

**ANÁLISIS DE PROCESOS ESTRATÉGICOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
ESPAÑA VS COLOMBIA**

**CLAUDIA ZORRO GARZÓN
LUISA FERNANDA TAPIA
PAOLA AGUDELO**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE SALUD
BOGOTÁ D.C.
2017**

**ANÁLISIS DE PROCESOS ESTRATÉGICOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
ESPAÑA VS COLOMBIA**

PRESENTADO POR:

CLAUDIA ZORRO GARZÓN
Fisioterapeuta

LUISA FERNANDA TAPIA
Fonoaudióloga

PAOLA AGUDELO
Enfermera

DOCENTE:

ALEJANDRA VALENZUELA CAZÉS
Asesora Proyecto de Investigación

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE SALUD
BOGOTÁ D.C.
2017

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
3. OBJETIVOS.....	10
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4. ELEMENTOS CONCEPTUALES	11
4.1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	11
4.2. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD EN COLOMBIA.....	11
4.3. CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).....	11
4.3.1. Disponibilidad.....	11
4.3.2. Accesibilidad.	12
4.3.3. Aceptabilidad.	12
4.4. MARCO NORMATIVO DE LA CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA	12
4.5. SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA	13
4.6. PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) DE ESPAÑA.....	15
4.7. MARCO NORMATIVO DE ESPAÑA.....	16

4.8. POLÍTICA PÚBLICA.....	17
4.9. SEGURIDAD DEL PACIENTE	18
5. METODOLOGÍA.....	20
5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	20
6. RESULTADOS	21
6.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE COLOMBIA.....	23
6.2. CONCEPTO DE CALIDAD DESDE ESPAÑA.....	23
7. DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	33

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Desarrollo normativo sobre el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud en Colombia	13
Tabla 2. Desarrollo normativo sobre el plan de calidad para el sistema nacional de salud	16
Tabla 3. Líneas estratégicas en la seguridad del paciente	21
Tabla 4. Sistema de seguridad social en salud, Colombia y España	23

RESUMEN

La seguridad del paciente es creada con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos frente a las instituciones prestadoras de salud, ya que en la actualidad se presentan situaciones o factores que pueden afectar la salud a los usuarios.

Por esta razón es necesario resaltar que se debe brindar información relativa sobre herramientas que permitan realizar procedimientos seguros y confiables frente a cualquier procedimiento con el paciente, resaltando que el sistema de salud es muy complejo y de alto riesgo si no se lleva a tener un buen control de la situación.

En muchos países se ha logrado obtener varios avances significativos en la naturaleza y daño de los eventos adversos, aquí podemos mencionar uno de ellos a España que es un país pionero en la seguridad del paciente, ya que se han realizado muchas investigaciones y estudios para mejorar la salud de los usuarios teniendo como buen resultado la solución de los diferentes daños causados en los pacientes.

Para finalizar se puede decir que en Colombia, las personas que presentan más obstáculos y/ barreras para acceder a servicios de salud en Colombia son de bajos recursos dados por un sistema de salud con errores, que lleva a su vez a que estas personas no acudan a estos servicios, y así poniendo en riesgo la salud. Esta sería una de las razones por las cuales dentro de la investigación se encuentra falencias significativas en la atención oportuna bajando así los niveles de calidad en salud, aunque cabe destacar que así como España, presentan líneas estratégicas que les permite la resolución de diferentes eventos adversos frente a la seguridad de los pacientes.

Palabras claves: paciente, seguridad, calidad, salud, evento, daño, causa, negligencia, investigación, responsabilidad, profesional, ética, consulta, análisis, riesgo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este proceso investigativo tiene como objeto analizar las líneas estratégicas de la seguridad del paciente, teniendo en cuenta aspectos históricos importantes que han marcado el contexto político, social, cultural y económico; al realizar una revisión de la literatura actual hay diversos actores influyentes en la política pública, uno de los más importantes es la perspectiva de Laswell.

Los primeros estudios realizados en este tema iniciaron aproximadamente en la década del año 1950 hasta 1960, algunos estudios revelan el infortunio que generan los eventos adversos, no obstante, para aquella época este tema no recibió la debida atención. A partir de 1990, inicia la disponibilidad de pruebas científicas, que demuestran la relevancia e impacto de los eventos adverso sobre la salud de las personas, a través de la publicación de resultados en Harvard Medical Practice Study, quien marca un hito en la sensibilización de los grupos interesados. Además, se desarrollaron posteriores investigaciones en Australia, Estados Unidos de América, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Así por ejemplo en 1999 con la publicación de To erris human: Building a saferhealthsystem (errar es humano: construcción de un sistema de salud más seguridad (1), el cual dio gran claridad en el estudio de la Práctica Médica Utah-Colorado sobre muertes causadas por fallas médicas cuyas cifras ascendían a 44.000; por otro lado el estudio de la Práctica Médica de Harvard evidenció 98.000 por similares prácticas (Ver Anexo 1) (2).

En 1984 en el Estado de Nueva York se toma una muestra de 30.000 registros médicos en 50 hospitales en la atención de pacientes en estado crítico; el cual reveló que el 3.8% de los pacientes habían sufrido una lesión a causa de procedimientos médicos, el 69% de estas lesiones eran evitables y el 14% de estos errores causaron la muerte del paciente (3).

En efectos estos datos colaboraron para la implementación de medidas inmediatas de estricto cumplimiento, sobre todo priorizando el tema en debates como una problemática de salud pública y su ejecución desde las políticas públicas a nivel mundial.

