

El comportamiento de la seguridad del paciente en Colombia

LINA MARIA MOLINA OSPINA

NIDYA MORENO PEÑALOZA

MELQUISEDEC MOLINA OÑATE

**Presentado a la Fundación Universitaria del Área Andina como Requisito para optar
por el Título de Especialista en Auditoria en Salud**

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL DEPORTE

POSGRADOS EN SALUD

BOGOTA D.C.

AÑO 2021

Tabla de contenido

Resumen	3
<i>Abstract</i>	3
1. Introducción	4
2.objetivos.....	6
2.1. objetivo general	6
2.2 Objetivos Especificos.....	6
3. Descripción del problema.....	7
4. Justificación.....	10
5. Capítulo I: Políticas de seguridad del paciente implementadas a nivel nacional.....	13
5.1 Capítulo II: Estrategia existente en torno a la seguridad del paciente en los prestadores de servicios de salud y aseguradores.....	19
5.2 Capítulo III: Eventos adversos que se presentan en los servicios de salud de acuerdo a los estudios realizados a nivel nacional	25
6. Metodología.....	31
7. Conclusiones.....	32
8. Referencias bibliograficas	33

Resumen

Esta monografía es la exploración que se hace sobre los diferentes comportamientos acerca de la cultura sobre seguridad del paciente en Colombia, haciendo gran énfasis en las políticas, estrategias y evento adverso reportados por los entes gubernamentales en nuestro país.

Palabras Claves

Seguridad del paciente, políticas, estrategias, eventos adversos

Abstract

This monograph is the exploration that is made of the different behaviors regarding the culture of patient safety in Colombia, placing great emphasis on the policies, strategies and adverse events reported by government entities in our country.

Keywords

Patient safety, policies, strategies, adverse events.

1. Introducción

Actualmente a nivel mundial en el marco del tema de seguridad del paciente se sobrelleva una problemática relacionada con el aumento en prevalencia e incidencia de eventos adversos. No es hasta el año 2000 donde el comité de calidad de la atención médica de América a través del instituto de medicina, hacen un aporte magno, con el libro errar es de humanos, en el cual mencionan que las causas de muerte relacionadas con eventos adversos superan los accidentes de tránsito, cáncer de seno, VIH, eso por mucho; esto llamo la atención de los actores en salud, debido a que rompe el silencio y se comienza a discernir si la atención de salud que se brindaba hasta ese momento era segura o no. (Institute of medicine, 2000)

Hoy en día es un tema importante debido al desenfrenado aumento de la demanda de la población sobre los ambientes intrahospitalarios y pre hospitalarios, los cuales en su mayoría no se encuentran preparados en materia de protocolos, acciones de emergencia para afrontar tales crisis, esto afectando en primer lugar a la calidad de atención en salud pudiendo provocar aumentos en los costos en la atención en una era donde la austeridad es pieza clave para procurar un desarrollo sostenible.

La OMS define un evento adverso como una situación inesperada la cual está asociada a la atención, se toma como una acción insegura que pudiese terminar en lesiones discapacidad y la muerte; este puede dividirse según su naturaleza entre prevenible no prevenible, estos últimos derivados de la condición clínica del paciente y de la disposición de elementos técnicos que no permitirían conocer este. (OMS, 2009)

Este documento es una recopilación de información de investigaciones realizadas a nivel nacional, permite la rápida contextualización de la problemática actual en Colombia, teniendo como precedentes estudios como el IBEAS, que da una idea de la magnitud de los eventos adversos en el panorama latinoamericano, sin embargo, traemos un análisis entre la literatura de otros investigadores los cuales en el territorio descrito anotan resultados acordes el mencionado anteriormente.

Con el presente documentos entramos en la búsqueda de la identificación de las políticas nacionales en seguridad del paciente, tales como el decreto 780, la resolución 3100, entre otras; las cuales abarcan un sin número de conductas las cuales obligatoriamente deben ser adoptadas por el país esto enfocándolos en diversos actores en salud, partiendo desde la presidencia de la republica hasta los entes territoriales. Así mismo describir estrategias existentes a nivel nacional en esta área, como las descritas en la guía de buenas prácticas clínicas expedidas por el ministerio de salud, también abarcando estudios realizados a nivel nacional, por último, se considera la descripción a nivel nacional de múltiples estudios los cuales dan idea de la prevalencia e incidencia de eventos adversos, con datos de investigaciones realizadas en múltiples instituciones en el país.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir el comportamiento de la seguridad del paciente en Colombia, respecto a las políticas, estrategias y evento adverso con base en la revisión de literatura académica y los organismos gubernamentales.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar las políticas de seguridad del paciente implementadas a nivel nacional.
- Describir las estrategias existentes en torno a la seguridad del paciente en los prestadores de servicios de salud y aseguradores en salud.
- Establecer los eventos adversos que presentan en los servicios de salud de acuerdo a los estudios realizados a nivel nacional.

3. Descripción del problema

La seguridad del paciente que fue conocida como un área de la atención en salud que surgió con el aumento de la complejidad del sistema de salud y subsecuente a esto el aumento en las lesiones derivadas de la atención realizado en los centros hospitalarios. El principal objetivo es prevenir y reducir las posibilidades de accidentes ocurridos durante la atención que en ocasiones pueden generar hechos que generen letalidad, y que son sobrellevados por los pacientes en los servicios de salud. (OMS, 2019).

Otra definición es tomada del instituto de medicina de Estados Unidos 2012 en la que define como un grupo de elementos y procesos basados en la evidencia para minimizar las posibilidades de error en la atenciones en salud, esto disminuyendo las consecuencias posible que puede generar al paciente, de esta manera podemos ver que mejora la calidad en los procesos de salud; una perspectiva global a este tema ha sido abarcada por múltiples entes secundario a estudios, las cuales han desplegado una serie de normativas obligatorias que se han integrado en políticas en salud, haciendo que los centros de atención en salud sean lugares más seguros. (OMS, 2019).

