribuir a reducir el número de incidentes capaces de ocasionar daños a los pacientes, que procesos tienen para generar un aprendizaje desde cada incidente ocurrido, ya sea un evento adverso o un incidente sin daño partiendo desde la experiencia que relacionan en sus diferentes artículos de investigación.

Se hace evidente la necesidad de realizar capacitación permanente del personal de salud ante la aparición de un evento adverso para identificar qué indicadores utilizar con atributos simples, válidos, sensibles, específicos, confiables, útiles, interpretables, que estén disponibles y controlables por los proveedores y brindar una atención segura a los pacientes teniendo en cuenta que los profesionales de la salud tanto de medicina, enfermería y las demás especialidades identifican los eventos adversos (EA), como una lesión no intencionada, que se presenta en el proceso asistencial, convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial.

Todos los programas de seguridad del paciente tienen los mismos objetivos, independiente del país donde se encuentre, aunque cada uno tenga sus propias estrategias y actividades para minimizar los riesgos en atención en salud y reducir la ocurrencia de eventos adversos; teniendo en cuenta la realidad del cuidado, en las instituciones de Colombia se trabaja de manera proactiva y predictiva en la prevención y detección de fallas que se presentan en el día a día, para lograr procesos de atención seguros y por ende de calidad.

Los Eventos Adversos más comunes en Colombia y América Latina son los relacionados con procedimientos y la prevalencia de estos es menor en Chile respecto a Colombia y México; la falencia mayor de los otros países es que no tienen un sistema de información de eventos adversos eficiente ya que diferentes estudios demuestran en sus encuestas que el personal de salud no reporta aún por considerar este hecho aún punitivo y no como una oportunidad de mejora; por ende se hace necesario desarrollar una cultura de seguridad, realizar registros correctamente, la discusión de las circunstancias en que los incidentes ocurrieron, la conducta tomada por los profesionales frente al incidente y de esta manera transformar la realidad en las instituciones de salud.

Para enfermería la seguridad está estrechamente ligada al cuidado y la calidad del mismo, ya que implica satisfacer las necesidades y cumplir con las expectativas de las personas y sus familias, con la premisa clara de no hacer daño; además de restaurar la confianza y la recuperación de paciente, familiares y profesionales, otro propósito de la respuesta a un evento adverso debe ser la mejora de los procesos asistenciales para evitar su repetición, primando su evaluación como errores de sistema, y el aprendizaje y mejora a partir de su análisis.

## Referencias

- Abarca V, Katia. (2007). Vigilancia de eventos adversos a vacunas: Adverse events surveillance. *Revista chilena de infectología*, 24(1), 53-56. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000100008>
- Achury Saldaña, Diana, Rodríguez, Sandra Mónica, Díaz, Juan Carlos, Cavallo, Edhit, Zarate Grajales, Rosa, Vargas Tolosa, Ruby, & de las Salas, Roxana. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global*, 15(42), 324-340. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011&lng=es&tlng=es).
- Acevedo Castellón, Roger, Cortés Barquero, Jorge, Gamboa Arend, Roberto, Ramos Castro, Paula, Rodríguez Muñoz, Byron, Turcios Madrigal, Pamela, & Flores Sandí, Gretchen. (2006). Responsabilidad de la gerencia de salud en la seguridad y atención de los pacientes: el caso del incendio en el Hospital Calderón Guardia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 23(1), 75-90. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152006000100006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152006000100006&lng=en&tlng=es).
- Achury Saldaña, Diana, Rodríguez, Sandra Mónica, Díaz, Juan Carlos, Cavallo, Edhit, Zarate Grajales, Rosa, Vargas Tolosa, Ruby, & de las Salas, Roxana. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Global*, 15(42), 324-340. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011&lng=es&tlng=es).
- Alvarado-Guevara, Ana Teresa, & Flores-Sandí, Gretchen. (2009). Errores médicos. *Acta Médica Costarricense*, 51(1), 16-23. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022009000100004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000100004&lng=en&tlng=es).
- Alvarado, Herly, & Achury Saldaña, Diana. (2016). Prevención de los eventos adversos en las unidades de cuidado intensivo pediátricas. *Revista Salud Uninorte*, 32(1), 144-152. <https://doi.org/10.14482/sun.32.1.8519>

