



Para citaciones: Bertel de la Hoz, A., Jiménez Álvarez, S., & Fontalvo Rivera, D. (2023). Seguridad del paciente: un tema de todos. *Revista Ciencias Biomédicas*, 12(3), 121-133. <https://doi.org/10.32997/10.32997/rcb-3023-4295>

Recibido: 25 de mayo de 2023
Aprobado: 10 de julio de 2023

Autor de correspondencia:
Anyel Bertel De la Hoz
coordmedicina@unisinucartagena.edu.co




Editor: Inés Benedetti. Universidad de Cartagena-Colombia.

Copyright: © 2023. Bertel de la Hoz, A., Jiménez Álvarez, S., & Fontalvo Rivera, D. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> la cual permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre y cuando el original, el autor y la fuente sean acreditados.



Seguridad del paciente: un tema de todos

Patient safety: everyone's issue

Anyel Bertel De la Hoz¹ , Sindy Jiménez Álvarez² , & Dilia Fontalvo Rivera³ 

¹ MD, Especialista en Salud Familiar. Magister en Gerontología. Universidad del Sinú, Elías Bechara Zainúm. Grupo de investigación Gibacus, Cartagena, Colombia.

² Enfermera, Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo. Escuela de Enfermería, Cartagena, Colombia.

³ MD, Pediatra. PhD. Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm. Grupo de investigación Gibacus, Grupo de investigación de infectología pediátrica, Cartagena, Colombia.

RESUMEN

La atención en salud comprende un proceso que se caracteriza por su complejidad, extensión y la vulnerabilidad del paciente, lo que la hace susceptible de presentar riesgo para eventos adversos en esa atención. La cultura en el conocimiento de la seguridad en el paciente debe implementarse a través de la interacción los elementos de la organización sanitaria.

A pesar del marco normativo sobre seguridad del paciente, existe una brecha en el conocimiento y la aplicación de las normas de seguridad en la atención del paciente. La enseñanza desde los estamentos de educación a profesionales de la salud sobre los ejes conductores, marco legal, buenas prácticas en salud y la responsabilidad ante una eventual falla en el modelo de la atención, debe ser de obligatorio cumplimiento.

Palabras Clave: seguridad; salud; normatividad; paciente.

ABSTRACT

Health care covers a process characterized by its complexity, extension, and patients' vulnerability, which makes them susceptible to adverse events. The culture of knowledge about patients' security must be implemented through the interaction of the elements of the health organization.

Despite the regulatory framework on patient safety, there is a gap in the knowledge and application of safety standards in patient care. The teaching from the educational levels to health professionals on the main axes, legal framework, good health practices and responsibility in the event of a possible failure in the care model, must be mandatory.

Keywords: safety; health; normativity; patient.

Antecedentes

En los últimos años, la Seguridad del Paciente (SP) se ha convertido en un tema de interés en el sector salud, de ahí que entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de la Salud y Protección Social, se han dado a la tarea de estandarizar en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) lineamientos que garanticen mayor seguridad y menos errores en la atención de pacientes. (1-3)

En Colombia, a partir del año 2006 se han desarrollado normas y técnicas que contribuyen al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud y que se encuentra en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, los Análisis de Situación en Salud (ASIS), la disposición de salidas de información del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), la nueva definición de un modelo de atención integral y la Ley Estatutaria de Salud, entre otras, que determinan de manera directa o indirecta la necesidad de redefinir el Sistema de Garantía de Calidad en Salud (4, 5) en el 2018 que convirtió la seguridad del paciente en una política nacional que se nombró como Política de seguridad del paciente. Con ello se buscó generar conciencia al personal sanitario para crear estrategias y planes que mejoraran la calidad en la atención en los servicios de salud. Esta calidad, caracteriza a los servicios de salud, incluyendo su estructura y el desarrollo del talento humano y propende a la creación de nuevos marcos jurídicos de la seguridad social y los cambios que ella determina en la prestación de los servicios de salud.(6-8) La enseñanza de la seguridad del paciente se debería emprender desde los estamentos universitario, formando la cultura en seguridad en trabajadores activos y futuros profesionales del sector sanitario.(9-11) A pesar de la existencia de una marco legal, en Colombia aún se sigue presentando eventos adversos, mucho de los cuales podrían haberse prevenido, quizá la falta de conocimiento en éste tema sea uno de los

principales factores que influyan en los errores en la seguridad del paciente, es por eso que nuestro objetivo es realizar una revisión bibliográfica de los conocimientos básicos de la seguridad en salud del paciente y mejorar la percepción del alcance de estos incidentes en la práctica clínica.