En Colombia el Sistema de Garantía de Calidad en Salud a mediados del 2018 convirtió la seguridad del paciente en una política nacional llamada así "Política de seguridad del paciente", cuyo objetivo principal es generar conciencia a todo el personal asistencial de los servicio de salud del país; generando estrategias y planes de mejora en los servicios sanitarios; con la finalidad de evitar la ocurrencia de situaciones que afecte en gran medida la seguridad del paciente reduciendo en lo más posible los errores o eventos adversos generados durante la atención, este hecho genera una brecha amplia entre el significado de calidad de la atención y seguridad del paciente. Haciendo referencia a calidad como el resultado de salud óptimo de acuerdo al conocimiento del personal asistencial y seguridad se enfatiza como en la disminución del riesgo o daño que se encuentra ligado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable significado dado por OMS; a menudo se evidencia que con el pasar de los años las políticas se van actualizando produciendo cambios en pro de generar estrategias de mejora en todos los centros de atención del país, evidenciando que se requiere

de un gran trabajo en equipo para reducir en gran medida las circunstancias que ponen en riesgo la integridad del paciente, los profesionales de la salud brinda cuidado, dichas acciones deben estar soportadas en calidad y libre de todo error que pueda causar daño al paciente, sin embargo se ha evidencia que pese a las estrategias creadas, se presenta en ocasiones eventos en que la calidad se ve afectada de manera negativo por errores, incidente o eventos adversos que pueden causar daño a la integridad del paciente; definiendo eventos adversos como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud; sin embargo cabe resaltar que existen múltiples factores que intervienen en los diverso eventos adversos que a menudo han aumentado en ocurrencia en los centros de atención, dichos factores tales como el aumento de la complejidad de proceso durante la atención de las personas, los conocimientos, la formación de los profesionales responsables de la atención y servicios de alta complejidad son algunos de los factores que intervienen. (Saldaña et al., 2017).

Estudios registrados del año 2006 reportó que los eventos adversos eran la sexta causa muerte en Estados Unidos, por encima de la diabetes, la influenza, la neumonía, la enfermedad renal y el Alzheimer y que la longitud de la estadía hospitalaria y la mortalidad, por eventos adversos asociados a error, contribuyeron a 32.591 muertes por año y a \$US 9.3 billones, otro dato registrado por el Ministerio de Salud es que en países en subdesarrollo como lo es Colombia en considerar que los eventos adverso como la principal causa de morbimortalidad; siendo prioridad para el sector salud la creación de planes de mejoras donde los factores que influyen negativamente durante la atención del paciente sean modificados para reducir el impacto social y psicológico que genera la ocurrencia de dichos casos. (Minsalud, 2006).

Los eventos adversos se relacionan con factores directo e indirectos los directos dichos factor que evidencian a menudo generando gran conflicto en el momento de la atención con calidad como debe de ser en los centros de atención, dichos factores y los más frecuentes son los problemas de comunicación entre el equipo de trabajo con el paciente, la pobre educación del personal y del paciente, la falta de destreza de los profesionales, el exceso de confianza la inadecuada instrucción de responsabilidades, la fatiga del recurso humanos ejemplos que dan claridad a los factores directos que interfieren en la calidad de la atención, es de menester

aclarar que existen otros factores que interfieren indirectamente en la atención, como son el tipo de sistema de salud, la sobredemanda de paciente, la falta de recursos; por tal razón es importante definir que para hablar de la calidad de atención se de unas medida dadas por la entidad como son aumento en el número de profesionales, que se encuentren capacitados bajo los estándar dados por ministerio de salud, y aptos para las tareas deben desempeñar; hechos que a través de los años vemos que no sucede en la mayoría de entidades donde todas las áreas de trabajo asistencial suelen tener mayor carga laboral para el personal, limitando el tiempo de atención con el paciente ya que se debe dividir el escaso tiempo entre un número grande de pendientes, además de lo asistencial, el diligenciamiento de la historia clínica, la formulación, trámite de remisiones, formatos para medicamentos y tecnologías no incluidos en el plan básico de salud, entre otros, sin contar que muchas veces se dispone de una sola persona para la cobertura de varios servicios al tiempo, siendo por ejemplo y para el caso puntual que ocupa este trabajo, esta situación compleja para el personal de salud, generando grandes limitaciones.

En Colombia con la implementación de Política de Seguridad del Paciente, una de sus políticas todavía presenta dificultades con relación a la “cultura del reporte” debido a la falta de notificación de EA generando un sub registro y errores en el diligenciamiento de los formatos de notificación del evento adverso en los que se incluyen el no registro el nombre o el cargo de la persona que reporta o error en el diagnóstico del evento adverso, dicha dificultad generada por los factores mencionados previamente que afecta la interacción del profesional de salud con la integridad del paciente.(Alarcón, et al. 2013); El papel del Estado en la asistencia del servicio de salud en una empresa social del estado (ESE) es proveer el recurso físico, humano y material acorde al nivel de atención de la IPS; garantizando que exista un número de médicos, enfermeras y auxiliares adecuadamente capacitados, y acorde al número de camas disponibles, con la finalidad de poder ofrecer una atención oportuna a cada paciente; que dispongan de los recursos necesarios en caso de emergencia sean estos de tipo material o desplazamiento si se llega a requerir atención en un centro de mayor complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

4. Justificación

En los últimos años se ha aumentado la preocupación por la mejoría en temas de seguridad en materia de salud en este caso del paciente, perteneciendo a los indicadores más importantes de calidad del servicio, hoy en día los esfuerzos están destinados a disminuir y evaluar la periodicidad, impacto y prevención de estos, tomado como cualquier evento en la atención sanitaria que causa algún daño no esperado al paciente. Este proyecto de investigación se ve influenciado por la necesidad de la identificación de los principales eventos adversos ocurridos en la atención del paciente con diversas patologías, esto teniendo en cuenta que siempre que se brinde atención en salud, se expone la relación entre parte asistencial e individuo favoreciendo así a un aumento en la incidencia de errores o altercados los cuales puedan poner en peligro la atención óptima. (Rocco, 2017)

En España la atención en salud se ve resguardada en materia de eventos adversos por ordenamientos legales, ejemplo: ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, menciona que la calidad sanitaria toma como primordial eje la actuación de las instituciones sanitarias públicas y privadas, además refieren como punto importante acotación de los eventos adversos forma parte de infraestructura perteneciente a mejoría de la calidad en atención en salud, esto con el fin de recoger datos sobre practicas la cuales pongan el peligro o tengan un potencial mal desenlace para la seguridad del paciente. (Bohígas, 2003)

Teniendo en cuenta que según estudios como “el ambiente hostil de la unidad de cuidados intensivos” publicado en 2002 en el cual mencionan que hay ciertos grupos de individuos relacionado con el servicio de estancia que desarrollan más eventos adversos de los cuales algunos contribuyen a su mortalidad, en este estudio fue el servicio de cuidados intensivos, en la cual por la complejidad de los pacientes y las tecnologías utilizadas, se aumentada el índice de ocurrencia, teniendo en cuenta lo anterior se denota la necesidad de inicialmente la necesidad de identificación y creación de planes de mejora, respecto a eventos adversos. (Donchin, 2002)

Se realizara en siguiente proyecto con el fin de identificar en un inicio los eventos adversos ocurridos su prevalencia en los servicios del hospital, teniendo en cuenta factores

asociados a los mismos, esto permitiría la correcta adjudicación de planes de mejora puntuales en los diferentes servicios, por ejemplo si posterior a haber utilizado la herramienta de recolección de datos se llegasen a encontrar datos en los cuales indiquen un déficit en calidad de atención en el contexto de incidentes se activarían indicadores los cuales posteriormente serían analizados para llegar al final a una propuesta de mejora en el servicio así mencionado. (Palacios, 2012)

