

**ANÁLISIS COYUNTURAL DEL ESTADO DE LA SEGURIDAD DEL  
PACIENTE EN COLOMBIA DESDE EL SURGIMIENTO DEL DECRETO 1011  
DEL 2006.**

**ANA MARÍA GÓMEZ DUQUE**

**MABEL BOLAÑOS PEÑA**

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

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE POSGRADOS**

**BOGOTA D.C.**

**2020**

## **DEDICATORIA**

A nuestra tutora y docente que ha sido un apoyo incondicional durante todo el proceso y a nuestras familias que han sido nuestra principal motivación para obtener este título.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>DEDICATORIA</b> .....	2
<b>RESUMEN</b> .....	6
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	9
<b>OBJETIVOS</b> .....	16
<b>Objetivo general</b> .....	16
<b>Objetivos específicos</b> .....	16
<b>METODOLOGÍA</b> .....	17
<b>CAPÍTULO I</b> .....	18
<b>Antecedentes reglamentarios de la Seguridad del Paciente.</b> .....	18
<b>Surgimiento de La seguridad del paciente en Colombia como disciplina.</b> .....	20
<b>CAPÍTULO II</b> .....	27
<b>Comportamiento de los eventos adversos en Colombia tomando como referencia los indicadores de la Resolución 256 de 2016.</b> .....	27
<b>CAPÍTULO III</b> .....	42
<b>La cultura de seguridad del paciente como estrategia para la reducción de las fallas en la atención sanitaria.</b> .....	42
<b>CONCLUSIONES</b> .....	48
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	50

## **TABLA DE GRAFICO**

<b>GRÁFICO 1. TASA DE INCIDENCIA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU) ASOCIADA A CATÉTER, 2016-2017. ....</b>	<b>29</b>
<b>GRÁFICO 2. TASA DE INCIDENCIA INFECCIÓN DEL TORRENTE ASOCIADA A CATÉTER. 2016-2017.....</b>	<b>30</b>
<b>GRÁFICO 3. TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR. 2016 -2017.</b>	<b>31</b>
<b>GRÁFICO 4. TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN. 2018 - 2020.....</b>	<b>32</b>
<b>GRÁFICO 5. TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES DE URGENCIAS. 2017.....</b>	<b>33</b>
<b>GRÁFICO 6. TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA. 2017 – 2020.....</b>	<b>34</b>
<b>GRÁFICO 7. TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES DE SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA. 2017 - 2020 .....</b>	<b>35</b>
<b>GRÁFICO 8. PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN. 2017 - 2020.....</b>	<b>36</b>
<b>GRÁFICO 9. PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS. 2017 - 2020.....</b>	<b>37</b>

<b>GRÁFICO 10. TASA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. 2017 - 2020. ....</b>	<b>38</b>
<b>GRÁFICO 11. PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS. 2017 - 2020. .</b>	<b>39</b>
<b>GRÁFICO 12. PROPORCIÓN DE REINGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS. 2017 - 2019.....</b>	<b>40</b>
<b>GRÁFICO 13. TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MENORES DE 15 DÍAS. 2017 – 2019.....</b>	<b>41</b>

## RESUMEN

**Introducción:** El presente documento pretende determinar la situación de la seguridad del paciente en Colombia, esta se fortaleció y se organizó con la resolución 1011 del 2006 y los lineamientos para la implementación de la política de la seguridad del paciente. Asimismo, se realizó un análisis del observatorio nacional de la calidad en salud con los datos recopilados a nivel nacional en relación con el dominio de seguridad, para finalizar se resaltó la importancia de la seguridad del paciente como estrategia. **Objetivo general:** Determinar la situación de la seguridad del paciente en Colombia desde la implementación hasta la actualidad. **Metodología:** Esta investigación es de enfoque cualitativo de tipo retrospectivo y descriptivo a partir del análisis de políticas y situación de seguridad del paciente en Colombia. **Resultados:** Análisis bibliográfico de la seguridad del paciente respecto a sus lineamientos técnicos y normativos de la seguridad del paciente en Colombia, el comportamiento de los eventos adversos en Colombia tomando como referencia los indicadores de la Resolución 256 de 2016 y la cultura de seguridad del paciente como estrategia para la reducción de las fallas en la atención en salud.

**Conclusión:** A pesar de contar con normatividad estructurada, se percibe la carencia de estudios de investigación que documenten la utilidad de dichas políticas en relación con la disminución de eventos adversos tanto a nivel nacional. Sin embargo, cabe resaltar que durante la revisión de las estadísticas contenidas en el observatorio nacional de la calidad en salud se aprecia una disminución en la ocurrencia de los eventos adversos hacia la actualidad. A pesar de lo anterior, a causa de la carencia de estudios de investigación al interior de las empresas prestadoras de servicios de salud se desconoce si dicha disminución obedece a la aplicación de estrategias como cultura de seguridad del paciente u otras medidas. **Palabras claves:** Seguridad del Paciente, Evento Adverso, calidad de la atención en salud, Colombia.

**Introduction:** This document aims to determine patient safety in Colombia, this was strengthened and organized with resolution 1011 of 2006 and the guidelines for the implementation of the patient safety policy. Likewise, an analysis of the national observatory of quality in health was carried out with the data collected at the national level in relation to the safety domain, to conclude the importance of patient safety as a strategy was highlighted. **Objective:** Determine the situation of patient safety in Colombia from the implementation to the present. **Methodology:** This research has a qualitative, retrospective and descriptive approach based on the analysis of policies and the patient safety situation in Colombia. **Results:** Bibliographic analysis of patient safety with respect to its technical and regulatory guidelines for patient safety in Colombia, the behavior of adverse events in Colombia, taking as a reference the indicators of Resolution 256 of 2016 and the culture of patient safety as a strategy to reduce health care failures. **Conclusion:** Despite having structured regulations, there is a lack of research studies that document the usefulness of these policies in relation to the reduction of adverse events both at the national level.

However, it should be noted that during the review of the statistics contained in the national observatory of health quality, a decrease in the occurrence of adverse events to date is observed. Despite the foregoing, due to the lack of research studies within health service providers, it is unknown whether said decrease is due to the application of strategies such as a culture of patient safety or other measures. **Keywords:** Patient Safety, Adverse Event, quality of health care, Colombia.

## **INTRODUCCIÓN**

Esta monografía pretende establecer un análisis explicativo y facilitar la comprensión acerca de la situación de la Seguridad del Paciente en Colombia. Inicia con un abordaje cronológico sobre los hitos históricos desde los acontecimientos Internacionales más relevantes hasta los hechos nacionales, normativos que contribuyen a su instauración en Colombia. Adicionalmente se describe el comportamiento de los eventos adversos con mayor ocurrencia a nivel nacional y que a su vez son indicadores de calidad y seguridad de la atención en Salud extrapolable a nivel global.

Durante el desarrollo de este documento se dispusieron como Objetivo Específicos: Identificar los lineamientos técnicos y normativos de la seguridad del paciente en Colombia, Describir el comportamiento de los eventos adversos en Colombia tomando como referencia los indicadores de la Resolución 256 de 2016, Enunciar la cultura de seguridad del paciente como estrategia para la reducción de las fallas en la atención en salud.

Se espera que el presente documento sea de utilidad para el lector en su aproximación a la situación actual de la Seguridad del paciente en Colombia y a su vez mediante su conocimiento actual esta sea una base para la realización de programas y estrategias que potencien el desarrollo y la mejora de la misma.



## **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La seguridad del paciente es reconocida como un principio esencial en el cuidado de la salud, se ha convertido en un gran desafío y una prioridad para el sistema y las instituciones de salud debido a la cantidad de incidentes desfavorables que se reportan diariamente. Secundario a esto, se han establecido múltiples políticas a nivel Mundial con el objetivo de reducir los fallos presentados durante las intervenciones de tipo sanitario y así garantizar prácticas seguras y de calidad.

Se cuenta con un buen soporte bibliográfico que evidencia que miles de personas mueren o sufren complicaciones serias en el mundo cada día como consecuencia de las fallas en el cuidado de la salud; vale la pena mencionar el estudio “Errar es humano” realizado en los Estados Unidos de América en el que se concluye que:

En los centros médicos de Estados Unidos de América, el número de personas que mueren se encuentra entre 44 000 a 98000 anualmente, secundario a errores cometidos en durante la atención sanitaria, de las cuales 7000 corresponden directamente a fallas en el suministro de fármacos. Este hecho posiciona la muerte relacionada a prácticas sanitarias entre las primeras causas de mortalidad, aún por encima de los accidentes automovilísticos 43.458, de neoplasias mamarias 42.297° o por Síndrome de inmunodeficiencia adquirida 16,516. (Kohn LT, 2000, p. 1)

Ciertamente, los fallos en la atención sanitaria que condicionan el estado de salud de un individuo implican no solo un porcentaje elevado en gastos monetarios para el modelo de atención en salud sino también una pérdida en la capacidad productiva del individuo y un detrimento en el bienestar familiar. En el libro Errar es humano se calcularon “los costos

nacionales totales secundarios a daños derivados en la atención en salud, siendo estos entre 17 y 29 billones de dólares, los cuales significan una gran parte de los gastos de atención en salud.” (Kohn LT, 2000, p. 2)

Un estudio realizado en Colombia sobre los egresos totales e impacto sobre la mortalidad y morbilidad hospitalaria en una institución de tercer nivel de Bogotá, revela:

Los gastos verticales totales relacionados a sucesos desfavorables al uso de medicamentos que encuentran entre \$ 83'886.413 y \$ 93'722.519 pesos, entre los cuales se encuentra el 40% pertenecen a situaciones prevenibles, \$ 37'754.855 (US\$ 18.739).