Definición de Seguridad del Paciente

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), seguridad del paciente es "*la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable*"(5), esto se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención en salud, siempre considerando el principio "*Primum Non Nocere*" ("lo primero es no hacer daño").(12, 13)

La OMS describe los eventos de atención poco segura del paciente como probablemente una de las diez causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.(14) Dentro del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, hay alrededor de 100 000 informes de incidentes de seguridad del paciente de Inglaterra y Gales cada mes.(15) La proporción de eventos adversos graves, aunque pequeña (1 por 1000 ingresos) no puede ser despreciable. Si esta tasa se aplica a 34,7 millones de pacientes hospitalizados en los Estados Unidos, se estima que 35 000 pacientes por año podrían sufrir lesiones graves o permanentes o morir durante la hospitalización debido a un evento adverso.(14, 16)

Seguridad del Paciente en Colombia

La implementación del proceso de reporte de eventos adversos en las instituciones de Colombia ha sido gradual y sistemática y enmarcada en el contexto de una política de calidad y una estrategia de seguridad del paciente. Se introdujo para el 2004, como una exigencia para las instituciones que aspiraran obtener la acreditación nacional. En el año 2008 se publicaron los "*Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del*

Tabla 1. Marco normativo de políticas en seguridad en salud del paciente en Colombia

Norma	Contenido
Ley 1122 de 2007	Realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
Resolución 1446 de 2006	Esta resolución define por primera vez el Sistema de Información para la Calidad, establece los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e insta las condiciones y procedimientos para disponer de la información.
Resolución 0256 de 2016	El objeto de la presente resolución es dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema.
Sistema Integral de información de la protección social (SISPRO)	Es una herramienta que permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales del sector: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios. Suministra información para toda la ciudadanía. Como sistema, el SISPRO incluye el conjunto de instituciones y normas que rigen el comportamiento del sector en términos de deberes y derechos de los agentes, organismos de dirección y administración del sistema, diseño de los procesos tecnológicos básicos, estandarización y normalización del registro, almacenamiento, flujo, transferencia y disposición de la información dentro del contexto del Sistema. Su diseño se basa en una Bodega de Datos en la cual se concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes. Los datos provienen de fuentes de información internas y externas al Ministerio. En el SISPRO se consolida y dispone la información a través de los siguientes componentes: RUAF, RIPS, PILA, SIHO, SGD, SISMED, entre otros. Ingrese al portal del SISPRO www.sispro.gov.co , regístrese y solicite capacitación e información sobre los diferentes componentes.
Artículo 245 de la Ley 100 de 1993	INVIMA, es la entidad del Gobierno que, dentro de sus funciones, debe impulsar y dirigir en todo el país las funciones públicas de control de calidad, vigilancia sanitaria de los productos de su competencia.
Decreto 3770 de 2004	Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios y la vigilancia sanitaria de los reactivos de diagnóstico in vitro para exámenes de especímenes de origen humano

Resolución 132 de 2006	Por el cual se adopta el manual de condiciones de almacenamiento y acondicionamiento para reactivos diagnósticos in vitro.
Decreto 2078 de 2012	"Por el cual se establece la estructura del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA y se determinan las funciones de sus dependencias". El INVIMA tiene como objetivo actuar como institución de referencia nacional en materia sanitaria y ejecutar las políticas formuladas por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de los medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva
Resolución 201324001518251 de 2013	Por el cual se implementa el Programa Nacional de Reactivo Vigilancia
Resolución 2013038979 de 26 noviembre de 2013	"Por la cual se implementa el Programa Nacional de Reactivovigilancia"
Resolución 2003 de 2014	"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras Disposiciones".
Resolución número 1229 de 2013	El INVIMA específicamente para dar cumplimiento a la responsabilidad de liderar el Programa Nacional de Reactivovigilancia tal como lo determina el Decreto 3770 de 2004.
Artículo 04 numeral 14 del Decreto 1290 de 1994 Decreto 211 de 2004 Decreto 3039 de 2007	Se establece la necesidad de impulsar y dirigir en todo el país las funciones públicas de control de calidad, vigilancia sanitaria y de vigilancia epidemiológica de resultados y efectos adversos de los productos de su competencia.
Resolución 4816 de 2008	El INVIMA reglamenta la vigilancia sanitaria dado el impacto de los productos considerados como dispositivos médicos en Colombia.