Sin desviar la atención de la finalidad inicial, el proyecto se enfoca en la mejoría continua de la calidad, teniendo en cuenta los factores de los cuales dependen los eventos adversos por lo cual no dando solo resolución a estos como tal si no también dando una mirada crítica al origen de cada evento adverso, también generando una oportunidad de mejora frente a una amenaza para una atención de calidad en salud. (Palacios, 2012)

Es importante decir que otro de los fines de la investigación es el apoyo a el apartado de calidad de la institución teniendo en cuenta la renovación de los marcadores de calidad en salud, generando un nuevo impulso para la vigilancia continua sobre amenazadas, y debilidades e innovando en asunto de fortalezas y oportunidades para elevar la productividad y disminuir las pérdidas secundarias a la presentación del problema en curso. (Donoso F, 2004)

Teniendo en cuenta en la descripción del problema, con este proyecto damos a resolver a través de herramientas cualitativas e indicadores, los referentes a eventos adversos en la institución, en este caso en el contexto de la identificación de estos, identificación de sus factores, para posteriormente sugerir un plan de acción que parte desde el análisis de los datos, la distribución de la información, teniendo como finalidad, disminución de la periodicidad de los eventos y aumento de la calidad en salud. (Donoso F, 2004)

Se pretende resolver problemas relacionados con gastos en salud asociados a los eventos observados prospectivamente posterior a la instauración de un plan de acción previamente desarrollado con la información obtenida de las herramientas utilizadas en el estudio, dando así instrucciones, para aumentar la solvencia del hospital reduciendo insumos y talento humano perdido en estos casos.

Las principales exigencias el presente proyecto radican inicialmente en la recolección de datos retrospectivos en las bases de datos del hospital, en la cual contengan los eventos adversos ocurridos en el lapso, la información será escudriñada, descartando casos que no conciernen a el tema en desarrollo, se tendrá dividida por sub índices en este caso por servicio, diagnostico, edad, sexo, se tendrá en cuenta el desenlace del paciente y si el evento adverso fue significativo para condición de salud del paciente, teniendo en cuenta esto, posterior a la recolección de datos se tabulara la información y se tendrá en cuenta para el análisis, donde se darán a conocer los eventos adversos encontrados en los datos, la mayor incidencia, los factores asociados a los datos, la mayor incidencia de los factores, las repercusiones a los pacientes, generando al final un análisis y conclusiones que terminaran en un plan de acción que será sugerido a la administración para la mejoría de la calidad, disminución de los eventos globalmente, reducción de los gastos.

5. Capítulo I

Políticas de seguridad del paciente implementadas a nivel nacional

En Colombia, la seguridad del paciente actualmente se ha convertido en el pilar fundamental para la atención en salud, existiendo en todo proceso y sobre todo factores que se encuentran ligados en el actuar y que afectan en gran medida la integridad del paciente y familiares; siendo de gran importante identificar a tiempo el tipo de accidentes o lesiones que se pueden ser prevenibles con el enfoque de disminuir o minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso que habitualmente ocurren durante los proceso de atención en salud.

Generando un impacto a nivel de la atención en salud, siendo esto de gran importancia para los entes gubernamentales, creando políticas con el objetivo de reducir los riesgos de sufrir un evento adverso en la centros de salud de nuestro país, este tipo de medidas ha generado algo que a diario las entidades de salud trabajan fuertemente que es generar satisfacción en las necesidades y exigencias del paciente y su entorno familiar, esto da como resultado “calidad de la atención en salud” , ya que esto conlleva a afectación a nivel emocional del paciente como del familiar, cabe resaltar los diferentes conceptos que se tienen sobre seguridad del paciente el más conocido es el conjunto de procesos que se basaron en evidencias científicamente con el objetivo de reducir el riesgo de sufrir las consecuencias de algún evento infortunado; en medicina, la asociación entre el error y la condición humana dato obtenido por el gran influenciado en medicina; Hipócrates enunció «primero no hacer daño». Dándonos a entender que este tema no es ajeno a la literatura médica a pesar de los años transcurridos. Con el paso de los años la seguridad del paciente ha tomado mayor impacto para los sistemas de salud llevando a los entes gubernamentales a crear políticas que beneficien este tipo de conductas en Colombia el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud, es el principal ente que impulso la política de seguridad del paciente, dichas políticas encaminadas en algo que es elemental para nuestro sistema de salud que es la prevención, y que muchas de nuestras políticas están ligadas a este enfoque.

Existen múltiples artículos y estudios epidemiológicos publicados desde hace 30 años que han contribuido para la evolución continúa sobre el conocimiento que hemos adquirido sobre seguridad y eventos adversos ocurridos durante la atención en los centros de salud, permitiéndonos encontrar nuevas soluciones que generar mejoras en la calidad brindada en los centros de atención.

A mediados del año 2007 el Estado en busca de generar e impactar nuestro sistema de salud, crean la Ley Nacional de Prestación de Servicios donde obligan a todos los prestadores a trabajar con oportunidad, con eficiencia y con calidad, posterior a dicha ley aproximadamente un año después se impulsó a través del Ministerio la Política Nacional de seguridad del paciente política que tomo gran fuerza e impacto a nivel de sociedad orientada con especificidad que se haga el bien sin hacerle daño a los pacientes que reciben atención; esta fue la principal motivación para los entes y fue la creación de políticas a nivel nacional que busque a diario mejoras para la atención, a continuación se realiza una descripción de algunas de las políticas implementadas para una atención segura.

Posterior se mencionarán políticas implementadas por el SOGS

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención segura en salud.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos. (Restrepo, 2011).

Cabe resaltar que las políticas mencionadas con anterioridad han sido apropiadas bajo el objetivo principal que es mejorar y generar la llamada cultura de seguridad del paciente en los centros de atención a nivel nacional, evidenciando que estos componentes generados por el ente encargada a direccionado estas estrategias con enfoque de características transversales dándole amplitud a los conceptos de seguridad y dando prioridad a la gestión de riesgo, dichas medidas tomadas con el fin de obtener instituciones seguras en nuestro país; ha sido un trabajo en equipo y arduo el realizado para los entes gubernamentales la cual ha realizado un despliegue de condiciones mínimas para generar un mayor impacto en la calidad de la atención, como es la habilitación que se encarga de garantizar condiciones de seguridad, con respecto a infraestructura para la prestación del servicio, además las disposiciones de generar auditoría permanente que permita evaluar las entidades con el fin de permitir impactar en los indicadores que permitan la vigilancia de los diversos eventos adversos que ocurren en nuestras entidades, esto generará disminución en la brecha que existe entre lo que es calidad y seguridad; el Ministerio de salud mediante la (Resolución 123 de 2012), definió una serie de estándares con la necesidad de mantener un monitoreo constante además del seguimiento de la calidad de la atención en salud, y generando funciones primordiales como son promover, crear estrategias y recomendaciones que generen mejoras en la atención en los centros de salud de nuestro país. (Calderón et al, 2012).