Por otra parte, cada etapa del proceso de atención sanitaria presenta cierto grado de riesgo intrínseco donde acarrea efectos secundarios debido a la administración y mezcla de medicamentos; además otra forma de presentarse el riesgo es cuando está asociado a cualquier instrumento o dispositivo médico, fallas humanas o las deficiencias del mismo sistema dando como resultado los eventos adversos.

Ya desde un esquema institucional la Organización Mundial de la Salud (OMS),

refiere objetivos finales, básicos o específicos del sistema de salud bajo los siguientes aspectos: en primera instancia pretende mejorar la salud de la población, seguido en ofrecer un trato adecuado a los usuarios en los servicios de salud, y finalmente garantizar seguridad financiera en materia de salud. Teniendo en cuenta el primer ítem es considerado un aspecto primordial en el aseguramiento de la calidad de los pacientes como base fundamental en la atención sanitaria.

En relación con la implementación de la Política Pública de Seguridad del Paciente en Colombia, se desarrolla el documento denominado “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”; que contempla “un modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este documento, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país” (4).

Sin embargo, para describir una problemática desde nuestro objeto de estudio “seguridad del paciente desde los actores sociales”, se direccionó la monografía tomando como eje el marco de la política de la seguridad del paciente en España, donde las investigaciones se orientan a mejorar la calidad de la salud centrandose en la atención, en procesos estratégicos de prevención, prácticas seguras y protección al profesional de manera responsable sobre los eventos adversos que se puedan desarrollar durante la intervención.

En esa medida se buscó realizar un análisis de líneas estratégicas en Colombia vs España, con el fin de determinar el enfoque, factibilidad, implementación y evaluación permanente de los actores sociales asociados con la seguridad de los pacientes, para así establecer medidas que vayan más allá de un simple prevención de infecciones, daños y errores de ejecución durante el procedimiento y obtener resultados preliminares que se asocian al mejoramiento de la salud de manera integral.

1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué importancia tienen las líneas estratégicas de seguridad del paciente en España, si lograrse aplicar en Colombia?

2. JUSTIFICACIÓN

Los eventos adversos en los usuarios se han venido incrementado según investigaciones realizadas en diferentes instituciones de salud, correlacionadas en primera instancia por negligencia o poco conocimiento sobre herramientas que se pueden utilizar para prevenir la ocurrencia de situaciones que lleguen a afectar la seguridad de los pacientes.

Por otra parte, lo que se intenta con esta monografía es el análisis de las líneas estratégicas de seguridad del paciente en España vs Colombia y además comparar las medidas de prevención contra los riesgos que se presentan a diario, para así poder aplicarlas en Colombia ya que España es un país pionero en garantizar el bienestar del individuo.

Así mismo se tendrá en cuenta un soporte conceptual sobre las diferentes herramientas aplicadas en las instituciones de salud relacionadas con la seguridad del paciente, motivo por el cual los procesos y conocimientos sobre las barreras de seguridad serán útiles para prevenir cualquier evento adverso e identificar de una manera oportuna el impacto que pueda tener en nuestro país.

En consecuencia es necesario realizar una comparación de los dos países a partir de los estudios analizados, dado que principalmente los actores involucrados directamente, son las instituciones y personal profesional que tienen a cargo a los usuarios; los aspectos mencionados anteriormente, son importantes, ya que de ellos depende tener un buen control sobre los factores concurrentes que se pueden presentar durante las intervenciones con los usuarios, lo cual pueden ser situaciones que afecten la seguridad del mismo.

Para finalizar es importante resaltar que los profesionales de la salud son un eje fundamental dentro de los actores que velan por la seguridad del paciente, en particular se requiere conocer de manera pertinente las acciones enfocadas en la prevención y reducción del daño innecesario a los usuarios. Considerando ahora que el sistema al ser un prestador de servicios, debe garantizar de forma oportuna la calidad de atención en cada proceso sin tener negligencia alguna de un individuo en particular.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis comparativo de procesos de la política pública y la seguridad del paciente en Colombia vs España a través de revisión bibliográfica, con el fin de generar de manera preliminar aspectos relevantes que orienten el aseguramiento de la calidad de los usuarios en el país.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recopilar información sobre procesos de política pública en la seguridad del paciente en España vs Colombia para resaltar la importancia de prevención desde los contextos político, social, cultural, económico y entre otros.
- Categorizar los actores influyentes en la política pública desde una perspectiva de Laswell.
- Analizar los procesos que están inmersos en cada una de las líneas estratégicas de la política pública en la seguridad del paciente.

4. ELEMENTOS CONCEPTUALES

4.1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El Sistema de salud está compuesto por un conjunto de instituciones, normas y procedimientos, en donde la persona - comunidad puedan gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de planes y programas que son otorgados por el estado en conjunto con la sociedad. Así mismo se proporciona la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que deterioran la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual e integral de la comunidad (5).

4.2. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD EN COLOMBIA

Con respecto al sistema de salud colombiano, presenta dos regímenes de aseguramiento que dan cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), los cuales se encuentran vinculados al fondo de recursos FOSYGA (fondo de solidaridad y garantía); también se dice que las personas asalariadas, pensionados, trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores al salario mínimo legal vigente tiene que afiliarse obligatoriamente al Régimen Contributivo.

Por esta razón las personas pueden elegir de manera libre las entidades promotoras de salud (EPS) a la cual se quieren afiliar ya sea pública o privada, es decir que la afiliación al sistema de salud es de manera obligatoria.

Por otra parte se dice que la constitución de 1991, incluye el derecho a que todas las personas colombianas reciban atención a la salud, ya que la prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados.