Fuente: Autores, elaboración propia

Paciente" (1) y las herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. (3, 17)

Marco Legislativo Colombiano

El estado colombiano ha dispuesto recursos legales a lo largo de la historia para asegurar la ejecución de las herramientas de una atención segura en salud. (Tabla 1).

En el ámbito jurídico colombiano, el Ministerio de Salud con la Resolución 04445 de 1996, dicta las normas iniciales que debían cumplir las IPS, para garantizar la protección de la salud de los usuarios, trabajadores y población general. Colombia se sumó a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro de la normatividad del Ministerio de la Protección Social (MPS) que expidió el Decreto 1011 de 2006, estableciendo así el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en salud del Sistema General De Seguridad Social En Salud -SOGC. Este organismo emitió la Resolución 1446 en donde se define el Sistema de información para la calidad y se adoptan los sistemas de monitorias del SOGC. En junio de 2008 se estableció la Política de Seguridad del Paciente, que es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) que comprende el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), el Sistema de Información para la Calidad y las condiciones para la habilitación y acreditación de las entidades e instituciones de atención de la salud (1, 18).

Guía de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente (GBPSP)

La GBPSP, establece que cada institución debe identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. El programa de seguridad del paciente debe contemplar elementos

que contemplen políticas institucionales, actividades de promoción de seguridad del paciente, un sistema que permita el reporte de los eventos adversos y actividades de aprendizaje y retroalimentación colectivo (2, 17, 19)

Declaración de Helsinki

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha divulgado la Declaración de Helsinki como una iniciativa de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Esta Declaración es un documento autorizado por las asociaciones médicas a nivel mundial; luego de un consenso alcanzado por las sociedades científicas europeas de anestesiología: Sociedad Europea de Anestesiología (ESA) y la European Board of Anaesthesiology (EBA), Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos (WFSA por sus siglas en inglés, *World Federation of Societies of Anaesthesiologists*). (20-22)

Ejes Conductores del Programa de Seguridad del Paciente

Para que el programa de seguridad se lleve a cabo deben existir unos ejes que conduzcan a una adecuada implementación de los objetivos de este programa. Para ello se deben integrar un primer eje de apoyo de la alta dirección, que asigna un presupuesto económico para las actividades de seguridad y organiza y capacita un equipo líder de seguridad. Un segundo eje de análisis y gestión de riesgo, que identifica y analiza los riesgos inherentes a la eficiencia de las operaciones en las actividades de sus procesos y de sus puestos de trabajo para prevenir eventos adversos. (2, 23)

Eventos Adversos

Dentro de las definiciones de evento adverso se encuentra la complicación no intencional a consecuencia del cuidado médico o derivado del

cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad.(5, 24) Son diversas las clasificaciones para el evento adverso, las cuales se basan en origen o causa básica, severidad, discapacidad resultante, componente de la atención donde se origina y el momento de la

aparición.(25-27) En Colombia se adoptó la clasificación propuesta en la “*International Classification for Patient Safety*”, versión 1.1 de la OMS.(28) Se contemplan los diferentes tipos de atención insegura que deberán ser evitados, reconocidos, reportados y reparados. (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de los tipos de atención insegura en la atención del paciente

Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	No se realiza cuando está indicado Trámite incompleto Falta de disponibilidad Paciente equivocado Servicio equivocado
Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	No se realiza cuando está indicado Trámite incompleto Falta de disponibilidad Paciente equivocado Tratamiento, procedimiento equivocado
Relacionados con fallas en los registros clínicos	Documentos faltantes Retraso en acceso a documentos Documentación equivocada Información confusa en el documento
Infección ocasionada por la atención en salud	Infecciones secundarias a catéteres Prótesis infectadas Infecciones secundarias a dren, sondas Infecciones en zonas quirúrgicas
Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	Paciente equivocado Ruta, medicamentos, dosis equivocadas Formulación incorrecta
Relacionados con la sangre o sus derivados	Paciente equivocado Producto hemático equivocado Dosis, cantidad, etiquetado incorrectos Almacenamiento incorrecto
Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos	Paciente equivocado Dieta, cantidad, frecuencias incorrectas Almacenamiento incorrecto
Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales	Paciente equivocado Gas/vapor incorrecto Flujo y concentración incorrecto Contaminación Almacenamiento incorrecto
Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	Presentación y embalaje deficientes