- Alonso P, Luz Marina, & Rojas, Maybelline. (2009). Evento adverso y salud pública. *Revista Salud Uninorte*, 25(1), i-iv.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522009000100001&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522009000100001&lng=en&tlng=es).
- Augusto Ferreira Umpiérrez, Z. F. (2015). Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: La seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. *Enfermgem*, 310.  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/Fnb6LHm8zf3gc3TvGQByrJQ/?format=pdf&lang=es>
- Arias, J. (2017). La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-02-00180.pdf>
- Bagnulo, Homero, Barbato, Marcelo, Godino, Mario, & Basso, Jorge. (2010). Evaluación del riesgo en eventos adversos. *Revista Médica del Uruguay*, 26(1), 55-57  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902010000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902010000100009&lng=es&tlng=es)
- Berazategui, Ruver. (2012). Seguridad del paciente en la práctica médica. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 83(4), 243.  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492012000400001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492012000400001&lng=es&tlng=es).
- Blasco Navarro, Marilin, Cruz Cobas, Margarita, Cogle Duvergel, Yuleiska, & Navarro Tordera, Marisel. (2018). Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *MEDISAN*, 22(7), 578-599.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000700578&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700578&lng=es&tlng=es).
- Camacho-Rodríguez, Doriam Esperanza. (2020). MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(1), 141-153.  
<https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.10>
- Campos Castillo, Carlos, Hurtado López, Luis Mauricio, Basurto Kuba, Erich, & Zadivar Ramírez, Rafael. (2011). Prevención de quejas y demandas al aplicar las metas de seguridad en el paciente quirúrgico. *Cirujano general*, 33(3), 170-174.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992011000300006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300006&lng=es&tlng=es).
- Castañeda-Hidalgo, Hortensia, Garza Hernández, Rosalinda, González Salinas, Juana Fernanda, Pineda Zúñiga, Mercedes, Acevedo Porras, Gloria, & Aguilera Pérez, Angélica. (2013).

PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 77-88.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>

Ceriani Cernadas, José M. (2014). La comunicación en los equipos de atención médica: un desafío esencial para mejorar la seguridad del paciente. *Archivos argentinos de pediatría*, 112(2), 114-115.

<https://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.114>

Delcore, Loredana. (2004). Cultura Organizacional y Reforma del Sector Salud - Condición Necesaria para el Cambio. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 12(1), 35-40.

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592004000100004&lng=en&tlng=es](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592004000100004&lng=en&tlng=es).

Donoso F, Alejandro, & Fuentes R, Iris. (2004). Eventos adversos en UCI. *Revista chilena de pediatría*, 75(3), 233-239.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062004000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Echeverri, Darío. (2018). "Error es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene justificación ". *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(5), 295-296.

<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.10.003>

Estepa del Árbol, Miriam, Moyano Espadero, M.<sup>a</sup> Carmen, Pérez Blancas, Carolina, & Crespo Montero, Rodolfo. (2016). Eficacia de los programas de seguridad del paciente. *Enfermería Nefrológica*, 19(1), 63-75.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842016000100008&lng=es&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008&lng=es&tlng=es).

Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud".

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. *Revista CONAMED*, 66- 72.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80118>