Inicialmente en el contexto de atención en salud se debería centrar en el paciente como principio orientador de la política de seguridad del paciente, medida que si se tomó ya que otra de las políticas que más impacto a nivel nacional ha generado es la política Cultura de Seguridad dicha política ha generado un despliegue de las acciones como son generar ambientes que predomine la confianza y la confidencialidad entre pacientes y los profesionales de la salud, buscando como lo que hemos evidenciado que se viene planteando a nivel nacional como son la entidades seguras.

Normas relacionadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Seguridad del paciente en Colombia:

NOMBRE DE LA NORMA	EXPEDIDA POR	QUE REGLAMENTO	QUE REGLAMENTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
Decreto 780 de 2016	Ministerio de salud y Protección Social	El Ministerio de Salud y Protección Social reafirma el concepto de seguridad establecido en el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio del Sistema Único de Habilitación	Se debe asegurar que la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes no se afecten negativamente por el desarrollo de las prácticas formativa
Resolución 3100 de 2019	Ministerio de salud y Protección Social	El Ministerio de Salud y Protección Social, en el estándar de procesos prioritarios, establece que “el prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos .	+El prestador de servicio en salud realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente. +El prestador del servicio de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos.

			<p>+El prestador del servicio adopta y realiza las siguientes practicas seguras según aplica su servicio de salud y cuenta con información documentada para asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales</p> <p>+Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuiden al paciente que incluya enfoques diferenciales</p> <p>+Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas a la atención en salud</p>
Decreto 903 de 2014	Ministerio de Salud y Protección Social	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud	+Los principios generales de la atención en calidad de los servicios en salud.
Resolución 2082 de 2014	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud	<p>Art. 2. Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades.</p> <p>+ Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir</p>

			<p>un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.</p> <p>+ Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano. + Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos</p>
Resolución 256 de 2016	Ministerio de Salud y Protección Social	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	<p>+ Fomentar un adecuado uso y aprovechamiento de la información para el mejoramiento de la calidad en salud.</p> <p>+ Gestionar el conocimiento y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de los resultados en salud.</p>

Fuente Propia: Normas relacionadas con seguridad en el paciente, obtenido. (minsalud, 2014)

5.1 Capítulo II

Estrategias existentes en torno a la seguridad del paciente en los prestadores de servicios de salud y aseguradores en salud.

Con el propósito de que el sector salud en Colombia cuente con un sistema propio de calidad, en el 2002 se empezaron a desarrollar los procesos Obligatorios de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC) ; fue así que también se vio el país en el deber de dar inicio a la formulación como tal de una política de prestación de servicios con 3 ejes: Acceso, Calidad y Eficiencia; desde allí la Seguridad del Paciente parte a ser un tema importante esto debido a que se han evidenciado el desenfrenado aumento de la demanda de la población sobre los ambientes intrahospitalarios y pre hospitalarios, los cuales en su mayoría no se encuentran preparados en materia de protocolos, acciones de emergencia para afrontar tales crisis, motivo por el cual se ha vuelto prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones siendo así ahora que los incidentes y eventos adversos deben evaluarse como un indicador primordial de la calidad.

En Colombia hoy en día hay también hay una concreta decisión y disposición por parte de los entes gubernamentales, así como de prestadores y aseguradores para implementar los procesos adecuadamente siguiendo la normatividad dispuesta por el ministerio de salud y protección social para hacer que la atención que se preste a los usuarios por parte de las instituciones de salud sean lo más seguras posibles evitando el daño a la paciente y sus familiares, y consecuencias en contra del personal de salud.

Basándonos en que es responsabilidad del estado vigilar e inspeccionar de modo eficiente y veraz los procesos y manejo de las prestación del servicio de salud en Colombia tanto de las empresas de planes de beneficios (EAPB) o EPS como anteriormente se llamaban, y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) especialmente cuando estas ocasionen un daño a sus pacientes o usuarios; es claro que cada día son más los usuarios en nuestro país inconformes con el servicio dado por los prestadores de servicios de salud y aseguradores. En salud es común escuchar a diario las diferentes quejas y reclamos de los ciudadanos frente a la falta de atención médica, demoras en la entrega de medicamentos, en varios casos negligencia en atención y tratamientos médicos, que han

ocasionado daños graves e irreparables a los usuarios, lo que a futuro lleva a los paciente y sus familias a ejercer acciones civiles en contra de los prestadores de servicios de salud y aseguradores según sea el caso, para que se declare la responsabilidad médica y los perjuicios ocasionados a favor del afectado.

Es por esto que los prestadores de servicios de salud y aseguradores deben crear estrategias en torno a la seguridad del paciente con eficiencia y eficacia dentro de su organismo de inspección, vigilancia y control con el fin de responder idóneamente con la prestación del servicio de salud de los usuarios.

En el caso de las EAPB, que hacen parte del sistema de seguridad social de salud en Colombia, que es un servicio público esencial se encuentra la regulación de las EPS e IPS con ayuda de la ley 100 de 1993 y que con la resolución 1740 de 2008 atribuyen un buen instrumento para la implementación de la política de seguridad del paciente, puesto que la investigación del origen causal de los incidentes y eventos adversos se podrían atribuir a fallas del asegurador, donde la mediación debe procurar realizarse de manera mancomunada con las instituciones de su red en lo que refiere a las falencias que comprendan ambas figuras.

Así mismo en sus acciones legales de contratación con los prestadores es indispensable prevenir acciones que no permitan el mejoramiento continuo e incentiven el camuflaje de eventos e incidentes adversos que pueden llevar a generar diversas glosas por situaciones determinadas a causa de un evento adverso, sin antes hacer una investigación y análisis de la irregularidad con el prestador, como también es necesario evaluar que en la entidad exista el proceso y programa con procedimiento establecidos y en funcionamiento activo de seguridad del paciente donde se demuestre que se hacen reportes y seguimientos a los eventos adversos por parte del prestador.

Por tanto, en el ambiente institucional donde es obligatorio que exista la política de seguridad del paciente se deben tener en cuenta los siguiente: proceso de eventos adversos implementado donde se establezca, líder responsable en recibir el reporte, tipo de evento o incidente reportado, formatos establecidos para el reporte con su guía para saber cómo se hace dicho reporte y el medio por el cual se hace el reporte, oportunidad y garantía del secreto profesional en caso de ser un auto reporte o reporte por segundas personas, se

debe contar con un debido proceso de evaluación, mejora y seguimiento del evento y el personal implicado.