	Falta de disponibilidad Falta de esterilización Mal funcionamiento Error de uso
Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	Falta de cooperación Conducta hostil Adicción sicofármacos Conducta de discriminación
Caída de pacientes	Desde cama, camilla, escaleras, superficie resbaladiza
Accidentes de pacientes	Por fuerzas mecánicas Exposición a sustancias químicas Exposición a desastres
Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico	Daños, desgastes en la infraestructura
Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	Relacionados con la carga de trabajo Disponibilidad de protocolos, políticas, procedimientos
Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	Recolección Transporte Registro de datos Procesamiento Verificación y validación de resultados

Fuente. Autores, elaboración propia

Calidad Asistencial y Cultura de Seguridad

La *National Health Service* (NHS) define calidad asistencial como la práctica de hacer las cosas adecuadas (qué) a las personas adecuadas (a quién) en el momento preciso (cuándo) y hacer las cosas bien desde la primera vez (cómo).(29, 30)

Para lograr la calidad asistencial se deben seguir componentes esenciales dentro de los cuales está el factor científico-técnico, para la aplicación del mejor conocimiento disponible en función de los medios y recursos disponibles. El factor percibido en el que se mide la satisfacción de los pacientes con la atención, los resultados y el trato recibido y el factor institucional o corporativo que va ligado a la imagen de un centro sanitario.(31, 32)

Las dimensiones de la calidad asistencial se pueden clasificar en ocho categorías, en las que se destacan la competencia profesional o calidad científico-técnica, la efectividad, eficiencia, accesibilidad a los

servicios de salud, satisfacción en la atención, adecuación, la atención centrada en el paciente y la seguridad del paciente.(6, 12, 33, 34) Estas dimensiones se afianzan logrando una cultura de seguridad que se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir.(12, 35, 36)

Es relevante fomentar la cultura de seguridad en el personal sanitario, labor que se debe iniciar desde la etapa de enseñanza en el ámbito de formación profesional. Cuando no existe la práctica de la cultura de seguridad se pueden afianzar conductas consideradas como normales que impliquen comportamientos de riesgo. Es así, como los ejes conductores del programa de seguridad genere un cambio de la cultura de seguridad a través del uso de sistemas de registro y notificación de incidentes

críticos, determinar estándares de conducta y motivar continuamente en este proceso.(12, 37) La notificación de incidentes y eventos adversos, también de registrarse cuando se trate de nuevas tecnologías y tratamientos, de manera que permita elaborar medidas correctivas y de prevención.(38-42)

Prácticas Seguras

Son una serie de recomendaciones de buena práctica clínica en distintos ámbitos de la atención sanitaria, encaminadas a prevenir y evitar eventos adversos, mejorando la calidad asistencial. (5, 43, 44) (Figura 1)