(Pinzón, Maldonado, Díaz, & Segura, 2011, p. 312)

La Guía de Seguridad del paciente y la atención segura del Ministerio de protección social de 2010, postula que durante la atención Hospitalaria los pacientes “reciben nuevos medicamentos prescritos por primera vez o en combinación con la medicación previa, lo que implica posibles interacciones, también puede presentarse errores en la dosificación o duplicación de la misma” (p. 51) Cabe resaltar que se ha documentado que las reacciones adversas corresponden a una de las categorías más importantes en cuanto a complicaciones secundarias a la atención. (Pinzón, Maldonado, Díaz, & Segura, 2011, p. 308)

A pesar de que cada día un gran número de personas recibe una adecuada atención en salud, se ha observado que otro grupo importante de usuarios muere o sufre complicaciones serias debido a fallas durante atención, hecho que se reporta a nivel mundial diariamente. (Promoción de la cultura de seguridad del paciente, 2009, p. 8)

Lo expuesto denota la existencia de prácticas inseguras en relación con el personal sanitario aunado a la carencia de la cultura de seguridad del paciente. Singer et al. y hellings et al. Expresan la premura de realizar intervenciones y actividades que tiendan a fortalecer la seguridad del paciente y se incentive la notificación eficaz de las fallas en la atención en salud. (Ramírez, Gutiérrez, González, Garzón, Mateus y Soto ,2011, p. 98)

En el estudio de Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados realizado en entidades de salud en Colombia se estima que: De julio a diciembre del año 2008, 21,219 personas hospitalizadas en los centros asistenciales de salud del eje Cafetero y Antioquia, se calculó una prevalencia de eventos adversos de 6,8 %, de estos el 33 % de individuos mostró más de un evento adverso en la estancia hospitalaria. (Palacios, Bareño, 2012, p. 22)

Desde el surgimiento del decreto 1011 del 03 de abril del 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el que se establece dentro del artículo 3 numeral 3 la seguridad como: La unión de instrumentos, métodos, técnicas y procesos sustentadas científicamente que corroboren la disminución del riesgo de ocasionar daño durante la atención sanitaria o disminuir sus secuelas. (p.3). Lo antepuesto denota que dicha disposición es un hito histórico que es el soporte para la generación de la seguridad del paciente en Colombia.

Adicional a la creación de políticas de la Seguridad del paciente se ha observado la necesidad de desarrollar estrategias que promuevan e incentiven el progreso y la adherencia de estas. Asimismo, se resalta la importancia de la seguridad del paciente, como el medio

para lograr entre el personal de la salud y dentro de la organización unos valores definidos, con el objetivo de desarrollar estrategias que garanticen prácticas seguras y conductas que eviten incurrir en daño durante la atención.

Se realizó un estudio donde se implementó capacitación a cerca de la utilización correcta de tecnologías en el campo de la salud y se evidenció que el 90% del personal médico a quienes se les brindó entrenamiento con la estrategia, tuvieron un impacto positivo en la reducción de los fallos en el uso de equipos biomédicos (Arias, Camacho y Osorno, 2016, p. 24)

Se hace imprescindible tener un mayor seguimiento con el objetivo de ampliar la visión en cuanto a la problemática nacional y lograr adquirir una cultura de seguridad del paciente siempre en aras de reducir el riesgo. Por otro lado, se ha observado que hay algunas variables en el personal sanitario que determinan la adherencia a prácticas de seguridad del paciente al sentirse identificado con los valores institucionales, entre ellos: la edad, sexo, profesión, tiempo de vinculación a la empresa y tiempo de horas laboradas (Camacho, 2018)

En consecuencia, se ha observado que instituir capacitaciones continuas en las organizaciones de salud, genera un impacto positivo en el descenso de efectos no deseados e igualmente la disminución en los costos secundarios a errores generados en el cuidado de la salud.

Adicionalmente, se han estudiado otras causas que dificultan la adherencia a la cultura de la seguridad del paciente entre ellas una de las más importantes es el no informar los sucesos desfavorables e incidencias por parte del personal:

En una institución Shekelle en el 2002 evaluó los motivos por los que el personal de salud no reportaba los eventos adversos, encontrando que: Las enfermeras notificaron un mayor número de eventos que los Médicos. De igual forma ellos justificaron que no conocían la importancia de notificar cosas banales y aseguraban que su jornada no era suficientemente larga para dedicar tiempo a esto. Por otro lado, la institución no realizó retroalimentación sobre los eventos reportados así que no lo consideraban importante y por último no estaban de acuerdo con los métodos estadísticos que median la calidad.

Asimismo, crear un pensamiento de notificación que contribuya a la reducción de eventos desfavorables, es un desafío significativo para los Directivas de Programas de Seguridad del paciente (Seguridad del paciente y la atención segura, 2010, p. 57).

Es una realidad que con el paso del tiempo desde los inicios de la medicina y en general las disciplinas del área de la salud han tenido grandes avances en términos de progreso no solo en conocimientos técnico - científicos sino también en cuanto a sus tratamientos ya sean intervenciones de tipo no farmacológico, terapéuticas o quirúrgicas.

Salta a la vista que posterior al progreso logrado un aumento de la sobrevivencia y también de la calidad de vida personal y familiar de cada individuo. No obstante, posterior a esto surge como problema el riesgo inherente a la atención sanitaria; Múltiples estudios a nivel mundial señalan que un número importante de individuos mueren o sufren complicaciones serias debido a fallas relacionadas con la atención en servicios de salud anualmente. Sin embargo, este no es solo un problema sino también una posibilidad para el desarrollo de la Seguridad del paciente y de múltiples estrategias que permiten el logro y desarrollo de la misma.

Así pues, la seguridad del paciente se deja ver como la disciplina que beneficia tanto a usuarios que son atendidos en centros de salud, como a los trabajadores que llevan a cabo dicha atención. Debido a que estas directrices son temas de estudio científico que al ser aplicadas permiten reducir la ocurrencia de complicaciones durante su ejercicio.

Como evidencia de lo anterior, se ha observado que las instituciones de salud han aumentado la implementación de sistemas seguros para prestar servicios con calidad para sus usuarios, a través de sistemas de gestión que incluyen la atención confiable, como uno de los pilares centrales en las organizaciones (Alvarado y Achury, 2016, p. 145)

Se realizó un estudio en el cual el objetivo fue la educación del personal de atención sanitaria, mediante capacitaciones únicas versus capacitaciones permanentes del personal de la salud para atención en relación con la utilización de tecnologías en varias instituciones. Como resultado se observó que el proceso de educación continua versus única, presentó mejores resultados en cuanto al rendimiento, y ofrecimiento de un servicio responsable, comprometido y profesional. (Arias, Camacho y Osorno, 2016, p. 23)

Por lo anterior, se crea la necesidad de hacer una investigación de la situación actual de la seguridad del paciente en nuestro medio para superar los vacíos existentes en esta área y de esta forma surjan interrogantes que sirvan como base para la investigación de nuevas estrategias que estén dirigidas a reducir estos riesgos y permitan estandarizar procesos, que en otras palabras se traduce en la prestación de atenciones seguras.

Adicionalmente con la información contenida en este análisis se busca exponer la relevancia del establecimiento de estrategias en la Seguridad del paciente y con ello las

organizaciones y el personal de sanitario reconozcan el impacto que tiene la aplicación de estas medidas y de esta manera se incentive la realización de prácticas seguras adherencia a los lineamientos y guías que buscan asegurar la integridad del usuario.

Durante la búsqueda de la bibliografía, se decidió investigar sobre la reducción en las cifras de incidentes y de eventos adversos ocurridos después de la aplicación de un programa de seguridad del paciente y posterior a dicha búsqueda, se evidenció un vacío en el conocimiento, sobre el impacto que tiene adquirir y poner en marcha una política de seguridad del paciente.

Lo anterior resalta la necesidad de crear estudios que documenten con datos cuantificables el impacto que tiene la creación y desarrollo de políticas de seguridad del usuario en las entidades y de esta forma sea esta la base para la toma de decisiones a nivel organizacional.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la situación de la seguridad del paciente en Colombia desde la implementación hasta la actualidad.

### **Objetivos específicos**

- 1.** Identificar los lineamientos técnicos y normativos de la seguridad del paciente en Colombia.
- 2.** Describir el comportamiento de los eventos adversos en Colombia tomando como referencia los indicadores de la Resolución 256 de 2016.
- 3.** Enunciar la cultura de seguridad del paciente como estrategia para la reducción de las fallas en la atención en salud.



## **METODOLOGÍA**

Esta monografía tiene un enfoque de tipo cualitativo que radicó en un análisis de políticas y situación de seguridad del paciente en Colombia, de tipo retrospectivo y descriptivo. Se tomaron como fuentes de información todos los documentos oficiales, de carácter nacional, en el periodo comprendido entre 2006 y 2020. Adicionalmente se realizó una búsqueda mediante base de datos académicas entre los años 2011 y 2019; utilizando como palabra clave: Seguridad del paciente. Se seleccionaron 44 artículos, relacionados con las palabras claves mencionadas con anterioridad, de estos fueron utilizados 9 artículos, adicionalmente se efectuó una revisión de la totalidad de la normatividad vigente en Colombia sobre seguridad del paciente y 3 internacionales. Se realizó una lectura sistemática, estableciendo los contenidos en tres categorías denominadas así: Normatividad; guías de práctica clínica establecidas por Ministerio de Salud y Protección Social en relación con la política de seguridad del paciente, comportamiento de los eventos adversos en Colombia desde el 2006 hasta la actualidad y Cultura de la Seguridad del paciente como estrategia para la reducción de eventos adversos.

## **CAPÍTULO I.**

### **Antecedentes reglamentarios de la Seguridad del Paciente.**

Durante los inicios de la medicina siempre se tenía como premisa ejercer el máximo bienestar al paciente, sin embargo, a pesar de tener esta finalidad, se han cometido múltiples errores en torno a las prácticas de salud, incluso poniendo en riesgo la vida del individuo. Posterior a la identificación de este fenómeno a raíz del reportaje estadounidense “Errar es humano” en el que se establecieron cifras concretas sobre las tasas de mortalidad anual a causa de errores relacionados con atención en salud, así como también se especificaron los costos anuales generados por este suceso. Se hizo notable la necesidad de establecer políticas y estrategias para afrontar este fenómeno.