4.3. CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

En cuanto a la calidad de la atención se tiene como referencia desde el objeto de estudio los siguientes ítems: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad (6).

4.3.1. Disponibilidad.

En cuanto al ítem de disponibilidad, debe contar con un número suficiente de recursos comprendidos en establecimientos, bienes, servicios públicos y en programas en salud. Por lo tanto, en el marco de la distribución es indispensable estar en función de la población, resaltando que el análisis de disponibilidad tiene en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio, ya que los indicadores de gestión se enfocan en un determinado número de

personas en la población.

Como resultado, “la cobertura depende de la existencia de una red de servicios, compuesta de establecimientos diseñados para atender tanto los problemas generales de salud como los específicos de diversos grupos de la población del País”.

4.3.2. Accesibilidad.

Como principio fundamental en la atención en salud se encuentra la accesibilidad a todos, sin discriminación alguna dentro de la jurisdicción del estado. A continuación este ítem presenta cuatro dimensiones superpuestas:

En primer lugar, la *no discriminación* contemplado como un derecho enfocado a los sectores más vulnerables y marginados de la población. Luego, la *accesibilidad física*, que deberá estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial las minorías étnicas y poblaciones indígenas, mujeres, niños, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidades y personas con VIH/Sida. Después la *accesibilidad económica (asequibilidad)*, comprendido en los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos sustentados desde el principio de la equidad. Finalmente, el *acceso a la información*, desde el derecho por parte de los usuarios y otras instancias en solicitar, recibir y difundir información para cuestiones relacionadas con la salud.

4.3.3. Aceptabilidad.

Con respecto a la aceptabilidad, se enfoca en respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas (7).

4.4. MARCO NORMATIVO DE LA CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA

En cuanto a la normatividad, se encuentra como eje fundamental la Ley 100 de 1993, quien enfoca la calidad de la atención en los proveedores de salud quienes tienen la obligación de establecer mecanismos para medir la efectividad sustentada en metas. En efecto han existido reformas al Sistema General de Salud que conducen a la creación de sistemas de salud excluyentes, como resultado el precio pagado es un factor determinante para el acceso a los servicios.

Tabla 1. Desarrollo normativo sobre el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud en Colombia

DESARROLLO NORMATIVO SOBRE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA			
DECRETO 1996	2174	DE	Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
DECRETO 2002	2309	DE	Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
DECRETO 2006	1011	DE	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fuente: Elaboración propia.

En particular, la Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención (SOGC) en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (8).

4.5. SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA

En relación a la constitución de España en 1978 establece en su artículo 43 todo lo concerniente al derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de la salud para todos los ciudadanos. Por lo tanto, se refiere a un conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.), quienes integra todas las funciones y prestaciones sanitarias de acuerdo con la ley, el cual son responsabilidad de los poderes públicos.

En consecuencia los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho son:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.

- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

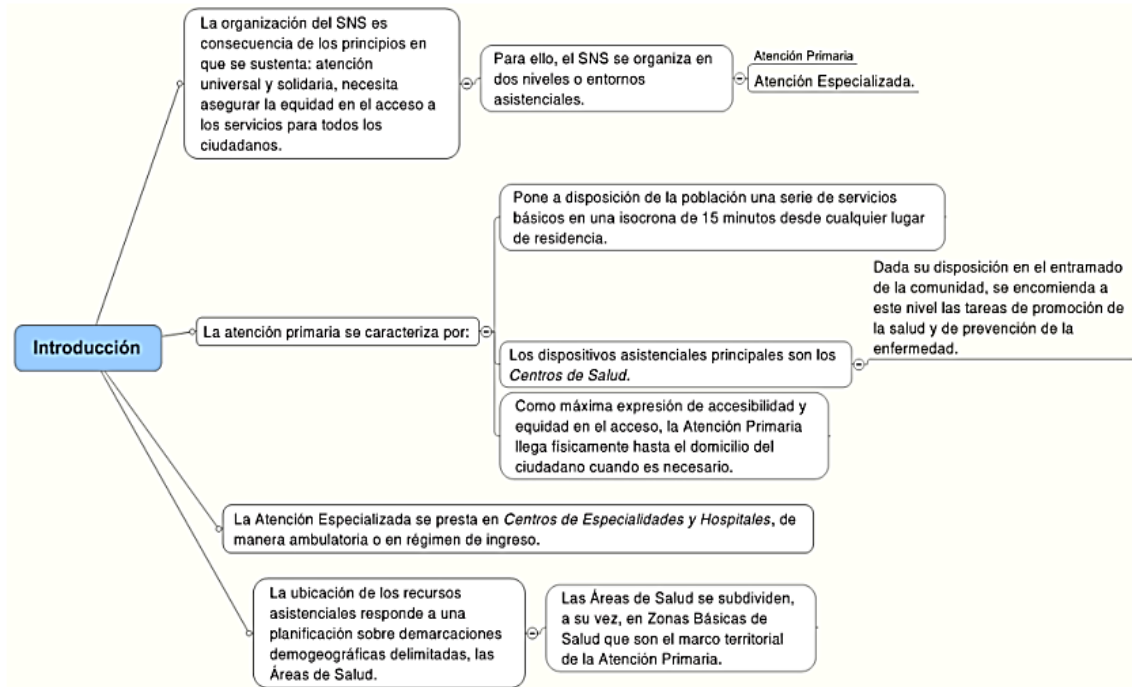
Al mismo tiempo el Sistema Nacional de Salud, esta organizado en dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Especializada, donde el acceso a los servicios de salud se enfoca de forma espontánea en los ciudadanos y en la complejidad tecnológica; en efecto se prioriza atención oportuna y de alta calidad.