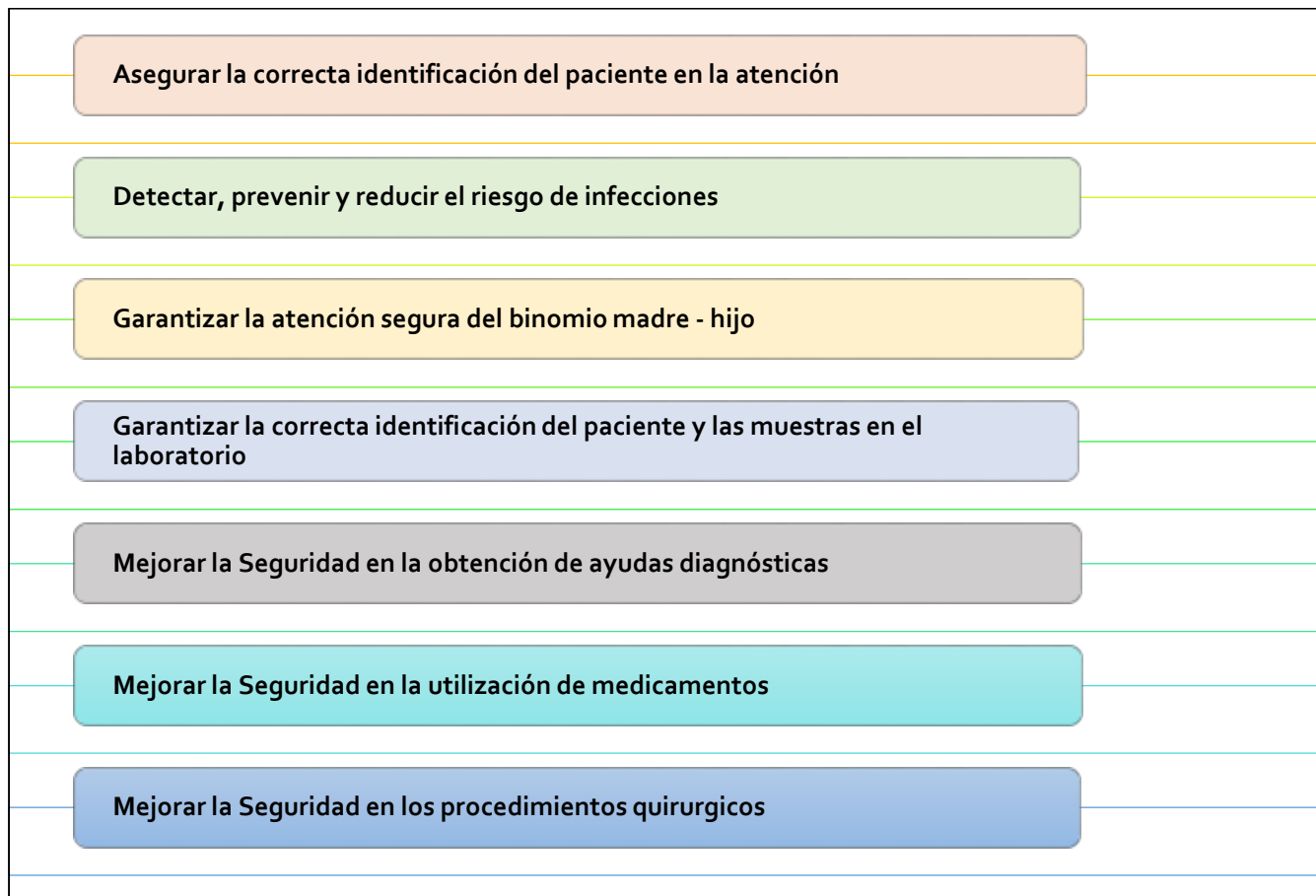


Figura 1. Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente. El hábito de buenas prácticas permite que se tracen principios, metas y procedimientos destinados a prevenir la presentación de posibles eventos adversos. Fuente: Elaboración propia basado en: (4).

Las instituciones sanitarias deben contar con un programa de seguridad del paciente, que contemple los elementos y herramientas necesarias para la identificación y gestión de los eventos adversos, (Tabla 3), (1, 45, 46).

Responsabilidad Civil

De acuerdo con las disposiciones legales se define la reglamentación de las conductas de profesionales e instituciones de salud que da lugar a varias clases de responsabilidad civil ante un evento adverso. (Tabla 4) ,(48).

Tabla 3. Elementos en la identificación y gestión de eventos adversos

Elementos	Aspectos
Política institucional de seguridad del paciente	Se establece, implementa y correlaciona la política de seguridad con el plan estratégico de la institución. Se debe realizar actividades de socialización y evaluación a los funcionarios de la institución.
Promoción de la cultura de seguridad	Se realiza la promoción de la cultura de seguridad basada en la confianza de la eficacia de las medidas preventivas, percepción de la importancia de la seguridad y conciencia de los errores cometidos.
Reporte de eventos adversos	Se debe notificar sobre el daño ocasionado al paciente a partir de la atención o intervención en salud y que no es producida intencionalmente.
Análisis y gestión	Se desarrolla un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso. El Protocolo de Londres(47), es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para el análisis de los eventos adversos.

Fuente: Autores, elaboración propia

Tabla 4. Tipo de responsabilidad civil en la seguridad en la atención en salud. La ocurrencia de situaciones adversas, atribuibles a la atención en salud puede generar acciones legales a los profesionales e instituciones de salud.

Tipo de responsabilidad	
Subjetiva	La responsabilidad civil se encuentra en la conducta del autor del daño y que éste se derive de un acto doloso o culposo del autor
Objetiva	La responsabilidad está en el hecho que produjo el resultado lesivo, sin importar si fue cometido con culpa o dolo.
Por riesgo	La práctica médica es una actividad riesgosa y cada individuo debe tolerar el peligro y la coacción a que es sometido es ineludible
Civil médica	Es la obligación de reparar los daños y perjuicios causados al paciente por una conducta ilícita o por la creación de un riesgo

¿Qué Podemos Hacer?

