

**PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD  
DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN LA IPS BIOSSANAR  
SOCORRO SANTANDER**

**NANCY LILIANA CALA MARTINEZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA**

**2016**

**PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD  
DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN LA IPS BIOSSANAR  
SOCORRO SANTANDER**

**NANCY LILIANA CALA MARTINEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito fundamental para optar al título  
de especialista en administración de servicios de salud**

**Director(a)**

**AMINTA STELLA CASAS SANCHEZ  
Fisioterapeuta. MSC. Salud Pública**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA**

**2016**

## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico a Dios quien me guio y me dio las fuerzas para seguir adelante y no desfallecer en cada uno de los problemas que se presentaron.

A mis padres José Domingo Cala y Rosa María Martínez por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

Para mis hermanos por estar siempre presentes y ser mi motivo de inspiración, motivación y felicidad.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	15
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	17
2. JUSTIFICACIÓN.....	21
3. OBJETIVOS.....	24
3.1. OBJETIVO GENERAL .....	24
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
II. MARCO DE REFERENCIA.....	25
4. MARCO TEÓRICO .....	25
4.1. EVENTO ADVERSO.....	26
4.2. CLASIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.....	27
4.3. MODELOS EXPLICATIVOS DEL EVENTO ADVERSO .....	28
4.3.1. Modelo del queso suizo .....	28
4.3.2. Análisis causa raíz (ACR) .....	30
4.4. METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS .....	31
4.4.1. Protocolo de londres .....	31
4.4.2. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos .....	33
4.4.3. Investigación y análisis de incidentes (errores eventos adversos).....	35
4.5. PRÁCTICAS SEGURAS .....	36
4.6. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS.....	37
4.7. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	37
4.8. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	38
5. MARCO NORMATIVO .....	39
5.1. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL .....	39
5.2. MARCO NORMATIVO NACIONAL.....	42
5.2.1. Constitución nacional de Colombia del 4 de julio de 1991 congreso de la república de Colombia .....	43
5.2.2. Ley 100 de diciembre 23 de 1993.....	43
5.2.3. Ley 715 de diciembre 21 de 2001 .....	47
5.2.4. Ley 1122 de enero 9 de 2007. ....	48
5.2.5. Ley 1438 de 2011 .....	49
5.2.6. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 ministerio de la protección social .....	50
5.2.7. Resolución número 1446 de 2006 (8 de mayo de 2006) ministerio de la protección social .....	51

5.2.8. Resolución 3763 del 18 de octubre de 2007 del ministerio de la protección social	52
5.2.9. Resolución 1441 de 2013. Condiciones de habilitación para prestadores de servicios de salud.	53
5.2.10. Resolución 2003 de 2014	53
5.2.11. El decreto 903 de 2014	57
5.2.12. Ley 528 de 1999	57
5.3. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA BOGOTÁ, 11 DE JUNIO DE 2008	59
5.4. LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA	60
5.5. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	61
6. MARCO CONTEXTUAL	63
6.1. RESEÑA HISTÓRICA	63
6.2. MISIÓN	63
6.3. VISIÓN	64
6.4. ORGANIGRAMA IPS BIOSANAR	65
6.5. POLÍTICAS DE CALIDAD	66
6.6. VALORES INSTITUCIONALES	66
6.7. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	67
7. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE HABILITACIÓN EN LA IPS BIOSANAR	68
8. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE HABILITACIÓN EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA IPS BIOSANAR	70
9. ELEMENTOS BÁSICOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA	73
9.1. BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICABLES AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA	73
9.2. DETERMINACIÓN DE EVENTOS ADVERSO RELACIONADOS CON LAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA DE LA IPS BIOSANAR	79
10. CONCLUSIONES	83
11. PROPUESTA	85
BIBLIOGRAFÍA	88

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tomado de lineamientos para la construcción de una política de seguridad del paciente. República de Colombia ministerio de la protección social dirección general de calidad de servicios. ....	29
Figura 2. Tomado: Resolución de problemas mediante análisis de la causa raíz: elección de procesos y herramientas eficaces, <a href="http://www.videojet.es/content/dam/uptime/pdf/es/videojet_rccm_wp_v7_CS5_SP.PDF">http://www.videojet.es/content/dam/uptime/pdf/es/videojet_rccm_wp_v7_CS5_SP.PDF</a> .....	31
Figura 3. Análisis eventos adversos. Tomado de Proceso de investigación y análisis de eventos adversos Fuente: Taylor-Adams, Sally; Vincent, Charles. System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, <a href="http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EFAA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the_london_protocol.pdf">http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EFAA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the_london_protocol.pdf</a> .....	33
Figura 4. Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason: Tomado de <a href="http://www.minsalud.gov.co">www.minsalud.gov.co</a> . ....	34
Figura 5. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos tomados de: <a href="http://es.slideshare.net/OPSColombia/modelo-de-vmme-edgar-ivn-ortiz-consultor-mps-unfpa">http://es.slideshare.net/OPSColombia/modelo-de-vmme-edgar-ivn-ortiz-consultor-mps-unfpa</a> .....	35
Figura 6. Prácticas seguras de: guía técnica de las buenas prácticas para la seguridad del paciente. Colombia. 2007 p. 3. ....	37
Figura 7. Política de seguridad del paciente. Ángel, Aida. Política de seguridad del paciente. Universidad libre. Bogotá, 2009. P. 32. ....	38
Figura 8. Organigrama IPS BIOSSANAR .....	65