La seguridad del paciente es una disciplina relativamente nueva tanto a nivel mundial como nacional, sin embargo, en Colombia se tiene como cimiento de esta, la Ley 100 de 1993, en la que se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que establece la calidad como un atributo fundamental de la atención en salud brindada a la comunidad. Adicionalmente vale la pena resaltar que el anterior, es un sistema basado en el aseguramiento, que amplía la cobertura de la atención y cuenta con la participación del sector público y privado. Desde este hito la calidad constituye un objetivo clave en el sistema de salud y es obtenido con la cooperación de todos los implicados en el sector salud.

Durante la asamblea mundial de la salud número 55, se alerta sobre el problema referente a la Seguridad del paciente y posteriormente en 2004 en la versión número 57, se

plantea la creación de la alianza mundial para la seguridad del paciente como una estrategia para concientizar al sector salud a nivel global, sobre la importancia de la misma y adicionalmente la premura en el establecimiento de políticas y prácticas que la favorezcan la misma. (WHO Asamblea 55, 57 - 2002, 2004).

Paralelamente en Colombia se establece la Resolución 1474 de 2002 mediante la cual se designan las funciones de la entidad acreditadora, se crean los manuales de los estándares a ser seguidos por las Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Salud del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Entidades de Medicina Prepagada. Aunque vale la pena mencionar que la anterior fue derogada por Resolución 1445 de 2006, en esta se enfatiza sobre los criterios de calificación para asegurar el cumplimiento de los estándares y en su anexo técnico por primera vez menciona la seguridad del paciente en el Estándar VI.5.E. como un proceso para garantizar la seguridad del usuario al acudir a las instalaciones de su EPS. En otros términos, fortalecer la calidad en la atención prestada.

Simultáneamente, en el 2002 mediante el Decreto 2309 se precisan algunos aspectos importantes en cuanto al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Como profiere en sus artículos Tercero y cuarto, “La Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento” y en cuanto a Calidad de la Atención de Salud la define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”

Respectivamente.

Para concluir, en Colombia con la aparición de la ley 100 de 1993 se empezó a considerar la calidad como atributo fundamental de la atención en salud y subsiguientemente se reafirmaba mediante la normatividad subsiguiente. A pesar de su estrecha relación con la seguridad del paciente, vale la pena resaltar que por estos tiempos no se concebía la existencia de esta. Posteriormente como se verá a continuación, se reconoce su existencia, se hace evidente su importancia y se incluye dentro de la normatividad en el país.

### **Surgimiento de La seguridad del paciente en Colombia como disciplina.**

Debido al posicionamiento a nivel mundial de la seguridad del paciente como disciplina y siendo evidente la necesidad del establecimiento de políticas en Colombia que salvaguarden a los usuarios de los riesgos inherentes a la atención sanitaria, se establecen lineamientos y reglamentación que avala su existencia y resalta la importancia de su cumplimiento como se verá a continuación.

Subsiguientemente, con el Decreto 1011 de 2006, en su artículo tres, define la seguridad como; múltiples componentes, procedimientos, herramientas y métodos, con evidencia científica, que promueve la disminución del riesgo de presentar eventos adversos en el proceso de atención en sanitario o mitigar sus consecuencias. Además, se establece el SOGCS, cuya finalidad está dirigida a la mejora de los resultados de la atención en salud, estando orientados al paciente y no solo a la verificación de requisitos a cumplir y el logro

de la misma se plantea mediante sus cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema de Información para la Calidad y Sistema Único de Acreditación, además promulga el cumplimiento de las características de accesibilidad, oportunidad, pertinencia y continuidad definidas en el mismo.

Hacia el 2006 con la Resolución 1445 del mismo año se establecieron las labores de las Entidades Acreditadoras, algunas de estas fueron: Promover el Sistema Único de Acreditación, Seleccionar y entrenar a los profesionales que evalúan el cumplimiento del Sistema Único de Acreditación y estandarizar los procedimientos de evaluación, así como también diseñar, sistematizar y actualizar y divulgar base de datos sobre las instituciones que hacen parte del Sistema Único de Acreditación, entre otras. Además de lo anterior se crean los manuales de acreditación para los prestadores de servicios de salud con la escala de calificación y las actividades específicas a evaluar para conferir o denegar la acreditación, está a su vez es llevada a cabo por la junta de la acreditación que cuenta con la participación de expertos en el tema.

Más adelante, con la Ley 1122 del 2007 se realizaron algunas modificaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como punto central al usuario y la finalidad de prestarle servicios de calidad. Asimismo, se realizaron ajustes en el fortalecimiento de los programas de salud pública y la mejora en el funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud y para el adecuado desarrollo de inspección, vigilancia y control.

En el 2008 ocurre uno de los hitos más relevantes en la historia de la Seguridad del paciente en Colombia, esta es la creación del “Lineamiento técnico de la seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social” que surge posterior a un estudio concienzudo de las estadísticas nacionales. Se crea como política liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad de los usuarios que reciben atenciones en salud. Para lograr un diseño idóneo e implantación de políticas que reduzcan su ocurrencia, se requiere evaluación permanente y priorización de los riesgos asociados a la atención en salud.

Posterior a la anterior se crea la Guía nacional de “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” en respuesta a las cifras de incidentes y eventos adversos identificados en Colombia. Después de la detección e identificación de las principales causas en las que se veía transgredida la Seguridad del paciente, presenta un listado detallado en el que se establece como efectuar prevención, detección y manejo de cada una de las causas de eventos adversos presentados en relación con la atención sanitaria, como, por ejemplo, infecciones asociadas al cuidado en salud, administración de medicamentos, caídas, procedimientos quirúrgicos entre otras.

Hacia el 2011 con la Ley 1438 del mismo año nuevamente se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se funda la estrategia de Atención Primaria en Salud, cuyo objetivo es el mejoramiento de la salud y prevención de la enfermedad con la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad. Además, se establece la unificación del Plan de Beneficios, la universalidad del aseguramiento con la

garantía de la prestación de los beneficios en cualquier lugar del país.

El Decreto 0903 de 2014 tiene por objeto, dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, mediante modificaciones en los estándares de Acreditación para garantizar un mayor nivel de exigencia en su cumplimiento, debido a que se tiene como objetivo su comparación con Estándares de Acreditación internacionales como en el caso de la International Society for Quality in Healthcare - ISQUA.

En 2014 con la Resolución 2082 del mismo año, se establecen los lineamientos para el funcionamiento del Sistema Único de Acreditación en Salud. Mediante su artículo 2 se definen los ejes trazadores a seguir en los procesos del Sistema Único de Acreditación en Salud para la medición de los estándares de calidad en torno a dicho proceso. En primer lugar, se centra la atención en el paciente, con el objetivo de prestar una atención que no solamente cumpla con sus expectativas, sino que también las supere. En segundo lugar, se pone a consideración la pericia clínica, siendo el punto angular una atención integral en salud que genere impacto positivo en cuanto a la salud de la comunidad, en la que siempre se minimice el riesgo de sufrir un evento adverso en relación a la atención sanitaria. En tercer lugar, hacen referencia a la Humanización de la atención sanitaria, cuya meta es el respeto al individuo y sus valores en todas las esferas de su ser en sin que este sea vulnerado mediante las prácticas de salud, En cuarto lugar, se definió la Gestión del riesgo, como una estrategia para crear un balance positivo en el que se llegue a un punto donde haya una relación adecuada entre riesgo, beneficio y de costos de los servicios prestados. En quinto lugar, Gestión de la tecnología, para lograr mediante su utilización un beneficio tangible en el usuario. En sexto lugar, se resalta la transformación cultural permanente,

cuyo objetivo es alcanzar un nivel de compromiso, ética y un desarrollo de sus profesiones de una manera integral. Y, por último, acerca de la responsabilidad social, cabe mencionar que se busca reducir cualquier forma de inequidad en todas las esferas relacionadas con el individuo, ya sean en relación con las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, para lograr mejorar las condiciones de vida de la comunidad.

Con el decreto 0780 de 2016, se busca unificar toda la normatividad existente con el sector salud. En cuanto a la seguridad el paciente destaca la importancia del respeto a los derechos de los usuarios en el caso de los Hospitales Universitarios en su estrecha relación con la docencia. Aclara que esta disciplina será llevada a cabo sin eludir los derechos de los usuarios siempre basado en el respeto. Sin pasar por alto ni descuidar la calidad en especial, asegurando el pleno ejercicio y garantía de sus derechos sin ser afectados negativamente por el desarrollo de las prácticas formativas. Las prácticas formativas siempre estarán supervisadas por el docente a cargo, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema de Seguridad Social en Salud. (p391) Además resalta el valor de las actividades de Inspección, vigilancia y control, así como la obligatoriedad del cumplimiento de las normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria que salvaguarde la seguridad de salud humana (502 -503)

Mediante la resolución del 5095 de 2018 se establece el manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Por medio de este se establecen las condiciones relacionadas al sistema Unico de Acreditacion en Salud, con el objetivo de modificar periódicamente los estándares contenidos en este, para la garantía de Calidad de la atención en salud prestada. Adicionalmente adopta la Seguridad del paciente ya no solo como un eje trazador, sino que es considerado como un estándar de cumplimiento obligatorio para las



instituciones que pretenden alcanzar la acreditación. Es importante resaltar que dichas instituciones deben demostrar el cumplimiento de altos estándares en torno a la seguridad del paciente. Todo lo anterior ha sido bajo la aprobación de la International Society for Quality in Healthcare - ISQUA.

Acerca de la Resolución 3100 de 2019 Por la cual se adopta el Manual para la Verificación de las Condiciones de Habilitación. En dicho documento se establecen los requisitos mínimos en la prestación de los servicios de salud, con la finalidad de alcanzar la habilitación y en otros términos que el cumplimiento de los estándares allí contenidos se traduzca en la garantía de una atención segura al usuario. Adicionalmente, destaca que los prestadores de servicios de salud deben contar con políticas de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Sin olvidar que la prestación de servicios de salud debe estar basada en la normatividad existente, principios éticos y con la promoción de la cultura de la seguridad del paciente a nivel institucional, del paciente y su familia, con la firme intención de proteger la dignidad y la seguridad del mismo.