Ante un evento adverso, sobre todo aquel con consecuencias graves para el paciente o muerte, la respuesta inmediata debe focalizarse sobre los 3 elementos participantes: el paciente, los profesionales y el escenario del evento.(1, 17, 49, 50) (Figura 2). Estas acciones están destinadas a la recuperación del paciente y su confianza en las instituciones de salud y el restablecimiento psicológico de los trabajadores sanitarios

implicados, que aunque por lo general no tienen la responsabilidad absoluta ya sea por negligencia o incompetencia, suelen tener un impacto psicológico personal y laboral.(49, 51-53) Se requiere, el apoyo del eje de análisis y gestión de riesgo que cuente por miembros con formación metodológica y experiencias en el manejo de estas situaciones, y que actúen recíprocamente con el eje de apoyo de la alta dirección.(49, 54).

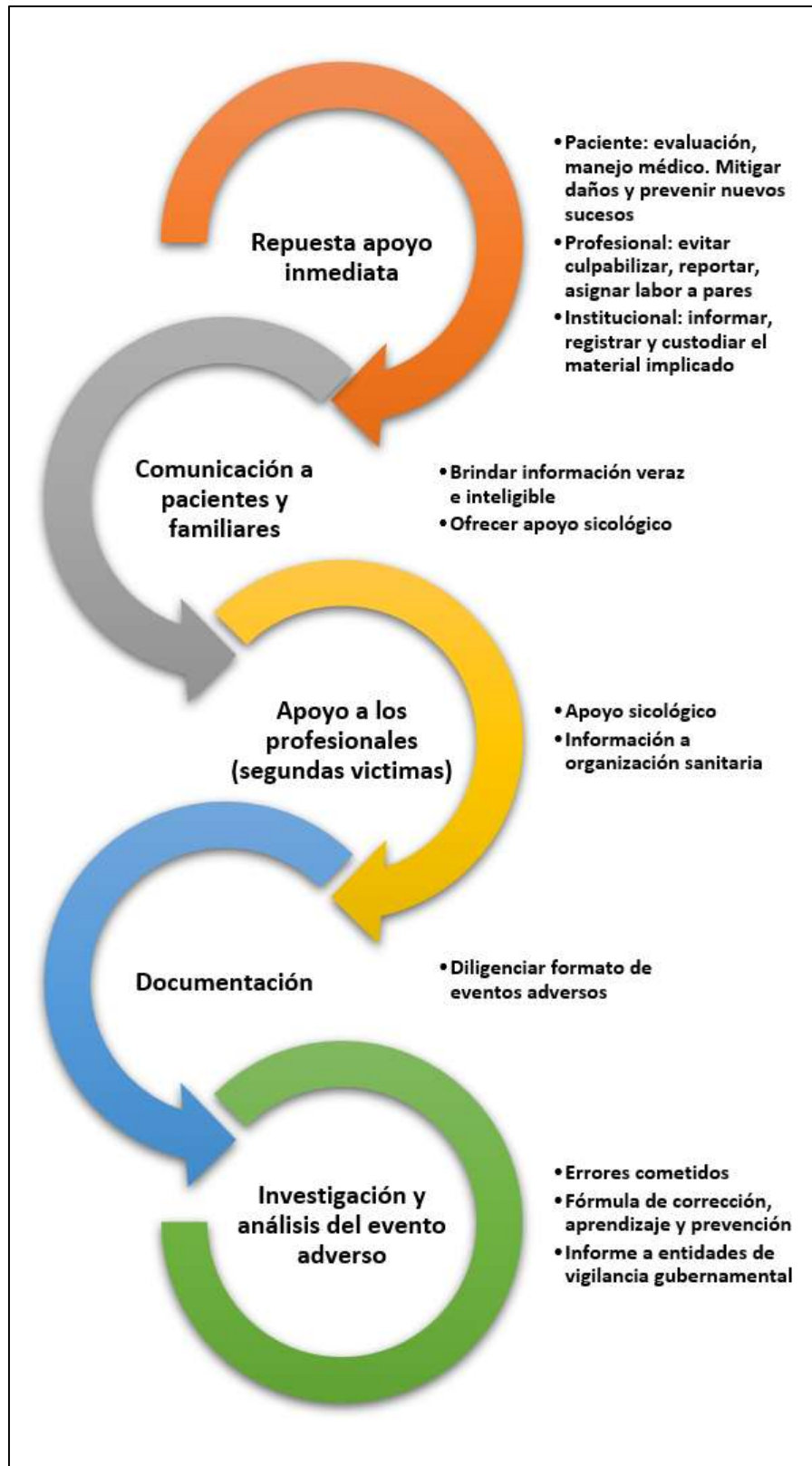


Figura 2. Respuesta ante un evento adverso. Se debe tener como objetivo principal el bienestar del paciente, ofreciendo el apoyo del profesional sanitario con la orientación de los ejes conductores del programa de seguridad del paciente. Fuente: elaboración propia basada en: (49) (46).