Como primer nivel está el servicio sanitario o Atención Primaria la cual se caracterizan por tener una gran accesibilidad y por la suficiente capacidad de resolución técnica para abordar de una manera íntegra los problemas de salud. Además la atención es inicial con los cuidados básicos, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente. Así mismo se contempla actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, así como la rehabilitación física y el trabajo social, entre otros.

Por otro lado está el segundo nivel o Atención Especializada donde cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de alta complejidad, cuya eficiencia está dada por el engranaje del acceso desde el primer nivel de atención. En particular, se presta en los Centros de Especialistas y Hospitales, de manera ambulatoria.

Con la finalidad de realizar un tratamiento oportuno al paciente, sumado con una información clínica donde posteriormente retorna al médico de Atención Primaria; profesional quien es responsable de disponer de una Historia Clínica sanitaria la cual garantiza la visión clínica y terapéutica global. Por ello permite que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la atención equitativa que independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias de cada paciente, es atendido en el propio domicilio o lugar de residencia.

Figura 1. Sistema de Salud de España



Fuente: Centro de Estudios - CEDE. Procesos Diagnósticos Clínicos Y Productos Ortoprotésicos. Tema III: Descripción de los niveles de atención sanitaria. Atención primaria: Centro de Salud, organización, funciones, control de calidad. Atención especializada: Organización. [Online]. Available from: https://www.serina.es/empresas/cede_muestra/216/TEMA%20MUESTRA.pdf.

4.6. PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) DE ESPAÑA

En cuando a la calidad del servicio sanitario está dirigido a toda la ciudadanía e impulsa asistencia de excelencia, centrada en los pacientes y sus necesidades. Además se compromete a apoyar al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible, este se fundamenta en 6 grandes áreas de actuación que se concretan en 12 estrategias, expresados de la siguiente manera:

- a. Área de Protección, promoción de la salud y prevención comprendido desde la salud y hábitos de vida y proteger la salud.
- b. Área de fomento de la equidad, encaminado a impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas. Además se perfila en el análisis de políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género.

- c. Área de apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud enfocado en la adecuación de los recursos humanos del SNS a las necesidades de los servicios sanitarios.
- d. Área de fomento de la excelencia clínica: en primera instancia contempla la evaluación de las tecnologías y procedimientos clínicos y de gestión. Seguido en la acreditación y auditar centros y servicios sanitarios. Además en mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS. También en mejorar la atención a pacientes con determinadas patologías. Y finalmente en la mejora de la práctica clínica.
- e. Área de utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos centrado en la sanidad en línea.

Área de aumento de la transparencia, teniendo como eje central el diseño de un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible (9).

4.7. MARCO NORMATIVO DE ESPAÑA

En lo referente al marco legal como eje central se estipula la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema sanitario en el artículo 59 donde se establece claramente la infraestructura de la calidad para la mejora del Sistema Nacional de Salud(SNS), el cual tiene como objetivo principal poder presidirlas actuaciones de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas y así constituir normas de calidad y seguridad que contendrán los requerimientos que deben guiar los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura. Además deben llevar registro de indicadores como métodos estadísticos que permitirán comparar la calidad de diversos centros y servicios sanitarios de forma homologada, ajustada al riesgo. Así mismo deben contar con guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial, que son descripciones de los procesos por los cuales se diagnóstica, trata o cuida un problema de salud.

Tabla 2. Desarrollo normativo sobre el plan de calidad para el sistema nacional de salud

DESARROLLO NORMATIVO SOBRE EL PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
La Ley 14/1986, de 25 de Abril	Tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.
Ley 33/2011, de 4 de Octubre. Modificada 28 de marzo de 2014	Tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y

DESARROLLO NORMATIVO SOBRE EL PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
	en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. [Online].; 2017. Available from: <http://www.msc.es/home.htm>.

4.8. POLÍTICA PÚBLICA

El siguiente punto refiere sobre las políticas públicas, expresado como reflejo de los ideales y anhelos de la sociedad, como objetivo contempla en primera instancia el bienestar colectivo. En particular existe un fuerte protagonismo desde los diferentes actores sociales, quienes permiten entender hacia dónde se orienta el desarrollo de la intervención pública, así como en la distribución de las responsabilidades y recursos.

Por lo tanto, las políticas públicas no son solo documentos con listados de actividades y asignaciones presupuestales, sino en la materialización de la acción del Estado, como un puente visible entre el gobierno y la ciudadanía. Indiscutiblemente, el papel del Estado que juega dentro de la política pública al interior de una sociedad, no es solo de carácter instrumental en la provisión de servicios básicos o la administración de bienes públicos; sino que además resuelve problemas públicos concretos, necesidades individuales y colectivas que son definidas por la misma sociedad. Sin embargo, la naturaleza pública del Estado la hace portadora de definiciones que son el resultado de las tensiones políticas que se dan en los escenarios públicos de discusión o al interior de las oficinas gubernamentales.

Precisamente, la política pública se considera como un bien común, que por definición es un punto de controversia en lo referente a los intereses de los diversos actores en una sociedad. De hecho, el proceso de una política pública expresa la utilidad del poder público para canalizar recursos sociales en procura de la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos. Además se contempla como proceso colectivo para resolver los conflictos generados por la construcción social de lo que son los bienes comunes y su administración.

En relación con las principales dificultades para el análisis de las políticas públicas, involucra responsabilidades que en definitiva son de competencia exclusiva del gobierno y su ejecución es únicamente su responsabilidad, olvidando

todo el apoyo social y político requerido para llevarlas a cabo.