Por otro lado, Se crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que tiene lugar como asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social que a su vez está encargada de definir y modificar los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, así como también de la asignación del valor de la unidad de pago por Capitación anualmente. La Ley faculta al Ministerio de la Protección Social para que establezca mecanismos para la evaluación a través de "Indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar" para el alcance de las metas en salud, que se emplean para precisar incentivos y sanciones a las

entidades que administran los recursos del estado.



**Compendio de los lineamientos técnicos y normativos de la seguridad del paciente en Colombia. Fuente propia.**

## **CAPÍTULO II.**

### **Comportamiento de los eventos adversos en Colombia tomando como referencia los indicadores de la Resolución 256 de 2016.**

En la actualidad, dada la importancia de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia y la estricta vigilancia, se crea la necesidad de implementar indicadores que permitan realizar un seguimiento, monitoreo y evaluación estricta a todos los involucrados en el sistema de salud. De esta manera vigilar el comportamiento de los mismos y evaluar el desarrollo de la atención en salud dentro del territorio nacional, en términos de calidad.

Entre otros, este hecho ha sido el precursor de la creación del Observatorio Nacional de la Calidad en Salud contenido en el portal web del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, él tiene como objetivo recopilar, analizar y divulgar la información del sector salud en el territorio nacional con el fin de inducir la toma de decisiones, planes de mejoramiento y además promover un clima de igualdad y transparencia para la garantía de la atención en salud en cumplimiento de todos los atributos de calidad en salud.

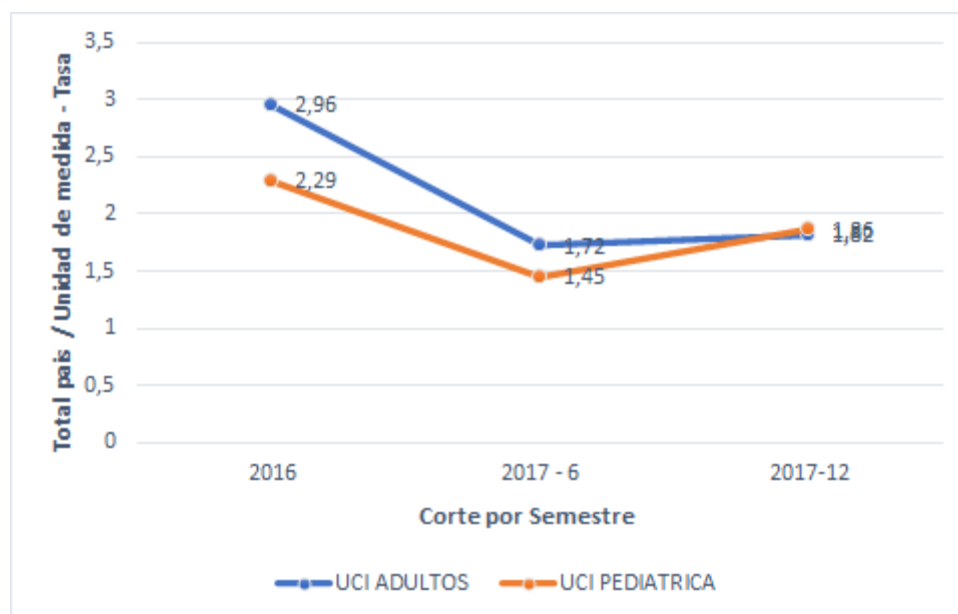
El Observatorio Nacional de la Calidad en Salud, tiene en cuenta, el periodo comprendido entre 2006 a 2015 que estuvo regido bajo la resolución 1446 de 2006, donde se establecieron los indicadores del Sistema de información para la calidad y se dio seguimiento a: la accesibilidad/oportunidad de la atención, calidad técnica de la atención, gerencia del riesgo y satisfacción/lealtad. Sin embargo, el anterior fue derogado en el 2016 por la resolución 0256 del mismo año, esta establece la Calidad como elemento esencial, priorizando el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud.

La resolución 0256 de 2016 comprende 4 dominios: efectividad, experiencia de la atención, gestión del riesgo y seguridad. En la página web del Observatorio Nacional de la Calidad en Salud, se encuentra toda la normatividad y publicaciones relacionadas con la calidad.

Para dar respuesta al objetivo específico de este capítulo se realizó la revisión de las estadísticas contenidas en el portal web del Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con los indicadores contemplados en la Resolución 0256 de 2016. La anterior contempla los indicadores para el monitoreo de la Calidad y enuncia sus 4 dominios que son: efectividad, experiencia de atención, gestión del riesgo y seguridad. Se realizó un análisis del dominio de Seguridad desde 2016 hasta la actualidad, con la finalidad de describir el comportamiento de los indicadores contenidos allí. Dichos indicadores a su vez son los Eventos Adversos más frecuentes a nivel Mundial, en torno a la asistencia sanitaria en Colombia.

A continuación, se presenta la información de los indicadores, vale la pena resaltar que la variabilidad en los periodos expuestos es secundaria a la inestabilidad de los periodos de tiempo aportados por el observatorio para cada variable.

## GRÁFICO 1. TASA DE INCIDENCIA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU) ASOCIADA A CATÉTER, 2016-2017

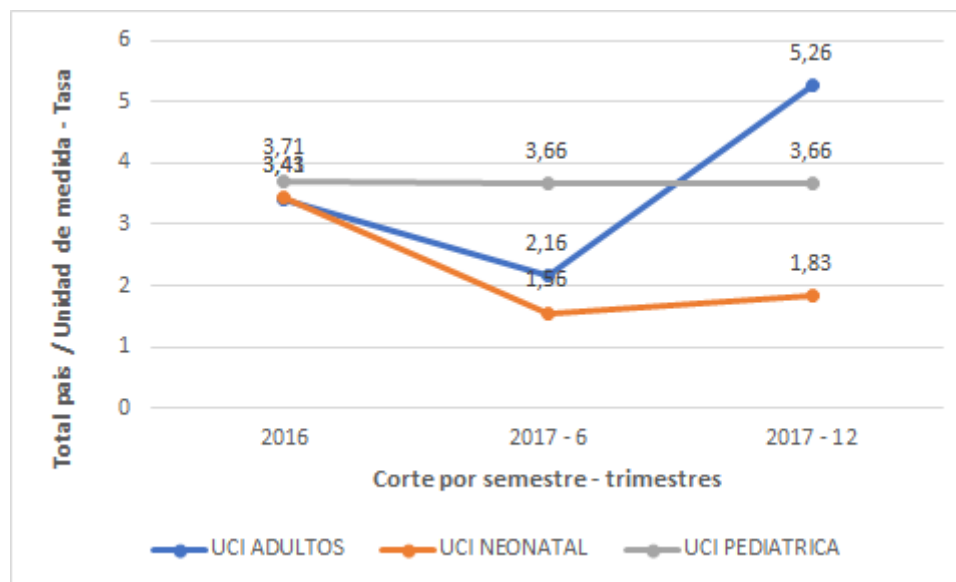


**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

Respecto a las Infecciones asociadas a la atención en salud cabe mencionar que son consideradas un evento adverso producto de la atención sanitaria.

Al revisar las Tasas de Infección de vías urinarias asociada a catéter contenidas en el Observatorio Nacional de la calidad en Salud, con los datos aportados allí, de los años 2016 y 2017 este último diferenciado por semestres, se puede observar que tanto en la UCI Adultos como en la UCI pediátrica se presentan datos con un comportamiento muy similar. Además, se debe tener en cuenta que respecto al 2016 se insinúa una ligera disminución en el primer semestre de 2017, probablemente secundaria a la instauración y adecuada adherencia a los protocolos de colocación y recambio de sondas vesicales en las unidades.

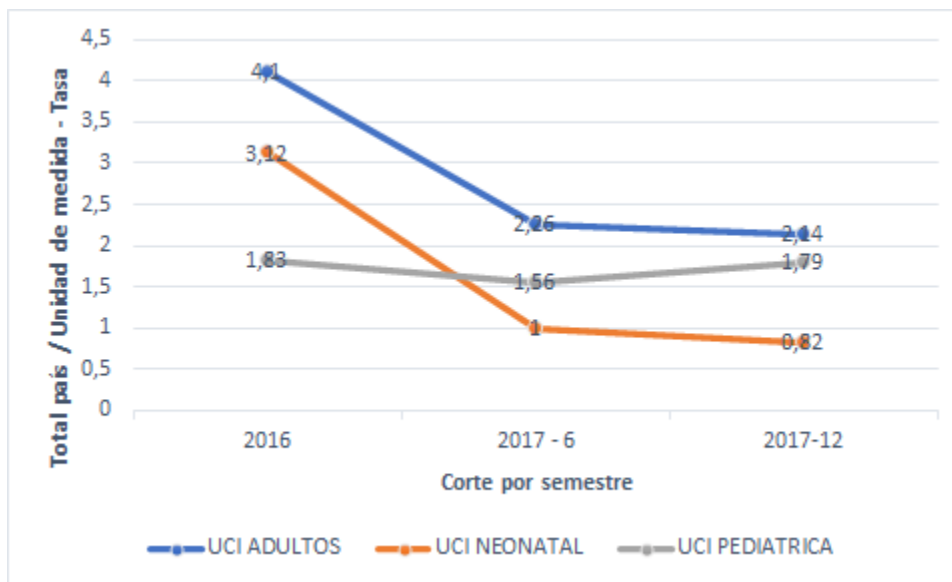
## GRÁFICO 2. TASA DE INCIDENCIA INFECCIÓN DEL TORRENTE ASOCIADA A CATÉTER. 2016-2017



**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

Con base en los datos contenidos en la anterior gráfica se puede resaltar que el comportamiento en la UCI Neonatal es estable con una ligera disminución de 0,04, lo que puede corresponder a la existencia de múltiples y estrictos protocolos con una alta adherencia por parte del personal asistencial y capacitaciones continuas, todo lo anterior secundario a la vulnerabilidad del grupo etario de dichos pacientes. mientras que las UCI Adultos y Pediátrica presentan un incremento en la Incidencia de Infecciones del torrente asociadas a Catéter siendo esta de en UCI Adultos de 4,01 y en UCI Pediátrica de 3,61. secundario a una pobre adherencia en los protocolos y posiblemente en relación al estado inmunológico del usuario de acuerdo a las comorbilidades asociadas.