Conclusión

A pesar de que hoy somos más conscientes del daño, los pacientes siguen experimentando eventos e incidentes adversos, que podrían ser evitables durante la atención en salud. Los trabajadores sanitarios experimentan situaciones de impacto psicológico y las instituciones de salud se ven envueltas en calificativos de prestación de servicios sin calidad. Lograr una verdadera seguridad del paciente puede ser un proceso largo que requiere del compromiso de formación de todos los actores, es decir generar una verdadera cultura de seguridad en salud. Las nuevas tecnologías de información para notificación de estos eventos podrían disminuir la probabilidad de aparición de nuevos riesgos y daños. También se necesita de una cultura no punitiva con ejecución de medidas de mejora que involucren a los trabajadores de la salud, a los pacientes, familia, instituciones gubernamentales, instituciones prestadoras de salud, investigadores, solo así lograremos un cambio de cultura real y cumplir con el principio "Primum Non Nocere" en el futuro.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES: AB: Diseño del estudio, recolección, análisis e interpretación de datos, redacción del borrador del artículo y responsable de la veracidad del artículo. SJA y DFR: recolección, análisis e interpretación de datos, redacción del borrador del artículo y responsable de la veracidad del artículo.

CONFLICTOS DE INTERESES: los autores declaran no tener conflictos de interés.

FINANCIACIÓN: la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

REFERENCIAS

1. Ministerio de salud. Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá (Colombia)2008.
2. Ministerio de salud. Colombia. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Paquetes Instruccionales: Guía Técnica "Buenas Prácticas Para la Seguridad del Paciente En la Atención En Salud". Versión 2.0. Bogotá (Colombia)2010.
3. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. . Ginebra (Suiza)2019.
4. Ministerio de salud. Colombia. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia,. In: Demografía DdEy, editor. Bogotá (Colombia)2021.
5. Ministerio de la Protección Social de Colombia. La seguridad Clínica en Colombia. Un reto para afrontar entre todos. 2014.
6. Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad. Ginebra (Suiza)2020.
7. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. Bull World Health Organ. 2017;95(5):368-74.
8. Tello JE, Barbazza E, Waddell K. Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards. Health Policy. 2020;124(1):12-24.
9. Ugur E, Kara S, Yildirim S, Akbal E. Medical errors and patient safety in the operating room. J Pak Med Assoc. 2016;66(5):593-7.
10. Murray M, Sundin D, Cope V. New graduate nurses' understanding and attitudes about patient safety upon transition to practice. J Clin Nurs. 2019;28(13-14):2543-52.
11. Ricklin ME, Hess F, Hautz WE. Patient safety culture in a university hospital emergency department in Switzerland - a survey study. GMS J Med Educ. 2019;36(2):Doc14.
12. Rocco C GA. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017;28:785-95.
13. Ministerio de salud. Colombia. Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Paquetes Instruccionales: Guía Técnica "Buenas Prácticas Para la Seguridad del Paciente En la Atención En Salud". Versión 2.0. . Bogotá (Colombia)2010.