4.9. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Inicialmente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, que involucra riesgos potenciales y no garantiza la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los eventos adversos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. Además en otros estudios desarrollados en Canadá y Nueva Zelanda, cerca del 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6%.

En efecto, en relación con las consecuencias directas en la asistencia sanitaria se suman las repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y el dolor de la afectación de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos que representan en algunos países un costo anual entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses (1). Esta información ha conducido a la comunidad científica a la reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de efectos adversos derivados de la atención sanitaria y su repercusión en la vida de los pacientes.

Sin embargo, existe diversos posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad del paciente, así como en la gestión de riesgos que se orientan en la detección de las fallas, registro sistemático, análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios (10).

De igual manera, se orientan las acciones a proporcionar a los pacientes los medios para que puedan notificar las fallas de las que, en muchas ocasiones, son ellos los primeros en descubrirlas.

En este ámbito, la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomó como iniciativa lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, iniciativa (2).

Dentro de las acciones que propone esta Alianza se encuentran:

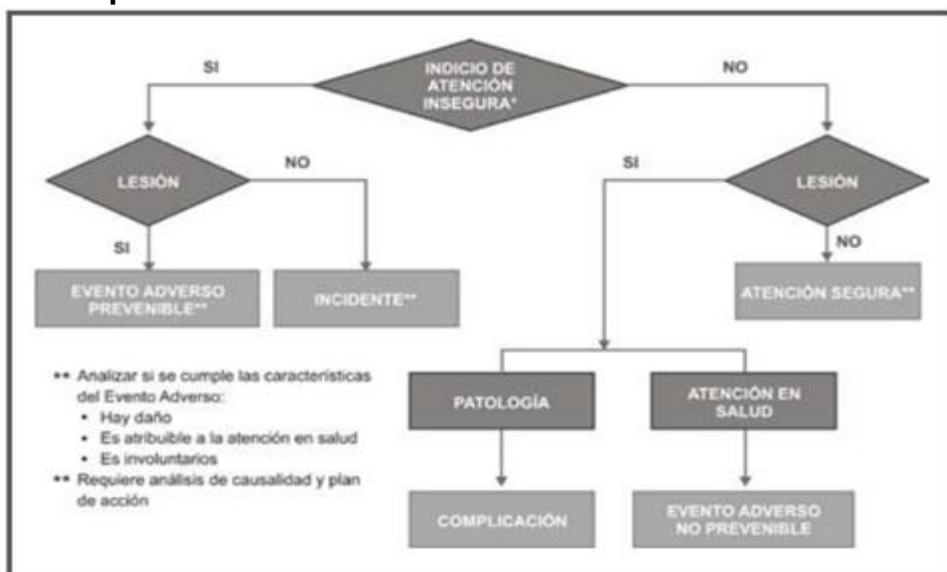
- Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada una atención limpia es atención más segura.

- Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos, así como en la identificación y la divulgación sobre las mejores prácticas.
- Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos, así como lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza.

Con respecto algunos países han desarrollado estrategias para intervenir sobre este problema, proponiendo planes y medidas legislativas en la materia, también los retos en investigación y desarrollo de sistemas de información que permitan detectar y analizar los errores; con el objetivo de facilitar la adquisición y difusión del conocimiento indispensables para controlar los efectos adversos evitables en la práctica de la atención sanitaria.

Ya en particular, Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social 8 Ministerio de la Protección Social República de Colombia expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente (11).

Figura 2. Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente Bogotá D.C.: Diseño e Impresión Buenos y Creativos; 2008.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Las razones que enmarcan este estudio son de tipo descriptivo y bibliográfico, ya que partieron de investigar sobre la importancia de las líneas estratégicas de seguridad del paciente en Colombia vs España.

Según Méndez en el 2003, indica que la investigación descriptiva utiliza criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura de los fenómenos en estudio, acudiendo a técnicas específicas en la recolección de información. Así, este estudio además de identificar características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, comprobando la asociación entre variables de investigación (12).

Basándonos en dichos conceptos se ha concretado que la investigación en una búsqueda exhaustiva de información en libros, bases de datos y páginas web, en donde nos permitirá tener más conocimiento sobre las líneas estratégicas en la seguridad del paciente, también se revisaron publicaciones en los idiomas inglés y español, los cuales necesariamente debían incluir contenido y relevancia científica, y estrictamente estructurados bajo normas Vancouver.

Visto de esta manera lo que se pretende es que a través de esta información, se obtenga más conocimientos sobre las estrategias de seguridad en el paciente que les permita a los profesionales de salud disminuir los posibles eventos adversos, con el fin de guiarlos en cualquier procedimiento y brindar una mejor atención en salud (12).

6. RESULTADOS

El resultado de la investigación fue realizar un análisis de procesos estratégicos en seguridad del paciente España vs Colombia, el cual permite identificar como se puede prevenir los eventos adversos frente a la seguridad del paciente y asegurar la calidad de los usuarios en los diferentes países.

Las variables que se tuvieron en cuenta son las siguientes, en Colombia: Estrategia educativa, promoción de herramientas organizacionales, coordinación de actores, estrategia de información, articulación de componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad -SOGC- y en España Cultura de seguridad, factor humano y formación, prácticas clínicas seguras, gestión del riesgo, sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes, participación de los pacientes, y ciudadanos por su seguridad y participación internacional.