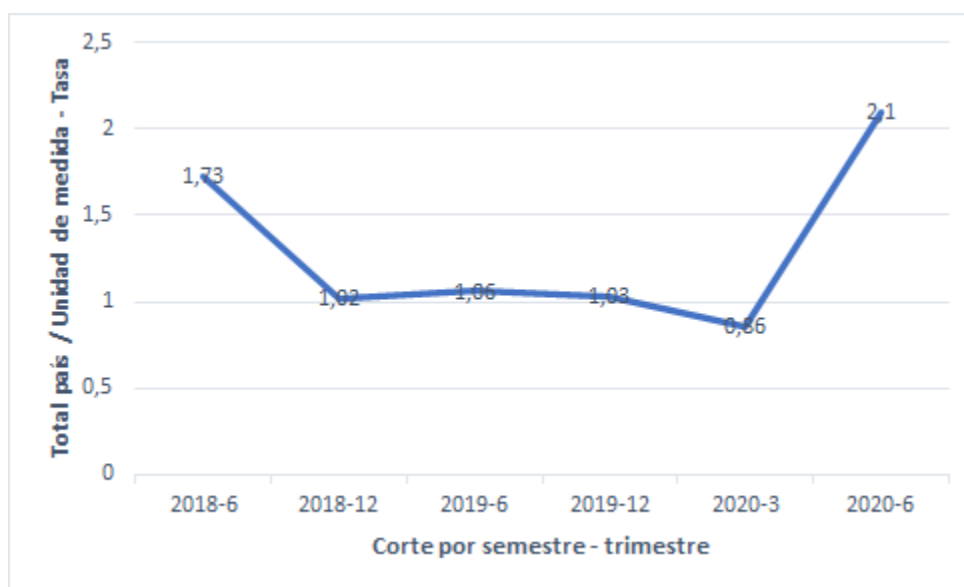
**GRÁFICO 3. TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR. 2016 -2017**



**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

En referencia al gráfico anterior, se evidencia que las incidencias de Neumonías asociadas al ventilador tienen un leve incremento en las UCI Adultos y Pediátrica de 0,3 y 1,52 respectivamente, mientras que la UCI Neonatal presenta una disminución en dichas Tasas de 1,3, logrando así una disminución en la ocurrencia de los eventos adversos que reflejan buenas prácticas de Seguridad del Paciente y adherencia a los protocolos.

#### GRÁFICO 4. TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN. 2018 - 2020

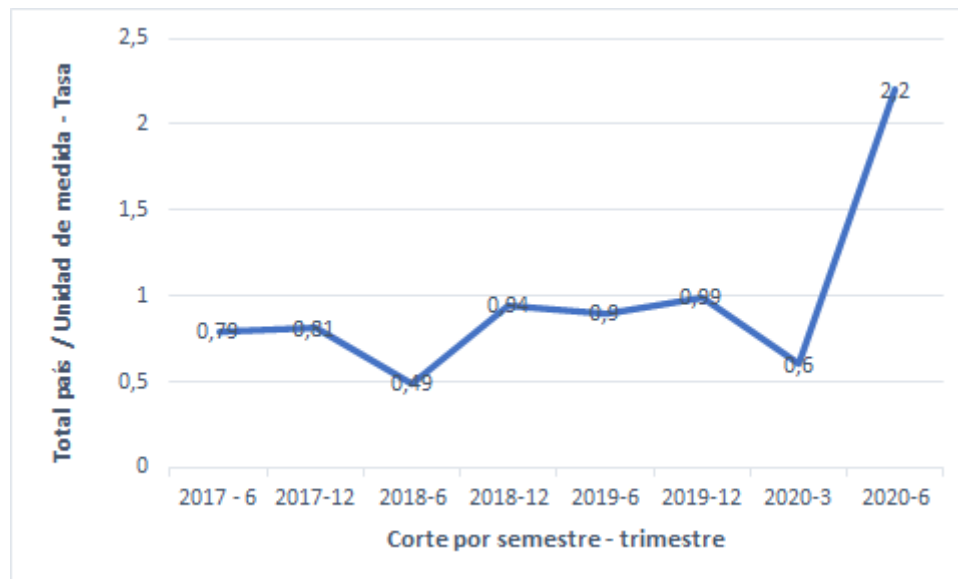


**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

Referente al gráfico previo, se observa que en el año 2018 se evidencia un descenso en la incidencia de caídas en el servicio de hospitalización, posiblemente a causa de creación de protocolos de seguridad y adquisición de una cultura de seguridad al paciente lo que permite que se mantenga en el tiempo, sin embargo, hacia el primer trimestre de 2020 se documenta un incremento importante de 1,23 en relación con el aumento en el número de pacientes secundario a la pandemia.



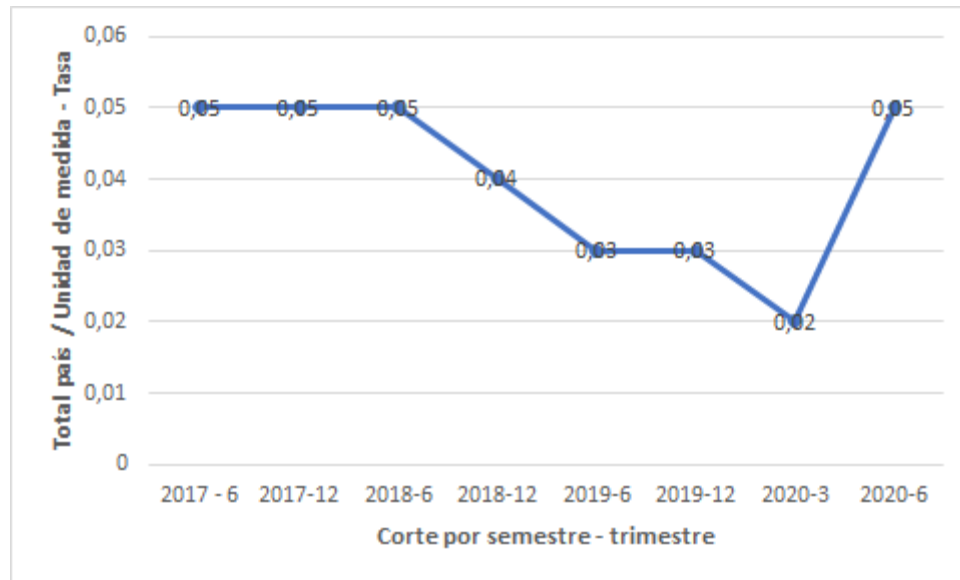
**GRÁFICO 5. TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES DE URGENCIAS. 2017 - 2020**



**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

En consideración con la gráfica de la Tasa de caídas de pacientes en el servicio de urgencias, se documenta que entre los años 2017 al 2019 se mantiene la incidencia en un rango menor de 1 con una media de 0.82; adicionalmente en el primer semestre del 2020 se observa un ascenso de 1,8 en relación con los años anteriores. Lo anterior denota la necesidad de instaurar procesos sólidos en relación con las prácticas seguras y la cultura de seguridad del paciente a nivel Nacional.

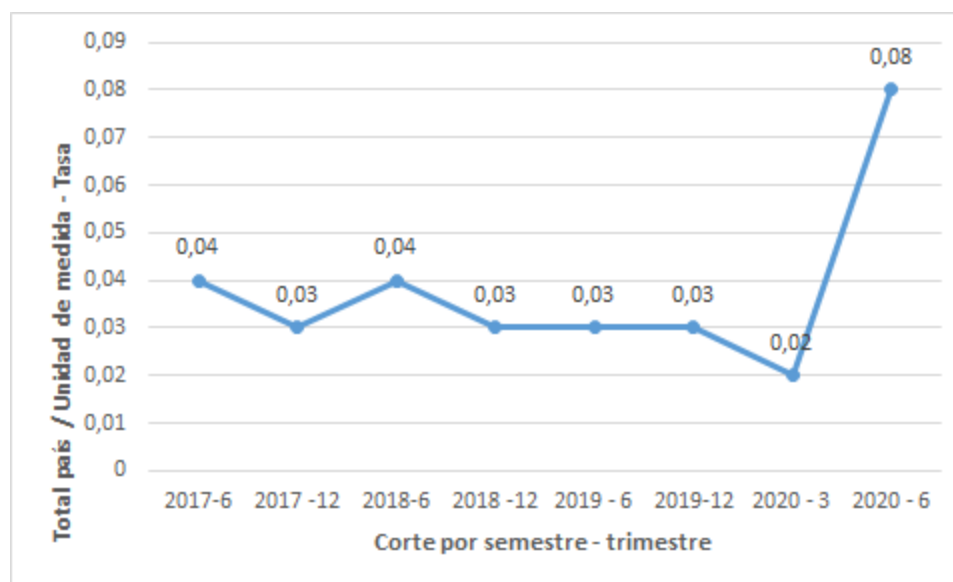
**GRÁFICO 6. TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA.  
2017 – 2020**



**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

Respecto a las Tasas de caída de pacientes en el servicio de Consulta Externa se puede observar que durante el periodo comprendido entre 2017 a 2019 la incidencia de estas ha estado en rangos menores o iguales a 0.05, excepto 2020 donde hay un incremento del 0,02 al realizar la sumatoria de los trimestres de este año. Cabe resaltar que la incidencia en las caídas en dicho servicio es menor lo que refleja prácticas de seguridad al paciente con buena adherencia a sus protocolos aunado al bajo riesgo inherente a este tipo de atención ambulatoria.