- Fernández Cantón, S. (2015). Los eventos adversos y la seguridad del paciente. CONAMED. [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos\\_adversos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf)
- Figueiredo, Mirela López de, & D'Innocenzo, Maria. (2017). Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 16(47), 605-650. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000300605](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300605)
- Gaitán-Duarte, Hernando, Gómez Sánchez, Pió I, & Eslava-Schmalbach, Javier. (2009). Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 11(5), 745-753. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642009000500007&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000500007&lng=en&tlng=es)
- Garantías y monitorias de calidad de la atención médica. Perspectiva en salud pública. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/mis-10347?lang=es>
- González P, Rogelio. (2010). SALUD MATERNO-INFANTIL EN LAS AMÉRICAS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(6), 411-421. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000600011>
- Krivoy, Saúl. (2008). La problemática de la salud en Venezuela. *Gaceta Médica de Caracas*, 116(2), 91-92. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622008000200001&lng=es&tlng=e](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000200001&lng=es&tlng=e)
- Macedo, Sonia Maria Kalckmann de, Almeida Barboza, Ana Raquel Campos de, Borges, Fabieli, Crozeta Figueiredo, Karla, Peres, Aida Maris, & Assis, Fernanda. (2019). Cultura de seguridad del paciente: evaluación de los enfermeros en la atención primaria a la salud. *Enfermería Global*, 18(56), 365-397. Epub 23 de diciembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.352261>
- Martínez Reyes, Cielo Rebeca, Agudelo Durango, Jennifer, Areiza Correa, Sandra Milena, & Giraldo Palacio, Diana Marcela. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17(33), 277-291. <https://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/ccsh/article/view/v17n33a17>
- Milos H., Paulina, & Larraín S., Ana I. (2015). La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan*, 15(1), 141-153. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972015000100013&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972015000100013&script=sci_abstract&tlng=es)

- Montes de Oca, Acianela, & Rizk, Marlene. (2014). La comunicación para la salud y el desafío del enfoque ecosistémico. *Comunidad y Salud*, 12(2, Supl. Supl), 28-35.  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932014000300006&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000300006&lng=es&tlng=es).
- Molina Astúa, Milena, Quesada Mena, Luis Diego, Ulate Gómez, Daniel, & Vargas Abarca, Sindy. (2004). La calidad en la atención médica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 21(1), 109-117.  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152004000100007&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100007&lng=en&tlng=es).
- Muiño Míguez, A., Jiménez Muñoz, A. B., Pinilla Llorente, B., Durán García, M. E., Cabrera Aguilar, F. J., & Rodríguez Pérez, M. P.. (2007). Seguridad del paciente. *Anales de Medicina Interna*, 24(12), 602-606.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007001200010&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200010&lng=es&tlng=es).
- Palencia F. Reflexión crítica sobre el abordaje actual del evento adverso en Colombia.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672014000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672014000100008)
- Parra, D.I., Camargo-Figuera, F.A., & Rey Gómez, R.. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global*, 11(28), 159-169.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010&lng=es&tlng=es).
- Ramírez-Martínez, M.E., & González Pedraza-Avilés, A.. (2017). Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería universitaria*, 14(2), 111-117.  
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006>
- Ramos, F., Coca, S.M., & Abeldaño, R.A.. (2017). Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería universitaria*, 14(1), 47-53.  
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.004>
- Schwonke, Camila Rose Guadalupe Barcelos, Filho, Wilson Danilo Lunardi, Lunardi, Guilherme Lerch, da Silveira, Rosemary Silva, Rodrigues, Maria Cristina Soares, & Guerreiro, Márcio Osório. (2016). Cultura de seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. *Enfermería Global*, 15(41), 208-219.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000100012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100012&lng=es&tlng=es).

Urriola, Carlos, Infante, Antonio, Aguilera, Ismael, & Ormeño, Héctor. (2016). La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Pública de México*, 58(5), 514-521.  
<https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8240>

Valderrama Sanabria, Mery Luz. (2014). EXPERIENCIAS EXITOSAS DE LIDERAZGO EN ENFERMERÍA. *Revista Cuidarte*, 5(2), 765-773.  
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.89>

VILLCA, Sadith. (2018). Simulación clínica y seguridad de los pacientes en la educación médica. *Clinical simulation and patients security in medical education. Revista Ciencia, Tecnología e Innovación*, 16(18), 75-88.  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2225-87872018000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-87872018000200007&lng=es&tlng=es).

Villarreal Cantillo, Elizabeth (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud Uninorte*, 23(1), 112-119  
<https://www.redalyc.org/pdf/817/81723111.pdf>