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Cumplimiento de los requisitos de habilitación en el servicio de Fisioterapia IPS Biossanar.....	70
Tabla 2. Eventos adversos relacionados con las patologías atendidas en el servicio de fisioterapia de la IPS BIOSSANAR. ....	80

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Evento adverso:** Alteraciones en las personas, los bienes, los servicios y el ambiente causadas por un suceso natural o generado por la actividad humana.
- **Atenuar:** Disminuir la intensidad, la fuerza o el valor de un hecho o de un suceso.
- **Proactiva:** Que tiene iniciativa y capacidad para anticiparse a problemas o necesidades futuras.
- **Habilitación en Salud:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
- **IPS:** Se conoce como instituto prestador de salud, en su sigla IPS, todas las instituciones en Colombia que prestan los servicios médicos de consulta, hospitalarios, clínicos, y de cuidados intensivos.
- **Fisioterapia:** Método curativo de algunas enfermedades y lesiones físicas que se fundamenta en la aplicación de agentes físicos naturales o artificiales como la luz, el calor, el frío, el ejercicio físico, las radiaciones luminosas, los rayos X, etc.
- **Defunción:** Muerte de una persona
- **Ginecobstetricia:** es la especialidad médica dedicada a los campos de la obstetricia y la ginecología a través de un único programa de formación académica. Esta formación combinada convierte a los practicantes en expertos en el cuidado de la salud de los órganos reproductores femeninos y en el

manejo de complicaciones obstétricas, incluso a través de intervenciones quirúrgicas.

- **Morbilidad:** Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.
- **Cohorte:** Conjunto de cosas o personas que acompañan o siguen a otra cosa o persona.
- **Discapacidad:** Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.
- **Acreditación:** La acreditación es el reconocimiento por parte del Estado de la calidad de instituciones de educación superior y de programas académicos, es una ocasión para valorar la formación que se imparte con la que se reconoce como deseable en relación a su naturaleza y carácter, y la propia de su área de conocimiento.
- **Eventos centinelas:** Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente.
- **Crioterapia:** Método curativo de algunas enfermedades que se fundamenta en la utilización del frío o las bajas temperaturas.
- **Electroterapia:** Tratamiento médico de algunas enfermedades que se fundamenta en la aplicación de la electricidad en sus diferentes formas.
- **Cervicalgia:** Dolor localizado en la región cervical de la columna vertebral.
- **Lumbago:** Dolor reumático fuerte que afecta a los huesos o a los músculos de la parte lumbar de la espalda.
- **Reemplazo de rodilla:** Es una cirugía para reemplazar sólo una parte de una rodilla dañada. Puede hacerse para reemplazar la parte interna (media), la parte externa (lateral) o la parte de la rótula de la rodilla.
- **Dorsalgia:** Dolor de espalda originado en la zona de las vértebras.

- **Callo óseo:** es una formación temporal de fibroblastos y condroblastos en la zona de fractura de un hueso, mientras que el hueso intenta regenerar. Es la secuela reparadora de una fractura ósea.
- **Laceraciones:** Herida de la piel y del tejido subcutáneo debido a un desgarro. Desgarro de un tejido mediante un instrumento cortante, como un tenótomo o una aguja de catarata.
- **Abrasiones:** Derivada del vocablo en latín *abradere*, la noción de abrasión está vinculada con el hecho y consecuencia de raer o desgastar por medio de la fricción. En el campo de la medicina, abrasión es un concepto que refiere a la lastimadura o úlcera casi superficial del epitelio o de las mucosas a causa de un traumatismo o de una quemadura. También, de acuerdo a su significado, describe al poder irritante de los purgantes enérgicos.

## RESUMEN

**TITULO:** PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN LA IPS BIOSANAR SOCORRO SANTANDER\*

**AUTORES:** NANCY LILIANA CALA MARTINEZ\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Seguridad del Paciente, política, calidad, evento adverso, incidente, gestión, análisis, riesgo.

### DESCRIPCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) impulsado desde el Ministerio de Salud generó la política nacional de seguridad del paciente, instando a todas las instituciones de salud a incorporar este compromiso en cada organización en el modelo de atención. El objetivo de la presente monografía fue el de elaborar una propuesta para la implementación de la política de seguridad del paciente en el servicio de fisioterapia en la IPS Biossanar del Socorro Santander, establecida en el sistema obligatorio de la calidad en salud, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad del paciente y reducir la incidencia de eventos adversos. Este trabajo se desarrolló en las siguientes fases: a) revisión documental; b) aplicación de herramientas de cumplimiento de requisitos; c) elaboración del diagnóstico situacional de la empresa y d) propuestas mejora.

Como resultado de esta monografía se dejó documentado las recomendaciones para la creación del programa de seguridad del paciente con el fin que sean tenidas en cuenta en la implementación en la IPS Biossanar y registradas en el plan estratégico de la organización.