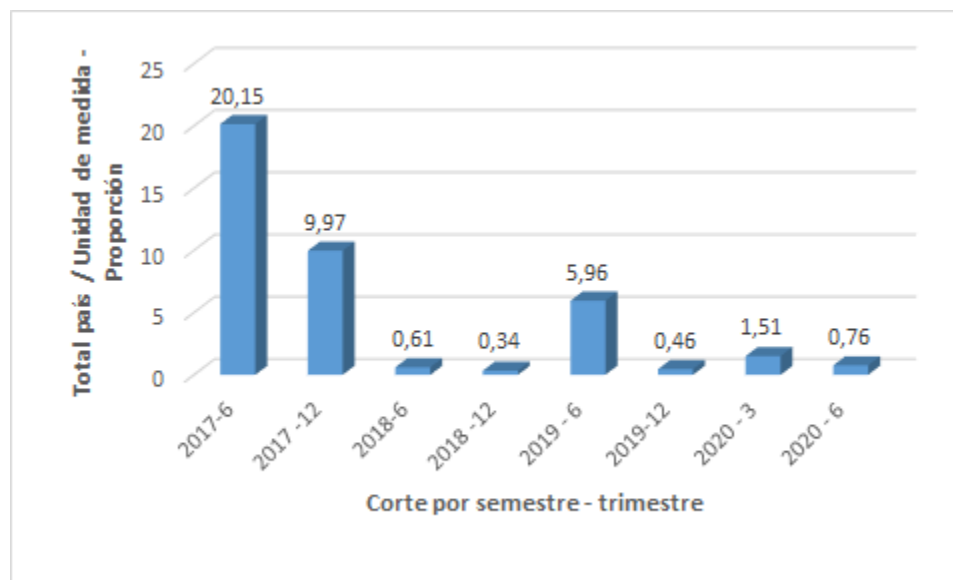
## GRÁFICO 7. TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES DE SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA. 2017 - 2020



**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

Con base en la Tabla de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica se observa que a lo largo del periodo comprendido entre 2017 hasta el primer trimestre del 2020 la curva se mantuvo por debajo de 0,05. Aun cuando se aprecia un incremento leve en el 2 trimestre del año 2020 de 0,08, la tasa del primer semestre de 2020 corresponde a 0.03. Lo anterior sugiere que las políticas de seguridad del paciente normalizadas por el gobierno e implementadas en las IPS han demostrado una efectividad para mantener la disminución de los eventos adversos, en relación a caídas de pacientes en el servicio en mención.

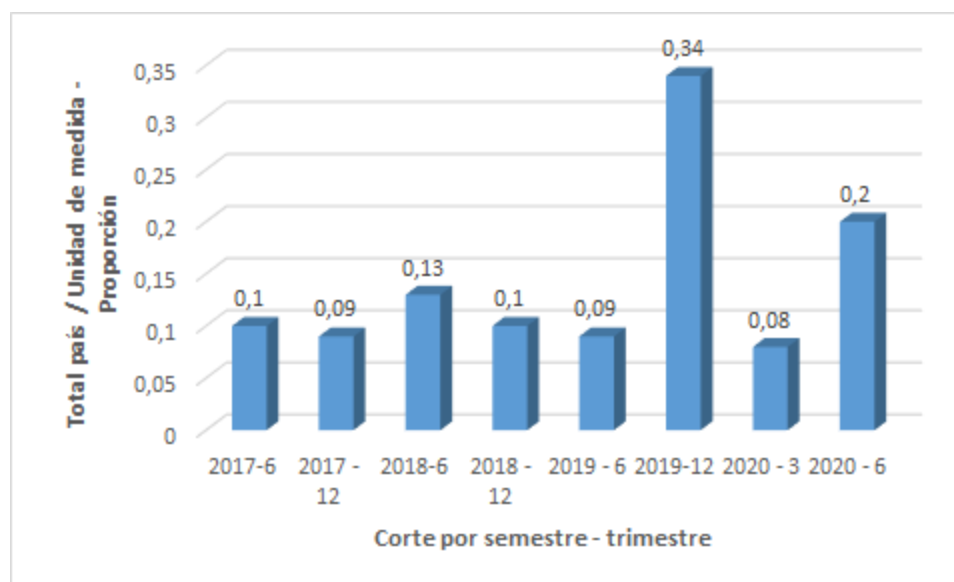
**GRÁFICO 8. PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN. 2017 - 2020**



**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

En relación a la administración de medicamentos en hospitalización, se puede observar que el más alto porcentaje de eventos adversos se presenta en el primer semestre de 2017 con un 20,15 %. Posterior a esto, se observa una caída en los próximos semestres con una media de 2.8% siendo el más bajo el segundo semestre del 2018 con un 0,34%. Hecho que refleja un control efectivo en la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización a nivel Nacional.

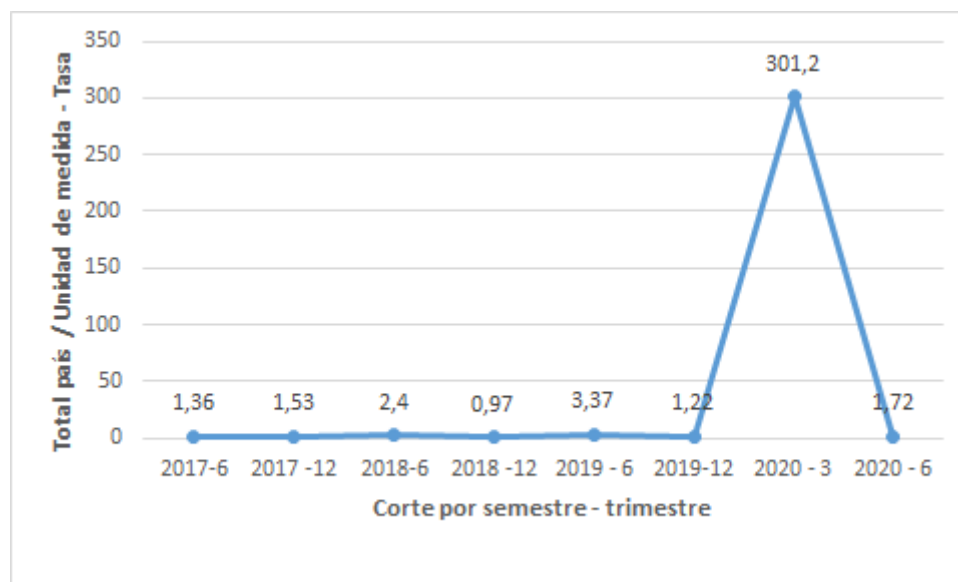
## GRÁFICO 9. PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS. 2017 - 2020



**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

La gráfica muestra que el porcentaje de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias durante el periodo de 2017 a 2020 se ha mantenido menor o igual que 0,28% a excepción del 2019 que muestra un incremento en eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en dicho servicio de 0,43. Al analizar la gráfica no se tiene conocimiento de la causalidad que desencadena dicho aumento, vale la pena ahondar en los factores que producen un pico en la ocurrencia de este tipo de eventos.

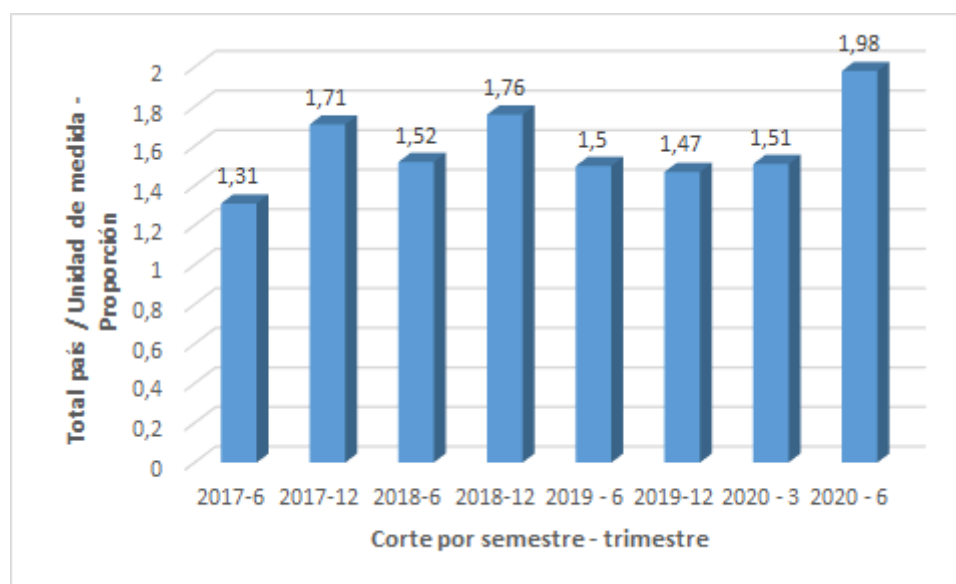
**GRÁFICO 10. TASA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. 2017 - 2020**



**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

En relación a la gráfica de la tasa incidencia de úlceras por presión, cabe resaltar que en el periodo comprendido entre 2017 a 2019 se mantiene igual o menor a 3,3 con un incremento importante de 297,8 en el primer trimestre de 2020 y una caída abrupta que posiciona las cifras dentro de su tendencia, lo anterior sugiere la necesidad de analizar las cifras de registro de las mismas para descartar la ocurrencia de un registro erróneo.