Por tanto, para creación de estrategias se requiere tener en cuenta las pautas u objetivos en los que se basa la política de seguridad del paciente, donde se debe guiar a los prestadores y aseguradores en atención segura a sus usuarios, prevenir e impedir la ocurrencia de eventos adversos y en caso de su ocurrencia identificarlos oportunamente y analizar sus causas.

Igualmente se debe mantener trabajo mancomunado entre prestadores y aseguradores, partiendo de la importancia que tiene el usuario y su familia para que sea desde el ambiente familiar donde se empiece con la prevención, igualmente y con mucha importancia está que las instituciones promuevan las buenas practicas que permitan cumplir a cabalidad con la política de seguridad.

Cabe resaltar el compromiso del país creando los lineamientos y normatividad precisos y concisos en cuanto a la distribución de responsabilidades en lo pertinente a la política de seguridad del paciente dando a cada quien las herramientas básicas para adaptar y asimilar tanto a prestadores como a aseguradores las estrategias que sirven para evitar eventos adversos; así como ha permitido dar importancia a la vinculación de los pacientes y sus allegados para que conozcan esta política y a su vez puedan desde sus hogares prevenir cualquier eventualidad que afecte su integridad como persona, esto lleva a la creación de objetivos en torno a la política de seguridad, haciendo que las instituciones trabajen arduamente con el fin de mejorar la forma en que se trasmite la información y así prevenir eventos adversos incluyendo infecciones asociadas, por lo tanto para mitigar la continuidad y repercusiones dentro de las instituciones a causa de los eventos adversos se hace necesario implementar estrategias partiendo de la existentes en los lineamientos nacionales.

ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		
ESTRATEGIA 1: ESTRATEGIA EDUCATIVA	Línea de Acción 1: Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente	Esta línea pretende asegurar que la atención que se oferte a los pacientes este basada en el conocimiento, habilidades y aptitudes necesarias para brindar una atención segura, basándonos en que la calidad empieza y termina con educación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: practicas seguras, procesos

		asistenciales, articulación de programas, estandarización del programa en los procesos para los diferentes actores, identificación y generación de acciones para determinar barreras de seguridad y evaluación de resultados.
	Línea de Acción 2: Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo	Es importante para el SOGCS cuente con personal capacitado y con entrenamiento técnico para ser verificador de las condiciones de habilitación donde debe estar inmerso seguridad del paciente.
	Línea de Acción 3: Promoción en la Universidades de la formación y la investigación en Seguridad del Paciente	Esta implementado en las instituciones que dirigen carreras de la salud promoviendo la cultura de seguridad del paciente puesto que es un principio básico prioritario que garantiza calidad en atención, haciendo que estas instituciones hagan una recopilación de información de investigaciones realizadas en los niveles institucionales y nacional lo que permite la rápida contextualización de la problemática y creación de estrategias de mejora.
	Línea de acción 4: acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad	Través de esta línea la estrategia busca es que desde la institución se brinden las herramientas necesarias para el paciente y su familia tenga conocimiento y puedan desde sus hogares prevenir cualquier eventualidad que afecte su integridad como persona.
ESTRATEGIA 2: PROMOCIÓN DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES	Línea de Acción 1: Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores	Para la implementación de políticas institucionales y nacionales cabe resaltar la importancia de partir de estudios exitosos en cuanto a la seguridad del paciente y adaptarlos sus acciones de contratación con los prestadores es indispensable prevenir acciones que no permitan el mejoramiento continuo e incentiven el camuflaje de eventos e incidentes adversos que pueden llevar a generar diversas glosas por situaciones determinadas a causa de un evento adverso, sin antes hacer una investigación y análisis de la irregularidad con el prestador, como también es necesario evaluar que en la entidad exista el proceso y programa con procedimiento establecidos y en funcionamiento activo de seguridad del paciente donde se demuestre que se hacen reportes y seguimientos a los eventos adversos por parte del prestador.

	<p>Línea de Acción 2: Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad)</p>	<p>Entre el sistema organizacional de la empresa de salud se debe fundamentar como pilar de calidad en atención, la seguridad del paciente la prevención y reporte de los eventos adversos, desde la creación un grupo líder en donde permita hacer un análisis continuo de la periodicidad en la ocurrencia, el actuar del personal de salud y los resultados de las acciones implementadas la cual se debe estudiar detalladamente en reuniones, y poder crear estrategias que permita la mejora continua en el proceso.</p>
	<p>Línea de Acción 3: Promoción del reporte extrainstitucional</p>	<p>Este es de tipo voluntario y recoge los eventos adversos que son ocasionados y requieran acciones en combinación entre los demás actores. Para la política de seguridad del paciente, estas oportunidades para que se puedan realizar acciones extra institucionales que ayudan las acciones interinstitucionales.</p>
<p>ESTRATEGIA 3: COORDINACIÓN DE ACTORES</p>	<p>Línea de Acción 1: Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud</p>	<p>Es de obligatorio cumplimiento la creación del comité de Seguridad del Paciente, los miembros de este comité deben tener la capacidad de capacitar e incentivar al personal, así como evaluar las situaciones de los eventos e incidentes adversos ocurridas con los pacientes, igualmente deben presentar de manera periódica los informes y planes de mejora establecidos por cada acción mal realizada.</p>
	<p>Línea de acción 2: Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente</p>	<p>Dentro de esta estrategia invita a que se deben disponer de los diferentes actores como prestadores y aseguradores con el fin de mantener continuidad de los procesos y sus mejoras de manera de no afectar a los usuarios.</p>
	<p>Línea de acción 3: Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Atención en Salud</p>	<p>Busca que los programas sean reconocidos y que se logre la excelencia en la búsqueda de la calidad y competitividad en el medio.</p>

	Línea de Acción 4: Coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y control con la política de seguridad del paciente	En esta estrategia invita a que se haga seguimiento a los casos que se relacionen con incidentes y eventos adversos, así como las causas y las medidas preventivas.
ESTRATEGIA 4: ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN	Línea de Acción 1: Plan de medios	Fundamenta la inclusión para que tanto el personal de salud, usuarios y familiares cuenten con información y de esta manera se promueva la cultura de seguridad del paciente.
	Línea de acción 2: promoción de experiencias exitosas	Invita al uso de las estrategias y procesos que se consideran efectivos por otras instituciones para ser implementados y evaluados con el fin de mejorar continuamente.
	Línea de acción 3: difusión de alertas de seguridad del paciente	Su objetivo es el buen reporte y análisis de los mismos para así determinar el momento de la falla de manera oportuna o que no se vuelva repetir.
ESTRATEGIA 5: ARTICULACIÓN DE COMPONENTES DEL SOGC		A nivel nacional el ministerio de la protección social (MPS) ha introducido la Política de Seguridad del Paciente, a través de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS): que son: Habilitación, PAMEC, Acreditación, Sistema de Información para la Calidad, lo que hace que sea de obligatorio cumplimiento para prestadores de servicios de salud y aseguradores.