De esta manera se presenta a continuación las líneas estratégicas que se aplican en los dos países y sus diferencias:

Tabla 3. Líneas estratégicas en la seguridad del paciente

LÍNEAS ESTRATÉGICAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	
COLOMBIA VS ESPAÑA	
ESTRATEGIA EDUCATIVA	CULTURA DE SEGURIDAD, FACTOR HUMANO Y FORMACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo • Promoción en la Universidades de la formación y la investigación en Seguridad del Paciente • Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente. 	Es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes relacionados con la seguridad del paciente y poder aprender de los errores para reducir la probabilidad de que se vuelvan a producir.
PROMOCIÓN DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES	PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS.
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores • Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad) • Promoción del reporte extrainstitucional 	Están dirigidas a promover el uso seguro de los medicamentos, prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, evitar los daños asociados a la cirugía o a los cuidados de los pacientes, que son los factores principales asociados a los eventos adversos, según los diferentes estudios epidemiológicos desarrollados a nivel

LÍNEAS ESTRATÉGICAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COLOMBIA VS ESPAÑA	
	nacional.
COORDINACIÓN DE ACTORES	GESTIÓN DEL RIESGO Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE LOS INCIDENTES.
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud • Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente • Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente 	Está orientada a la identificación y análisis de los riesgos asociados a la atención sanitaria, así como al desarrollo de planes de acción para prevenirlos e informar a los profesionales de los logros obtenidos.
ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN	PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y CIUDADANOS POR SU SEGURIDAD.
<ul style="list-style-type: none"> • Plan de medios • Difusión de Alertas de Seguridad del Paciente 	Se basa en los derechos que el individuo, como ciudadano, tiene para tomar parte en las decisiones que le afectan y en su libertad de elección dentro del sistema sanitario.
ARTICULACIÓN DE COMPONENTES DEL SOGC	INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.
<p>Se establecieron los siguientes principios transversales en la seguridad del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de atención centrado en el usuario • Cultura de Seguridad • Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. • Multicausalidad. • Validez • Alianza con el paciente y su familia • Alianza con el profesional de la salud. 	Deberían incluir aspectos para mejorar el conocimiento sobre: la magnitud y las características del riesgo clínico, la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, el impacto de los eventos adversos sobre el sistema sanitario y la identificación de soluciones coste-efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura.
	PARTICIPACIÓN INTERNACIONAL

LÍNEAS ESTRATÉGICAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COLOMBIA VS ESPAÑA	
	España viene participando activamente en las actividades desarrolladas por el Programa de seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud desde su inicio, así como en acciones de seguridad del paciente con la Organización Panamericana de la Salud.

Fuente: Ministerio De La Protección Social. Guía Práctica Del Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud SOGCS. [Online]; 2011 [cited 2017. Available from: https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf.

Por otra parte el concepto de calidad y normatividad de los dos países son de gran importancia, ya que permitirá conocer hacia donde está orientado el proceso de la atención en los usuarios.

6.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE COLOMBIA

Acerca de marco conceptual de la calidad, se describe como un proceso orientado a las necesidades y expectativas de las personas, además de ser consistente, profesional, eficiente y productivo, enfocado principalmente hacia un trato personalizado no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente.

6.2. CONCEPTO DE CALIDAD DESDE ESPAÑA

Relaciona la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad que orienta los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; evaluando el beneficio de las actuaciones clínicas a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores de sistema.

El siguiente cuadro presenta la normativa legal vigente en Colombia y España.

Tabla 4. Sistema de seguridad social en salud, Colombia y España

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	
COLOMBIA	ESPAÑA
CONSTITUCIÓN NACIONAL Y POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991	LA LEY GENERAL DE SANIDAD, 14/1986
Derechos Fundamentales: Derecho a la Igualdad sin discriminación por	Comprende la actuación sanitaria en el ámbito de la Salud Laboral,

<p>razón de sexo, raza, etnia, lengua, religión u opinión política y filosófica Derecho a la Salud cuando se encuentre comprometida la vida Art 48,49 y 50: Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.</p>	<p>concretándolos en los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover, con carácter general, la salud integral del trabajador • Actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales • Asimismo, se vigilarán las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los periodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, acomodando su actividad laboral, si fuera necesario, a un trabajo compatible durante los periodos referidos.
<p>LEY 1438 DE 2011 REFORMA DEL SGSSS EN COLOMBIA</p>	<p>LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES 31/1995</p>
<p>El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Uno de los principios que abarca es la calidad en la cual los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, proporcionados de forma integral segura y oportuna.</p>	<p>El 8 de noviembre, establece los principios generales a los que debe someterse la Vigilancia de la Salud de los trabajadores, y constituye la base normativa actual en la que se sustenta esta actividad.</p> <p>LA LEY GENERAL DE SALUD PUBLICA, 33/2001</p> <p>Dedica los artículos, 32, 33 y 34 al argumento.</p> <p>Artículo 32 .La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno</p> <p>Artículo 33 .La actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral.</p>

Fuente: Ministerio De Protección Social. Sistema de Seguridad Social en Salud. [Online]; 2004 [cited 2017]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DE%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>. Y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud (SNS). [Online]; 2012. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf.

7. DISCUSIÓN

Cada vez que los seres humanos sienten la necesidad de consultar a cualquier servicio de salud, suelen asistir con cierta incertidumbre porque desafortunadamente siempre hay clientes insatisfechos y gracias al voz a voz se genera este temor en las personas; pero también existen buenas experiencias y buenos servicios a los cuales se asiste y se puede percibir una atención segura, aclarando que estas entidades están creadas con fines específicos como lo refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Así mismo los factores concurrentes asociados al cuidado de la salud pueden estar en relación con problemas en la práctica clínica, productos, procedimientos o del propio sistema. Por esta razón, se dice que la mejora de la seguridad del paciente está dada por todo el equipo de trabajo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia el buen desempeño, incluido la gestión de la seguridad, riesgos ambientales, control de infecciones, uso seguro de los medicamentos, seguridad de los equipos y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

Por otra parte la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a todos los países, por esta razón la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en Octubre de 2004, donde se estableció esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS.