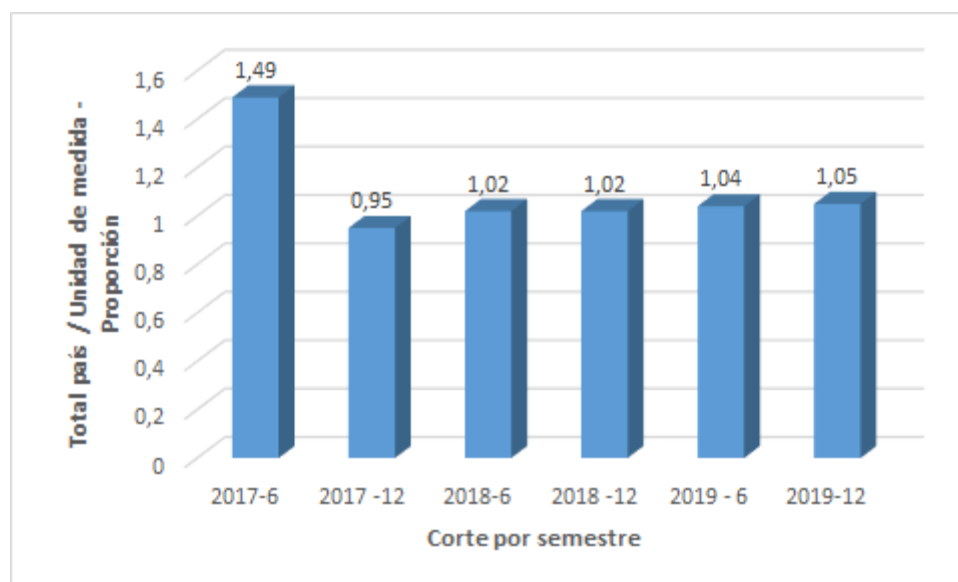
**GRÁFICO 11. PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS. 2017 - 2020**



**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

Referente a la Proporción en la cancelación de Cirugías salta a la vista que se mantiene estable en el periodo comprendido entre 2017 a primer trimestre de 2020 con un alza en la cancelación de cirugías en el segundo semestre del 2020. Probablemente desencadenado por el aislamiento obligatorio a causa de Síndrome de dificultad respiratorio agudo severo por Coronavirus 2, cuya ocurrencia obligó a realizar procedimientos únicamente de urgencias dando lugar a cancelación en los procedimientos programados.

## GRÁFICO 12. PROPORCIÓN DE REINGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS. 2017 - 2019

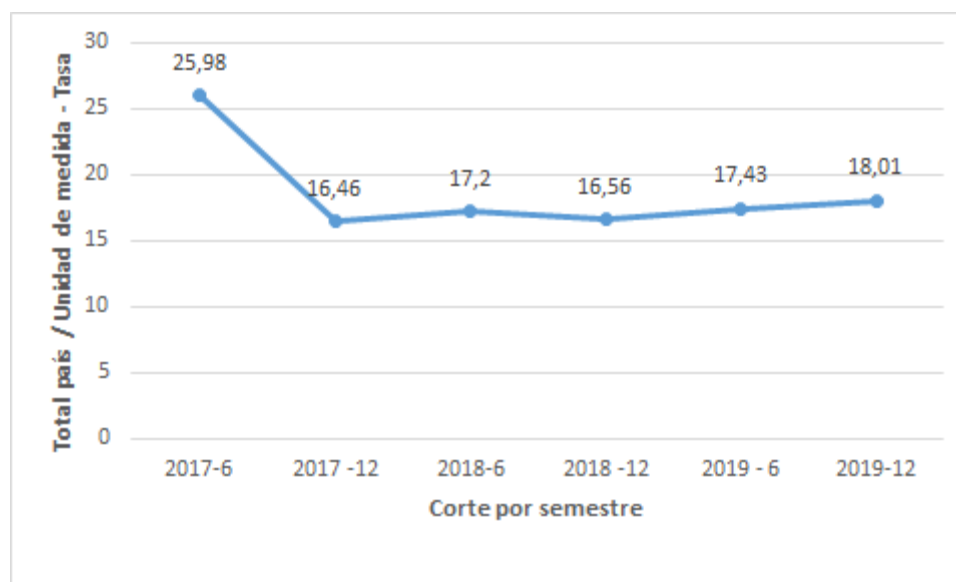


**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

Con base en la Gráfica de la proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas es de anotar que posterior al pico más alto documentado en el primer semestre de 2017 se presenta un descenso en la proporción de la misma manteniéndose hasta 2019 en el segundo semestre, cabe resaltar que no se cuenta con datos de 2020. La disminución en las tasas de reingresos se mantuvo en el tiempo posiblemente a actualización de guías de práctica clínica y su aplicación en los diferentes servicios de atención, educación del paciente y sus familias así como capacitación del personal.



### GRÁFICO 13. TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MENORES DE 15 DÍAS. 2017 – 2019



**Fuente: Observatorio Nacional de Calidad en Salud – Ministerio de la Protección Social, 2020.**

Referente a la Tasa de reingreso de pacientes Hospitalizados en menos de 15 días se puede afirmar que se presenta un descenso importante en el segundo semestre de 2017 y este se mantiene hasta el segundo semestre de 2019. Siendo el reflejo de la implementación de protocolos de seguridad del paciente y adherencia a los mismos. En respuesta a prácticas de educación al paciente y su familia para el manejo adecuado y buena adherencia de fármacos prescritos para patologías de carácter crónico o agudo.

### **CAPÍTULO III.**

#### **La cultura de seguridad del paciente como estrategia para la reducción de las fallas en la atención sanitaria.**

Como se ha mencionado con anterioridad, la Seguridad del paciente es una disciplina relativamente nueva, que ha tenido gran acogida a nivel mundial. Debido a que los usuarios que reciben atención en salud, están altamente expuestos a la presentación de eventos desfavorables en relación a la prestación de servicios de salud y no con su enfermedad de base, hecho que sería esperable. (Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, 2008, p. 18)

Por lo tanto, se han establecido múltiples estrategias para incentivar el desarrollo y el respeto por la seguridad del paciente tanto a nivel mundial como a nivel organizacional. De esta manera se postula la Cultura de Seguridad del paciente como una política para reducir la ocurrencia de fallos en la atención sanitaria, ya que esta promueve mediante pedagogía el desarrollo y suficiencia técnica y científica para el personal de la salud, siendo este un hecho fundamental para el desarrollo de prácticas seguras. (Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, 2008, p. 20)

Entendiendo Cultura como, aquellos valores, convicciones y ocurrencia de situaciones significativas que resultan en experiencias que son transmitidas de generación en generación (López, 2016, p. 20). La cultura de seguridad del paciente está en relación con las creencias, valores y comportamientos del personal de salud frente al desarrollo de su profesión, siempre centrada en garantizar que no se presenten eventos desfavorables inherentes a la atención en salud. (Gómez Ramírez, Arenas Gutiérrez, González Vega,

Garzón Salamanca, Mateus Galeano, & Soto Gámez, 2011)

Así pues, la cultura de seguridad del paciente está dirigida a brindar servicios de atención en salud seguros, buen trato y respeto por la dignidad humana y las preferencias del este. Mediante el desarrollo de lineamientos y prácticas que sean difundidas en todas las escalas, desde el nivel gubernamental hasta el personal prestador de servicios sanitarios. Todo lo anterior, con el objetivo de lograr el cumplimiento de las metas planteadas. (Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, 2008, p. 27)

Se ha observado que una asistencia en salud adecuada, está definida por su calidad y la seguridad de los servicios brindados. Secundario a lo anterior, en la actualidad es una tendencia la implementación organizacional y gubernamental de una cultura de seguridad que se centra tanto en el usuario como sus familias. (Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, 2008, p. 24)

Adicionalmente, promover la notificación de los eventos inesperados presentados durante la atención en salud, sin omisiones, bajo un enfoque no punitivo y en un escenario de retroalimentación hace parte de la adquisición y puesta en marcha de una Cultura de Seguridad del paciente. (Camacho, 2020). Con miras a lograr una disminución en los eventos no esperados secundarios a la atención en salud, se ha propuesto el establecimiento de una política institucional que debe ser medida de manera estricta y regular (Camacho, 2020).

Un estudio a fondo y concienzudo de la cultura de seguridad del paciente, es imprescindible, debido a que su abordaje adecuado, facilita el desarrollo e implementación

de planes de mejora centrados en la disminución de la ocurrencia de eventos desfavorables y de manera paralela contribuye al incremento en la calidad de la atención prestada.

(Camacho, 2020)

Es de anotar, que a nivel mundial es bien conocida la causalidad y frecuencia de los eventos no esperados, sin embargo, cada organización debe contar con sus estadísticas propias que reflejen cómo están posicionados los eventos desfavorables. Hecho que reviste gran importancia debido a la necesidad de conocer a fondo el comportamiento de estos para crear y hacer seguimiento de las estrategias diseñadas para la disminución de este tipo de eventos. (Camacho, 2020)

Es bien conocido que las infecciones relacionadas al cuidado de la salud son un problema importante que atentan contra la Seguridad del paciente, su presentación es muy frecuente en la práctica diaria, desencadenando de esta manera un número importante de eventos adversos relacionados con la prestación de servicios de salud, sin contar, que en términos económicos, representan una carga económica importante a las instituciones prestadoras de servicios de salud dado el aumento en los tiempos de hospitalización, necesidad de reingreso, uso de antimicrobianos por tiempos prolongados aunado al riesgo ocurrencia de mayor morbimortalidad secundaria a otras complicaciones asociadas. (Seguridad del paciente y la atención segura, 2010, p. 48).

Según múltiples estudios se ha establecido que una gran mayoría de las infecciones intrahospitalarias son derivadas de un mal manejo en la técnica de lavado de manos. Por tal motivo la OMS establece que la higiene de manos es una política sencilla, y la establece como la principal medida para la disminución en la ocurrencia de infecciones

asociadas al cuidado de salud. La ausencia del cumplimiento de dichas medidas por parte de los profesionales del sector salud, constituye un problema a escala mundial.

(Organización Mundial de la Salud, 2009, p. 7)

Adicionalmente, desde el inicio de la Seguridad del paciente como disciplina, se ha observado que los eventos desfavorables entorno a la atención sanitaria se presentan de manera repetida. Por lo tanto, se han desarrollado políticas y estrategias enfocadas a la prevención de la aparición de estos. Además, cabe resaltar que el resultado final de la atención sanitaria, así como la presentación de eventos relacionados con la atención son un reflejo de la calidad en la atención de dicha institución de salud. (Seguridad del paciente y la atención segura, 2010, p. 27).