Fuente: elaboración propia a partir herramientas de seguridad del paciente (Minsalud, 2007).

5.2 Capítulo III

Eventos adversos que presentan en los servicios de salud

Actualmente Colombia se encuentra en una era de constante mejoramiento en materia de salud, guiado por regulaciones colombianas anotadas en grandes apartados como lo son el sistema obligatorio de la garantía en la calidad en salud, inicialmente por la habilitación y a la vez su sistema de información para la calidad, teniendo en cuenta los procesos terminados en auditorias, que van a facilitar la mejoría continua. Obligándonos en este documento a hacer referencia de eventos adversos en la atención en salud, ubicando a través de artículos encontrados en bases de datos, los eventos adversos, que son prevalentes e incidentes en el territorio nacional. (Ministerio de la protección social, 2006)

Actualmente a nivel mundial se ha estimado que uno de cada diez pacientes, que son admitidos para tratamiento en entornos intrahospitalarios sobrellevan eventos adversos, el cual en gran medida tienen un alto riesgo desde ser mínimos hasta terminar en la discapacidad o muerte del paciente. Teniendo en cuenta que un aproximado general por instituciones que se cuenta con incidencia de eventos de 9% de los cuales 43% se consideran evitables. (Vries, 2008). Respecto a Latinoamérica, se conoce el estudio IBEAS, el cual encontró un aproximado de 20% de eventos adversos asociados a la atención en salud. (Ministerio de protección social, 2018)

Entrando en materia, en Colombia son limitados los estudios de eventos adversos secundario al déficit en la notificación de estos, concomitante con el déficit en inversión en investigación en salud de los entes gubernamentales. Sin embargo, a partir de junio del 2008, se expidieron los lineamientos para la implementación de la política en seguridad del paciente, a través de la unidad sectorial de normalización se desarrolla un documento en el cual se retoman las prácticas clínicas claves para el correcto desempeño en materia de seguridad del paciente, teniendo en cuenta desde la implementación de políticas, prevención de los EA (eventos adversos). (Ministerio de la protección social, 2008)

Así mismo es publicado en el 2018 un documento a través del ministerio de la protección social en la cual se agrupan los conceptos en contexto de seguridad del paciente en el cual se brindan a las instituciones las principales consideraciones técnicas acerca de prevención en materia de EA.

Un documento publicado en la revista de salud pública volumen 10, realizado por autores pertenecientes al instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad nacional de Colombia, en el cual fue examinada una muestra de 6688 durante el periodo de vigilancia, en los cuales se detectaron un total de 310 pacientes los cuales presentaron mínimo un evento adverso, de los cuales se consideraron evitables el 61%. Tomando como eventos de tamización o eventos adversos más frecuentes, en orden de frecuencia, readmisión no planeada como resultado del cuidado general dado al paciente, infección nosocomial o infección adquirida en el hospital, readmisión no planeada a la unidad de cuidados intensivos u otra área de cuidado especial, traslado no planeado o reingreso a sala de cirugía, extracción, lesión o reparación de un órgano o estructura no planeada durante la cirugía, estas anteriores como los eventos adversos más prevalentes para el estudio en cuestión. (Gaitán, 2006)

Dentro del estudio describen según el porcentaje, la atribución como factor de riesgo a cada evento adverso, siendo el más prevalente dentro de deficiencias en el desempeño los errores técnicos y la monitoria inadecuada, dentro de deficiencias en el diagnóstico, se evidencian a demoras evitables en el proceso diagnóstico, deficiencia en prevención como la falta de estrategias para prevenir el EA, deficiencias sistémicas, como demora en la provisión del cuidado, siendo este un estudio muy completo respecto a los factores de riesgo que al final son las causas indirectas de estos accidentes. Esto no alcanza para dar datos a nivel nacional, sin embargo, da una idea, de las consideraciones actuales respecto a estos eventos, los autores (Gaitán y Eslava 2006), dan como conclusión que la evitabilidad de los eventos adversos fue significativa para el estudio.

No es diferente en otros estudios realizados en Colombia como lo es el publicado por (Palacios y Uriel 2012), con nombre de Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia, en el cual se realiza un estudio de casos y control en pacientes hospitalizados, con una muestra de 21219 pacientes, atendidos en las

entidades pertenecientes al estudio, entre julio 1 a diciembre 31 del 2008, describen que el 25% de las instituciones adscritas presentaron un EA, y que en general se denoto una prevalencia del 6.8% y un 33% de los pacientes tuvieron más de 1 evento adverso, refiere el artículo que los hombres presentaron un 2% más eventos adversos que las mujeres en esta población con un 5.9% en contra de un 8.7%, se condiciona la edad como factor de riesgo secundario a que la mayor prevalencia de los EA, se dieron en el grupo etario de 80 y más años, seguidos del grupo de 60 a 69 años. (Palacios, 2012)

El estudio anota los eventos adversos los cuales son en orden de frecuencia, infección hospitalaria, re hospitalización, complicaciones quirúrgicas, problema relacionados con medicamentos que implican daño al paciente y otros; todos estos eventos adversos aumentaron la estancia hospitalaria en 17 días. Emergen tablas comparativas en la que se asocia un OR significativo, al servicio de estancia del paciente con el EA, por ejemplo la estancia en uci con un OR de 6.47, estancia general con un OR de 5.22, sin embargo hemos de resaltar que en el presente estudio no se tiene en cuenta los datos relacionados con la condición clínica del paciente, dan como conclusión los autores, que en general, en comparación con otros artículos los datos son acertados, la edad es un factor de riesgo importante, los EA más prevalentes son las complicaciones quirúrgicas, los cuales refieren y son evitables, que los fallos y el aumento en la prevalencia de estos es secundaria a fallos en técnica humana, que condicionan en todos los referentes al aumento de la estancia hospitalaria. (Palacios, 2012)

No obstante, desde el área de enfermería en Colombia también se han realizado estudios en materia de eventos adversos que nos permiten darnos idea de lo que sucede en el país respecto al tema, como lo es el estudio de (Navas y Alvarado 2015) con nombre de Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería, publicado en la revista cubana de enfermería, realizado con el fin de caracterizar la población, factores de riesgo relacionados con el paciente ambiente y personal asistencial, con una muestra de 198 pacientes, los cuales a la admisión del servicio hospitalario se realizaba un formulario para favorecer a la estratificación del riesgo; en este formulario se tuvieron en cuenta a grosso modo información general, datos del paciente y antecedentes, factores contributivos y aspectos relacionados. (Navas, 2015)

Como resultados se obtuvieron que de la muestra de 198 pacientes un 16,1% presento algún evento adverso, de este grupo un 65% presento 2 eventos adversos y un 9% presento tres eventos adversos, el evento adverso mayor presentado fue la ulcera por presión en el paciente internado; se asocian como factores de riesgo dividiéndolo secundario a paciente como más prevalente un cambio en el estado de ánimo y confinamiento a la cama, como consideraciones respecto a las comorbilidades de los paciente, están las cardiacas y psicosociales y respecto a las extrínsecas, el tubo de tórax y el respirador, los autores dan como conclusión del estudio la importancia de la verificación de los múltiples factores descritos anteriormente a la hora de abordar un evento adverso.