Dicho lo anterior se realizó permanentes campañas internacionales que reunieron la experiencia y las pruebas sobre aspectos importantes de la seguridad del paciente, formulando así recomendaciones para garantizar la seguridad de las personas que reciben atención a nivel mundial; a través de esta información se pudo establecer que España es uno de los países que brinda una de las mejores atenciones en salud y creó estrategias de Seguridad en el Paciente del Sistema Nacional de Salud con un periodo de vigencia del 2015 hasta el 2020, donde se establecen como objetivos principales promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias, e incorporar la gestión, formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad en el usuario e implementando prácticas seguras.

Para finalizar cabe resaltar que en la Revista Clínica Especializada en Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial de España, refieren que los “factores concurrentes” relacionados con la atención sanitaria son frecuentes y en muchos casos evitables ya que es preciso conocer cómo se producen y los defectos del sistema que han contribuido a ello, teniendo en cuenta que los sistemas y procesos deben estar diseñados para prevenir los errores y disminuir el daño que ocasionan si no son evitados. La seguridad del paciente es la dimensión esencial

de la calidad asistencial, implicando desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario y planteando líneas estratégicas que mantengan los principios básicos en el bienestar del paciente, incorporando objetivos y recomendaciones prioritarias en atención primaria como:

- Formación de los profesionales en seguridad del paciente.
- Promover estudios de seguridad del paciente utilizando diferentes metodologías.
- Desarrollar políticas para promover la seguridad del paciente en atención primaria.
- Mejorar las definiciones sobre errores y su clasificación.
- Facilitar el aprendizaje de los errores.
- Asegurar que los sistemas para mejorar la seguridad de los pacientes en atención primaria se ponen en práctica.

CONCLUSIONES

Como resultado de la revisión bibliográfica de este trabajo se logra establecer un análisis comparativo de los procesos de la política pública y la seguridad del paciente en Colombia vs España, donde se concluye que España es un país pionero en la seguridad del paciente, atención oportuna e inmediata, quien plantea como eje central la prevención de situaciones o eventos que ponen en riesgo la integridad física e incluso la vida de los pacientes.

Cabe anotar que el éxito de la mejora de los servicios salud depende en gran medida de la cultura de las organizaciones y de los profesionales que en ellas trabajan. Así mismo esta cultura implica adquisición de conocimientos, habilidades y cambios de comportamiento que deben ser promovidos como políticas adecuadas que incorporen la excelencia como objetivo prioritario utilizando estrategias de consenso que permitan unir todos los conceptos e ideas entre todos los actores implicados.

Al mismo tiempo el análisis de los resultados en el campo de la seguridad del paciente conlleva a que se encuentren niveles de evidencia que permitan mejorar la calidad en la atención y la seguridad con que se brinda el servicio de salud, disminuyendo los eventos adversos y situaciones que ponen en riesgo la salud de los pacientes.

En cuanto a los obstáculos y barreras de acceso que presenta el sistema de salud con mayor predominio se localiza en Colombia enfatizado en las personas de bajos recursos, dados por un sistema saturado de deberes y derechos que se incumplen por la falta de control del recurso económico, que lleva a su vez a que estas personas no acudan a los servicios de salud preventivos, y así se aumenta en riesgo en la salud y el costo de atención.

Desde una mirada objetiva los aportes que se han realizado sobre la seguridad del paciente y la utilidad que esto ha dejado en los profesionales es muy importante porque son ellos los que tienen el deber de atender a los pacientes que consultan a diario por diferentes enfermedades, lo que conlleva a tener todas las situaciones controladas, sin importar el nivel de complejidad, por lo que se debe brindar una atención oportuna basada en calidad.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta esta revisión bibliográfica en general podemos seguir entablando diversas investigaciones con personas a las que han enfrentado o han pasado por una experiencia compleja de atención en el nivel hospitalario implementando las estrategias de calidad basadas en España, y ponerlas en práctica en Colombia y así evaluar el nivel de atención de la calidad.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud de las instituciones y por lo tanto nos lleva a realizar una comparación de los dos países, encontrando que a partir de los incidentes y eventos adversos son los que indican una atención insegura, por lo tanto esto lleva a que se debe realizar una evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante barreras de seguridad necesarias para disminuir riesgos, por lo tanto la calidad es un componente clave, donde actualmente se encuentran instauradas políticas que busca implementar medidas de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadores de servicios de salud y los profesionales que en ellas trabajen.

El cumplimiento de la normatividad vigente contribuye a garantizar la actuación de los profesionales de la salud y de las instituciones. La seguridad del paciente es un tema fundamental en las organizaciones de salud, la cual permite la implementación de estrategias y planes de seguimiento en pro de garantizar una atención segura, medidas que se deben tener en cuenta en ambos países con el compromiso de promover una cultura de seguridad que se traduzca en beneficio para todos.

Las estrategias para mejorar la seguridad del paciente los programas de vigilancia, control y normas asociadas a la atención en salud y la implementación y adaptación de guías para su prevención deben ser prioridad para una atención segura de los usuarios.

Se recomienda que a las instituciones deben buscar estrategias y establecer o adoptar guías de manejo para la atención, ya que falta compromiso para garantizar la seguridad del paciente, lo cual es posible a través de la socialización, implementación y seguimiento de las guías de atención.