Entre los eventos de mayor aparición y que a su vez generan altas tasas de morbimortalidad en la práctica clínica, se han visto relacionados de manera frecuente: el uso inadecuado en la administración de medicamentos, con frecuencia se presentan errores en la dosificación o el uso de medicamentos equivocados, además, se ha visto la presentación de interacciones medicamentosas por no realizar conciliación farmacológica. (Seguridad del paciente y la atención segura, 2010, p. 31).

Por otra parte, es un hecho conocido que las presentaciones de caídas de los pacientes ingresados a Entidades prestadoras de Salud, constituyen un problema de salud a nivel mundial, dada su morbimortalidad, asociado a los costos institucionales secundarios a la presentación de las mismas. Por lo tanto, se insiste al interior de las organizaciones sobre la prevención de caídas, se promueve la implementación de medidas y cuidados, prestados

por el personal de la salud, para garantizar la seguridad del paciente y su entorno, mientras está hospitalizado.

Durante las últimas décadas, se ha observado la importancia de establecer y promover un clima laboral asertivo, empático, no punitivo en el que se genere confianza por parte de la organización y que ante la ocurrencia de eventos inesperados se busque de antemano la identificación de los puntos frágiles en los procesos con el fin de retroalimentar a los profesionales y de esta manera prevenir y disminuir la ocurrencia de eventos desfavorables en el futuro.

Es imprescindible lograr dicha disminución en los fallos, para sustentar procesos seguros, que se traduce en altos niveles de confianza no solo por parte de los usuarios hacia las instituciones y los trabajadores de la salud, sino también en los profesionales que al ejercer una práctica satisfactoria e impecable los motiva a realizar dichos procesos de manera continua.

Durante ejercicio diario los profesionales del sector salud que están inmersos en la cultura de seguridad del paciente, realizan prácticas basadas en la evidencia, con estandarización de los procesos. La cultura de mejoramiento continuo los motiva a perfeccionar sus prácticas día a día para brindar a los usuarios una atención segura y con niveles de calidad cada vez más altos. Este hecho se traduce en la disminución de la ocurrencia de atenciones inseguras y en otros términos de la ocurrencia de eventos adversos.

La cultura de seguridad del paciente exige para el logro de sus objetivos de calidad del trabajo colaborativo del personal de la salud, puesto que se ha observado que, a pesar de

ejecutar acciones adecuadas de manera individual, estas son insuficientes, variables y no son prácticas sostenibles en el tiempo ni reflejan la cultura de seguridad a nivel organizacional.

“La existencia de una cultura con tales características constituye la prevención primordial de la aparición de eventos adversos relacionados con la asistencia y un requisito irrenunciable” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016, p. 10).

El informe Estadounidense Crossing the quality chasm, pone en manifiesto la relación entre el desarrollo y ejecución de una cultura de seguridad del paciente y la disminución de la estancia en unidades de cuidados intensivos asociada al riesgo. (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001, p. 132)

La Salud Pública y otras autoridades mundiales en salud como la OMS en las últimas décadas se han posicionado de manera importante debido a la relevancia que estas le confieren a la Calidad de los servicios sanitarios. Partiendo de la premisa que esta debe ser la protagonista durante la atención en salud; puesto que se ha observado que con la ausencia de la misma los pacientes están expuestos a la ocurrencia de eventos adversos prevenibles que vulneran su calidad de vida.

Para concluir, se hace necesaria la creación de metas específicas a nivel institucional asociadas a los retos interpuestos por la OMS para enfocarse en la prevención de las causas más frecuentes relacionadas con la presentación de eventos adversos.

## **CONCLUSIONES.**

Posterior a la revisión de los lineamientos normativos relacionados con la seguridad del paciente en Colombia, se hizo evidente que a pesar de contar con normatividad que soporta su utilización en las empresas del sector salud, esta se ha convertido en una recomendación y su aplicación es de carácter voluntario, por lo tanto, se hace necesaria su reglamentación mediante leyes que impliquen la obligatoriedad de la misma y que su incumplimiento incurra en sanciones.

No se cuenta con estudios de investigación nacionales ni a nivel mundial que muestren la proporción de las causas de los eventos adversos al interior de las instituciones prestadoras de salud que permitan construir programas dirigidos a las causas más prevalentes, lo que impide una mejora en su ocurrencia.

Al revisar las cifras del observatorio de la calidad en salud por departamento o municipio se observa que existen IPS que no reportan. Lo que puede obedecer a un subregistro y con ello alteración de los datos globales.

A pesar de notar los vacíos normativos e investigativos, al analizar la información de los indicadores expuestos en el Observatorio Nacional de la calidad en Salud, se logró establecer que la ocurrencia de este tipo de eventos de interés ha presentado una disminución importante con el paso del tiempo, que en otros términos refleja la instauración de las políticas de seguridad del paciente.

Posterior a este documento, se resalta la necesidad de hacer una investigación de la situación actual de la cultura de la seguridad del paciente en nuestro medio para superar los vacíos existentes en esta área y documentar su utilidad y relevancia en la disminución de



los eventos adversos asociados a la atención en salud. En Colombia se hace imprescindible la promoción de la cultura de seguridad del paciente como estrategia para generar un clima de seguridad que garantice atenciones seguras coherente con la normatividad vigente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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://dx.doi.org/10.14482/sun.32.1.8519>

Arias, D, Camacho, J.E, & Osorno, J. (2016). Mejora de habilidades en la seguridad del paciente implementando una estrategia de entrenamiento en el personal asistencial. *Revista Ingeniería Biomédica*, 10(20), 21-25. Retrieved July 03, 2020, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1909-97622016000200003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-97622016000200003&lng=en&tlng=es)

Arlex Uriel Palacios-Barahona y José Bareño Silva. (2012). Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. *CES Med.* vol.26, 19-28. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87052012000100003&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052012000100003&lang=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://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.10>

Congreso de la República Colombia. (2011, 19 de enero). ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: Minsalud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1438-de-2011.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). Ley 100 de 1993. Bogotá, Colombia: Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2007. 9 de enero). Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Gómez Ramírez, Olga, Arenas Gutiérrez, Wendy, González Vega, Lizeth, Garzón Salamanca, Jennifer, Mateus Galeano, Erika, & Soto Gámez, Amparo. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en bogotá, colombia. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 97-111. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009>

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, (2001) Crossing the Quality Chasm A New Health System for the 21st Century. Hardcopy Version at National Academies Press. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf\\_NBK222274.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf)

Kohn LT, C. J. (2000). *To err is human*. Committee on Quality of Health Care in America. [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=Jj25GILKXSgC&oi=fnd&pg=PT25&dq=Kohn+LT,+Corrigan+JM,+Donaldson+MS,+Eds.+To+err+is+human:+Building+a+safer+health+system.+Committee+on+Health+Care+in+America.++Institute++of++Medicine.++Washington++D:++National+Academy+Press%3B+1999.&ots=bIpcrmL14D&sig=r5FAZAnRcgW-Lb\\_0L3Z9WBvmCP4&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=Jj25GILKXSgC&oi=fnd&pg=PT25&dq=Kohn+LT,+Corrigan+JM,+Donaldson+MS,+Eds.+To+err+is+human:+Building+a+safer+health+system.+Committee+on+Health+Care+in+America.++Institute++of++Medicine.++Washington++D:++National+Academy+Press%3B+1999.&ots=bIpcrmL14D&sig=r5FAZAnRcgW-Lb_0L3Z9WBvmCP4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

López Posada, L. M. (2016). *Cultura organizacional: entre el individualismo y el colectivismo*. Ibagué, Colombia: Sello Editorial Universidad del Tolima. <https://elibro-net.proxy.bidig.areandina.edu.co/es/ereader/areandina/71071>

Ministerio de la Protección Social. (2006, 8 de mayo). Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=resoluci%C3%B3n%201445%20del%202006%20&scope=Todos>

Ministerio de Protección Social. (2006) Decreto 1011, *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1011-de-2006.pdf>

Ministerio de Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social.  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS\\_IMPLEMENTACION\\_POLITICA\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)

Ministerio de Protección Social. (2009). Promoción de la cultura de seguridad del paciente, *Paquetes instruccionales buenas prácticas para la atención en salud*, Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social.  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia\\_promocion\\_seguridad\\_paciente.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf)

Ministerio de Protección Social. (2010). Seguridad del Paciente y de la Atención Segura. *Guía Técnica “Buenas Prácticas Para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”*. Bogotá, Colombia: Minsalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de Protección Social. Obtenido de Ministerio de Salud Pública. (2002). Decreto 2309 de 2002. Bogotá, Colombia: Minsalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2309-de-2002.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014, 13 de mayo). Decreto 0903 de 2014. Por el cual se dictan disposiciones en relación con el sistema único de acreditación en salud. Bogotá, Colombia: Minsalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0903-de-2014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014, 29 de mayo). Resolución 2082 de 2014. Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del sistema único de acreditación en salud. Bogotá, Colombia: Minsalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2082-de-2014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2020, 15 de septiembre). Observatorio Nacional de Calidad en Salud. Minsalud.  
<http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/default.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, 6 de mayo). Decreto número 0780 de 2016. Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social. Bogotá, Colombia: Minsalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-780-unico-modificado-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, 25 de noviembre). Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y

condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. Bogotá, Colombia: Minsalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>

Ministerio de Salud. (2002, 7 de noviembre). Resolución número 1474 de 2002. Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación. Bogotá, Colombia: Minsalud.  
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION\\_1474\\_de\\_2002.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION_1474_de_2002.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). La Prevención de los eventos adversos. La Cultura de la Seguridad. Prácticas Seguras. Madrid, España.  
<https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/07/01-contenidos.pdf>

Organización Mundial de la Salud, (2009) Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. World Health Organization.  
[https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia\\_aplicacion.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia_aplicacion.pdf)

Pinzón, J. F., Maldonado, C., Díaz, J. A., & Segura, O. (2011). Costos directos e impacto sobre la morbimortalidad hospitalaria de eventos adversos

prevenibles a medicamentos en una institución de tercer nivel de Bogotá.

*Biomédica*, 307-315.