Añadiendo al tema se evidencian estudios en poblaciones puntuales como lo es el estudio por autores como (Parra y López, 2017) con el nombre de “Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá” el cual como lo dice el enunciado tiene como objetivo determinar a raves de historias clínica la prevalencia de eventos adversos en la población pediátrica de la entidad descrita. Se tomó una muestra de 337, cumpliendo con criterios de guía IBEAS, de los cuales el 35% sufrieron alguna lesión y de estos el 23% asociado a la asistencia sanitaria y el otro 9.5% asociado a la enfermedad, otro 33,7% que no presentaron lesiones, 11.2% relacionados por la asistencia sanitaria y el otro 15.4% asociado a la enfermedad, el resto de personal no cumplió con criterios de inclusión para el estudio. (Parra, 2017)

Refiere el estudio en cuestión que la mayoría de los eventos adversos descritos en este documento son relacionados con la historia natural de la enfermedad, por lo que no guardan relación con el proceso asistencial, a este le sigue en orden de frecuencia las IAAS (Infecciones asociadas a la atención en salud) y posterior a ese se encuentran eventos adversos asociados a medicación o algún procedimiento. Otro apunte importante que mencionan es el hecho de que se presentación más accidentes secundario a omisión que es la no realización de medidas para evitar los EA que por comisión que es la mala realización o lo sucedido a raíz de la acción. (Parra, 2017)

Igual que en estudios anteriores descritos, los autores (Parra y López, 2017) mencionan que es importante la estratificación de los factores de riesgo del paciente, aquí se clasifican en

extrínsecos e intrínsecos respectivamente, como conclusión dan que el estudio denota la necesidad de la mejoría y el compromiso en la capacitación del personal asistencial para disminuir los EA relacionados y el compromiso global para la disminución de las IAAS, se considera que la bibliografía para comparación con otros estudios en población pediátrica es escasa y no es posible el contraste con población adulta, es importante la intervención del proyecto latinoamericano IBEAS, en este proyecto se recomienda la adaptación de formatos de cribado y MRF2 en instalaciones pediátricas. (Parra, 2017).

Enfocándose en la estancia en servicios de salud se denota a nivel general que el número de días y el servicio en el que se encuentra generan un aumento en la incidencia de eventos adversos, comparando en este caso puntual el documento por los autores (Villareal y lozano, 2014) con nombre de Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte, en el cual se toma como objetivo determinar los EA, obtenidos en un lapso de tiempo derivado de la atención en salud, los datos fueron tomados de la base de datos institucional de múltiples servicios, contando con el debido reporte del EA, en este estudio se realizó a través de tablas la distribución de los eventos adversos con frecuencia en este

caso por servicios, ordenados de mayor a menor incidencia, hospitalización, UCI adultos, urgencias, laboratorio, cirugía. (Villareal, 2014)

Analizando los datos anteriores se denota el servicio de cuidado crítico de segundo en frecuencia de EA, siendo que en realidad la capacidad instalada es de un 75% menor, por lo anterior se considera que hay un número elevado de EA, por cama instalada. Es importante la observación del número de incidentes reportados cuya mayor incidencia es en el servicio de hospitalización, en este estudio secundario a que como anteriormente se documentó, ahí se encuentra el mayor número de la muestra. Llegando al motivo de nuestro objetivo descrito, a continuación, según el estudio se mencionan cuáles son los eventos adversos más prevalentes registrados en la unidad de cuidados intensivos, en una institución al norte del país, en primer lugar, infección nosocomial, úlcera por presión, neumonía asociada a ventilación mecánica, flebitis en sitio de punción, retiro del catéter central por parte del paciente, laceración de piel por esparadrapo. (Villareal, 2014)

Analizando datos del documento anterior, los EA más comunes son acordes a los encontrados en otros artículos de investigación, sin embargo en el anteriormente mencionado destacan que la estancia en unidad de cuidados intensivos se comporta como factor de riesgo para presentarlos, atribuible a la condición de ingreso de los mismos, se encuentra la mayor incidencia de EA no evitables, por lo anterior la creación de estrategias encaminada a los evitables se basa en capacitación del personal para afrontar las situaciones generadoras del riesgo. (Villareal, 2014)

Es importante destacar otro de los servicios que presenta un sin número de eventos adversos, como lo es el servicio de urgencias, se tiene en cuenta este artículo de investigación por autores de (Arbony y Chacón, 2008), con nombre de Reacciones y eventos adversos por medicamentos en ancianos que consultan un servicio de urgencias, el cual es un poco limitado solo a RAM(reacciones adversas medicamentosas) sin embargo genera datos menores de reporte de eventos adversos, como objetivo está el de determinar los eventos adversos en la población escrita, con una muestra de 400 individuos, se realizó una caracterización de la población, y se tomaron en cuenta las patologías de base y edad, se obtuvo como dato de importancia que el 6.95 de los pacientes presentaron efectos adversos en su mayoría de tipo gastrointestinal, luego sistema cardiovascular, no fueron significantes las relaciones entre la edad y los EA, sin embargo se vio un aumento en la incidencia en el grupo con múltiples comorbilidades. (Arbony, 2008)

Actualmente en Colombia no se tiene en cuenta de manera vigorosa lo que es la fármaco vigilancia, por ejemplo en pacientes poli medicados, siendo esto un evento adverso común poco explorado, concomitante con la automedicación de los pacientes hacen de esto un caballo de Troya al momento de la atención por el servicio de urgencias, la estrategia del presente artículo es llevar a cabo educación a los pacientes para prevenir eventos adversos el correcto uso de los mismos, evitar la poli medicación, no obstante los entes territoriales deben poner freno a la venta sin prescripción de la medicación evitando así un sin número de RAM. (Arbony, 2008).