Se debe abordar de una manera más activa la construcción de programas de seguridad del paciente, teniendo en cuenta las causas de mortalidad y además generadoras de costos adicionales para las instituciones, con el fin de impactar positivamente en la atención en salud a nivel institucional realizando un análisis y verificando los beneficios que podemos tener de cada uno de los países implementándolo de una manera efectiva para buscar un nivel de calidad adecuado.

La seguridad del paciente implica la implementación de políticas encaminadas a la prevención, vigilancia y control en la atención, lo cual nos obliga a generar estrategias que incentiven el cumplimiento de los protocolos y guías con calidad para evitar los riesgos asociados al proceso de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muiño Migueza A, Jiménez Muñoz A, Pinilla Llorente B, Durán García E, Rodríguez Pérez M. Seguridad del paciente y calidad asistencial. 2007; 207(9).
2. Organización Mundial De La Salud - OMS. 55ª Asamblea Mundial De La Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente; 2002.
3. Gluck P. Series de Especialidad Clínica, Seguridad del Paciente: The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.
4. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente Bogotá D.C.: Diseño e Impresión Buenos y Creativos; 2008.
5. Corte Constitucional. Sentencia No. C-408. [Online].; 1994 [cited 2017. Available from: <http://corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/C-408-94.htm>.
6. Borré Ortiz Y. Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.
7. Pezoa M. Propuesta Metodológica que Permite Evaluar la Percepción de la Calidad Percibida desde los Usuarios de Salud Chile: Departamento de Estudio y Desarrollo; 2010.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Calidad de Atención en Salud. [Online]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/calidad-atencion-en-salud-home.aspx>.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. [Online].; 2017. Available from: <http://www.msc.es/home.htm>.
10. Losada Otalora M, Orjuela A. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. In. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria; 2007. p. 18-36.
11. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en

Seguridad del Paciente. In.: Organización Mundial de la Salud; 2008.

12. Méndez C. Metodología de la investigación. Capítulo III. [Online].; 2003. Available from: <https://es.scribd.com/doc/51374860/Mendez-C-E-2001-Fundamentos-Metodologia>.
13. Centro de Estudios - CEDE. Procesos Diagnósticos Clínicos Y Productos Ortoprotésicos. Tema III: Descripción de los niveles de atención sanitaria. Atención primaria: Centro de Salud, organización, funciones, control de calidad. Atención especializada: Organización. [Online]. Available from: https://www.serina.es/empresas/cede_muestra/216/TEMA%20MUESTRA.pdf.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Organización Institucional. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Introducción y Marco Legal. [Online]. [cited 2017. Available from: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm>.
15. Ministerio De La Protección Social. Guía Práctica Del Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud SOGCS. [Online].; 2011 [cited 2017. Available from: https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf.
16. Ministerio De Protección Social. Sistema de Seguridad Social en Salud. [Online].; 2004 [cited 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>.
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud (SNS). [Online].; 2012. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf.
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Revista Española de Salud Pública. 2013; 87(6).
19. Ruiz Iglesias L. Claves para la gestión clínica Aravaca, Madrid: Pfizer S.A; 2004.
20. Ministerio De Sanidad Y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización - ENEAS 2005. Madrid; 2006.
21. Ministerio De Sanidad Madrid. Estrategia de Seguridad del Paciente del

Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020; 2015.

22. Ordóñez Molina JE. Promoción De La Cultura De Seguridad Del Paciente.
23. Vásquez Vélez DC. Seguridad Del Paciente Y La Atención Segura.
24. Organización Mundial De La Salud - OMS. Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente. Preguntas – Respuestas.
25. Organización Mundial de la Salud - OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud Ginebra; 2000.
26. Pezoa M. Propuesta Metodológica que Permite Evaluar la Percepción de la Calidad Percibida desde los Usuarios de Salud. Departamento de Estudio y Desarrollo Chile; 2010.

ANEXOS

Anexo 1. Eventos Adversos en la Atención de Salud En Diferentes Países

Año	País	Estadística
1984	Estados Unidos de América (Estado de Nueva York, Harvard Medical PracticeStudy)	Hospitales para enfermos agudos, 30.195, número de eventos adversos 11.33, con un porcentaje de 3,8.
1992	Estados Unidos de América (Utah-Colorado Study (UTCOS))	Hospitales para enfermos agudos 14.565, número de eventos adversos 475, con un porcentaje de 3,2.
1992	El Quality in AustralianHealthCareStudy (QAHCS)	De 14.179 hospitalizados, 2.353 resultaron eventos adversos. Se halló una tasa del 16,6%.
1998	Dinamarca	De 1.097 hospitalizaciones, sufren 176 eventos adversos, con el 9,0%.
1999	Harvard Medical School	Concluyó que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de los eventos adversos provoca una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales. El informe estima que los errores médicos causan entre 44000.
2000	El Departamento de Salud del Reino Unido, Anorganizationwith a memory. "Una organización con una memoria"	Estimó que se producen eventos adversos cerca del 10% de las hospitalizaciones, o alrededor de 850.000 eventos adversos al año.
2000	El Grupo de Trabajo sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa	Estimó que 1 de cada 10 pacientes de los hospitales Europeos sufre daños que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos.
2006	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Secretaría General De Sanidad Dirección General De La Agencia De Calidad Del Sistema Nacional De Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid España.	La incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los Hospitales Españoles es de 9,3%

Fuente: Organización Mundial De La Salud. 55ª Asamblea Mundial De La Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 2002.