14. Marra AR, Algwizani A, Alzunitan M, Brennan TMH, Edmond MB. Descriptive Epidemiology of Safety Events at an Academic Medical Center. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(1).
15. Cooper J, Williams H, Hibbert P, Edwards A, Butt A, Wood F, et al. Classification of patient-safety incidents in primary care. *Bull World Health Organ*. 2018;96(7):498-505.
16. Banerjee AK, Okun S, Edwards IR, Wicks P, Smith MY, Mayall SJ, et al. Patient-Reported Outcome Measures in Safety Event Reporting: PROSPER Consortium guidance. *Drug Saf*. 2013;36(12):1129-49.
17. Roa M y cols. Guía Técnica "Buenas Practicas Para la Seguridad del Paciente En la Atención En Salud". Versión 1.0. . In: Ministerio de la Protección Social de Colombia, editor. Bogotá (Colombia)2010.
18. López D, Ríos S, L. V. Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia; 2008.
19. Espinal M, Yepes L, García L. Seguridad del paciente: aspectos generales y conceptos básicos. Medellín (Colombia): CES.
20. World Medical A. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4.
21. Ndebele P. The Declaration of Helsinki, 50 years later. *JAMA*. 2013;310(20):2145-6.
22. Millum J, Wendler D, Emanuel EJ. The 50th anniversary of the Declaration of Helsinki: progress but many remaining challenges. *JAMA*. 2013;310(20):2143-4.
23. Devers KJ, Pham HH, Liu G. What is driving hospitals' patient-safety efforts? *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(2):103-15.
24. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá (Colombia)2007.
25. Adverse events [Internet]. StatPearls Publishing LLC. 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558963/>.
26. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):521.
27. Lu W, Jiang W, Zhang N, Xue F. A Deep Learning-Based Text Classification of Adverse Nursing Events. *J Healthc Eng*. 2021;2021:9800114.
28. WHO. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Final Technical Report January 2009. 2010.
29. National Health Service (NHS). A First Class Service: Quality in the New NHS1998. Available from: <https://navigator.health.org.uk/theme/first-class-service-quality-nhs-consultation-document?qclid=CjoKCOjwgO2XBhCaARIsANrW2X13N>.
30. Madrid A y cols. La calidad asistencial y seguridad del paciente, componentes clave en la atención. *Anales de pediatría*. 2022.
31. Pedraza N y cols. Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC. *Entramado*. 2014;10:76-89.
32. Zamora J y cols. El análisis de la calidad asistencial desde la perspectiva de la satisfacción y la experiencia del paciente: una mirada enfermera. *Rev Colomb Enferm*. 2019;18:1-13.
33. Santamaría A y cols. Conceptos básicos, dimensiones y modelos de la calidad hospitalaria. *Revista de Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México*. 2018;6:46-53.
34. Arfanis K, Fioratou E, Smith A. Safety culture in anaesthesiology: basic concepts and practical application. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011;25(2):229-38.
35. Gómez O y cols. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances en enfermería*. 2021;XXIX:363-73.

36. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt 2):369-74.
37. Meléndez I y cols. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Revista cubana de enfermería.* 2020;36:2-5.
38. Kim MO, Coiera E, Magrabi F. Problems with health information technology and their effects on care delivery and patient outcomes: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* 2017;24(2):246-50.
39. Hodkinson A, Tyler N, Ashcroft DM, Keers RN, Khan K, Phipps D, et al. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2020;18(1):313.
40. World Health Organization. The third WHO Global Patient Safety Challenge: medication without harm. Patient safety. . 2020.
41. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2019;366:l4185.
42. Domer G y cols. Patient Safety: Preventing Patient Harm and Building Capacity for Patient Safety. In: Stawicki SP, Firstenberg, M. S., editor. *Contemporary Topics in Patient Safety.* 1. London: IntechOpen; 2021.
43. WHO. *Best Practices in Patient Safety.* 2017.
44. Kizer K., Blum L. Safe Practices for Better Health Care. In: Kerm Henriksen JBB, Eric S Marks, David I Lewin, editor. *Programs, Tools, and Products.* 4. US: Agency for Healthcare Research and Quality 2005.
45. Gutierrez LS, Santos J, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 6):2775-82.
46. Saura J, Astier M, Puentes B. Patient safety training and a safe teaching in primary care. *Aten Primaria.* 2021.
47. Adams S., Vincent Ch. *Systems Analysis of Clinical Incidents: The London Protocol: Imperial College London;* 2022 [Available from: https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/londonprotocol_e.pdf
48. Moreno L. Responsabilidad civil de los eventos adversos en salud originados en los servicios farmacéuticos Medellín (Colombia): Universidad Autónoma Latinoamericana; 2020.
49. Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR). Recomendaciones para la respuesta institucional a un evento adverso. *Revista de calidad asistencial.* 2016;31:42-54.
50. Liukka M, Steven A, Moreno MFV, Sara-Aho AM, Khakurel J, Pearson P, et al. Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13).
51. Carvajal M. Impacto de eventos adversos en el profesional sanitario "Segundas víctimas": Universidad Pública de Navarra; 2017.
52. Torijano M y cols. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Atención Primaria.* 2016;48:143-46.
53. Van Gerven E, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BMJ Open.* 2016;6(8):e011403.
54. Catholic Healthcare Partners. Guidelines for responding to serious adverse events 20102010. Available from: <http://www.ihi.org/resources/Documents/CHPGuidelinesforRespondingtoSeriousAdverseEvents2010.pdf>