6. Metodología

Este estudio obedece a un tipo de investigación descriptiva donde se recogieron de diferentes fuentes información actualizada, ordenada generando una búsqueda de información de procesos que son importantes acerca del tema de investigación tomado, como es el comportamiento de la Seguridad del paciente en Colombia, se obtuvo de una revisión bibliográfica obteniendo artículos en español de fuentes informáticas como son páginas del Ministerio de Protección Social, cochren, scielo, redalyc, pubmed, elservier, donde se encontraron datos a nivel nacional sobre el comportamiento de la seguridad el paciente en Colombia respecto a las políticas, estrategias que los entes gubernamentales optaron para realizar mejoras frente a la calidad de atención en los centros de salud, y artículos a nivel internacional sobre los diversos eventos adversos frecuentes que se presentan en los servicios de salud.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica necesaria se inició a desarrollar la monografía en 3 capítulos que describen los objetivos general y específicos de la investigación a realizar unos de sus capítulos en identificar las políticas de seguridad del paciente implementadas a nivel nacional, un segundo capítulo donde se describen la estrategias existentes en torno a la seguridad del paciente en los prestadores de servicios de salud y aseguradoras en salud y un último capítulo y no el menos importante donde se establece los eventos adversos que se presenta en los servicio de salud de acuerdo a los estudios a nivel nacional e internacional mediante búsqueda de artículos científicos en bases de datos estrategias de seguridad de paciente.

Para este caso se inicia con la base legales de nuestro país como el decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 21016 (habilitación), Decreto 903 de 2014 (acreditación; eje trazador estándares de acreditación, políticas de seguridad de paciente, guías de buenas prácticas, posterior se realizó un análisis respecto a las políticas, estrategias y eventos adversos con base a la revisión de literatura académica y los diversos documentos de los organismos gubernamentales.

7. Conclusiones

- Desde que el Ministerio de la Protección Social impulsó e implementó la cultura de política de seguridad del paciente en Colombia de la mano del sistema obligatorio de garantía y calidad en salud en todos los niveles jerárquicos se han podido ofrecer mejores en las garantías en la atención de los usuarios para sus prestadores y aseguradores creando un cambio en las costumbres en cuanto a la responsabilidad y la forma de transmitir la importancia de los riesgos que atentan contra la integralidad del personal de salud y del usuario, creando un ambiente en lo posible seguro para todos.
- La seguridad del paciente es un problema que preocupa a nivel mundial debido a que se han producido fallas en la atención desde los desarrollados hasta los subdesarrollados, en nuestro país se implementó la política de seguridad del paciente en base a estudios desarrollados por otros países, aun así lentamente se empezó a tomar conciencia de las afectaciones que un mal proceso acarrea, pero esto aporta a la salud de nuestro país; acarreando un gran avance permitiendo adaptar sus estrategias e iniciar con investigaciones y estudios a base de nuestros propios reportes.
- Las estrategias implementadas por los entes gubernamentales de nuestro país, y que han sido de obligatorio cumplimiento han contribuido a reducir los costos de manera directa e indirecta volviendo la política de seguridad del paciente primordial a la hora de brindar calidad en atención, puesto que permite reconocer los procesos y procedimientos errados, aprender y mejorar; por lo que es importante involucrar todos los actores desde el paciente hasta sus familiares, y los profesionales en salud, siendo importante que en las instituciones las responsabilidades y compromisos deben empezar desde el personal líder, creando conciencia al personal, de salud y esto permitirá la mejora continua.

8. Referencias bibliográficas

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2006). Decreto 1011. Recuperado en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/SectorBelleza/Galera%20de%20descargas/Normatividad/Decretos/Decreto%201011%20de%202006%20-%20Sistema%20Obligatorio%20Garant%20C3%20ADa%20Calidad%20en%20Salud%20SOGC.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Recuperado en: www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenciónEnSalud/LINEAMIENTO%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACIÓN%20DE%20LA%20POLÍTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf

E. de Vries, Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & safety in health care*, 17(3), 216–223. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>

Ministerio de Protection Social. (2018). Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. Disponible en: <https://www.visitaodontologica.com/ARCHIVOS/ARCHIVOSNORMAS/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/D%20ESTUDIO%20IBEAS%20Y%20LA%20PSP.Pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2010). Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Recuperado de: https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbac J, Rodríguez-Malagon N, Forero-Supelano V, Santofimio-Sierra D, Altahona H (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia. Recuperado de:

<https://scielosp.org/article/rsap/2008.v10n2/215-226/>

Parra P., López R. J. S., Puerto G. A. H., & Galeano G. M. L. (2017). Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. Revista Facultad Nacional De Salud Pública, 35(2), 284-292. Recuperado en:

<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a12>

Jennifer Navas-TorresI; Enf. Paula Alvarado-MurielI;Enf. José Luís González-Cartagena I ; Enf. Silvia Alejandra Delgado-OrtizI; Enf. Clara Lucía DomínguezI; Enf. Haddiana Valero-Cárdenas. (2021). Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería. Recuperado en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v30n1/enf03114.pdf>

Villarreal Cantillo, Elizabeth, & Lozano Brun, Wendy, & Mendoza Ballesteros, Susana Patricia, & Montenegro Hernández, Nelly, & Olarte Fernández, Adriana Carolina. (2014). Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81737153012>

Rocco C, Garrido A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Recuperado en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Bohígas L. (2003). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112003000400011&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112003000400011&lng=es&tlng=es)

Palacios Arlex. (2021). Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261123426003.pdf>.

Luengas S. (2009). Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático en los riesgos para la atención en salud. Recuperado en:

<https://oes.org.co/download/seguridad-del-paciente-modelo-organizacional/>

Ministerio de Salud. (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Recuperado en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACION%20DE%20LA%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>>

Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Recuperado en:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

Franco, A. (2006). Fundamentos de Seguridad al Paciente, Para Disminuir Errores Médicos. Recuperado en:

<https://books.google.com.pe/books?id=acpIU9IAbEwC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>

Moya Sáenz O. (2018). La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido? Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 17, núm. 34, Recuperada en:

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/545/54555308008/54555308008.pdf>

Yepes C, Marín Y. (2017). Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia. Recuperado en:

<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3594/40524>

Ministerio de la Protección Social. (2008). Resolución 01470. Recuperado en:

<https://www.normassalud.com/archivos/514070b1acaf47d0e38efbd1d093b7f9811f086ce9f05333b0cc77af046c87b3>

Ministerio de la Protección Social. Paquetes instruccionales buenas prácticas para la Atención en salud. Recuperado en:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf

Ministerio de Salud. (2014). Gestión Integral del Riesgo en Salud, Rol del Asegurador e Incentivos. Recuperado en:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Eficiencia_con_calidad.pdf

Ministerio de Salud. (2007). Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Recuperado en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/herramientas-seguridad-paciente.pdf>