Esta monografía permitió reconocer al autora y al equipo directivo y operativo de Biossanar que para consolidar la política de seguridad del paciente es necesario involucrar a todos los colaboradores para generar una cultura organizativa, incluyendo cambios individuales y organizacionales con el fin de mejorar el modelo de atención en salud.

---

\* Trabajo de especialización.

\*\* Facultad de Ciencias Salud, Departamento de Salud Pública, Especialización en Administración de Servicios de Salud. Directora: Aminta Stella Casas Sánchez.

## SUMMARY

TITLE: PROPOSAL FOR THE IMPLEMENTATION OF THE POLICY OF PATIENT SAFETY IN PHYSICAL THERAPY SERVICE IN BIOSSANAR IPS SOCORRO SANTANDER<sup>\*</sup>

AUTHORS: NANCY LILIANA MARTINEZ CALA<sup>\*\*</sup>

KEY WORDS: Patient Safety, politics, quality, adverse event, incident management, analysis, risk.

### DESCRIPTION

Mandatory System Quality Assurance in Health (SOGCS) promoted by the Ministry of Health created a national policy for patient safety, urging all health Institutions to incorporate this commitment in every organization in the health care model. The aim of this paper was to develop a proposal for the implementation of the policy of patient safety in the physiotherapy service in the IPS Biossanar Socorro Santander, established in the compulsory system of quality in health, in order to strengthen the culture of patient safety and reduce the incidence of adverse events. This work was developed in the following phases: a) document review; b) application of eligibility tools; c) preparation of the situational analysis of the company and d) improvement proposals.

As a result of this monograph it was allowed documented recommendations for the creation of a patient safety program in order to be taken when implemented, the IPS Biossanar, and recorded in the strategic plan of the organization.

This monograph allowed recognize to the author and the management and operational team that Biossanar to strengthen patient safety policy is necessary to involve all the partners to generate an organizational culture, including individual and organizational changes in order to improve the care model health.

---

<sup>\*</sup> Work specialization.

<sup>\*\*</sup> Faculty of Health Sciences, Department of Public Health, Specialization in Health Services Administration . Director : Stella Aminta Sánchez Casas

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha estudiado la manera de disminuir la ocurrencia de eventos adversos a nivel nacional e internacional, pues esto ha hecho que se tenga un mayor reconocimiento, incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora en las diferentes organizaciones, potenciando la investigación en esta área. La preocupación nace debido a los efectos negativos que puede ocurrir en la atención sanitaria, si no se toman las medidas necesarias pues los estados pierden cantidades de dinero, que podría ser utilizado brindando una atención más eficiente a cada usuario en salud.

En Colombia desde el establecimiento de Sistema Obligatorio de la Calidad, se ha impulsado una política de seguridad del paciente, la cual se orienta a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud y atenuar sus consecuencias.

La seguridad del paciente involucra el establecimiento de un programa que evalúe permanentemente, de manera proactiva los riesgos asociados a la atención en salud y establezca las medidas necesarias que favorezcan su control.

De acuerdo a la Resolución 1446 del 2006 se estableció como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), la vigilancia de eventos adversos. Adicionalmente la Resolución 2003 de 2014 establece las condiciones para la habilitación de los servicios de salud, entre las que se incluyen los procesos relacionados con la seguridad del paciente.

Para la IPS BIOSSANAR es de gran ayuda este estudio puesto que es una institución nueva a la cual se le están haciendo revisiones periódicas para ver

como esta su funcionamiento, y el servicio de fisioterapia es un servicio muy poco estudiado en cuanto a ocurrencia de eventos adversos, con la realización del estudio se muestra el interés por ser una institución que se preocupa por la adecuada atención de sus usuarios, de esta manera puede tener un mayor reconocimiento.

La IPS BLOSSANAR del Municipio del Socorro debe realizar las acciones tendientes a cumplir con la reglamentación establecida por el SOGC; como parte de la Institución, el Servicio de Fisioterapia, debe acoger los programas establecidos que redunden en la calidad de los servicios ofrecidos, este trabajo se orienta en un primer momento a revisar la conceptualización en seguridad del paciente, los lineamientos internacionales y nacionales para identificar los requerimientos mínimos exigidos orientados a desarrollar practicas asistenciales seguras.

Se confrontará el cumplimiento de los requisitos exigidos por el sistema de habilitación, haciendo énfasis en el estándar 5 Procesos asistenciales, en donde se contempla lo relacionado con la Seguridad del Paciente, lo cual permitirá el planteamiento de acciones de mejora a nivel institucional y específicamente en el servicio de fisioterapia. Lo anterior se hará mediante la recopilación de información en tablas que nos permitan establecer que esta y que haría falta.

Los hallazgos obtenidos, se harán llegar las personas encargadas para ser estudiados, serán el insumo para plantear los elementos básicos requeridos para la implementación de la política de seguridad del paciente en el servicio de fisioterapia como parte de la IPS Blossanar. Para la realización de esta investigación se cuenta con el completo apoyo de los administradores encargados de la IPS Blossanar.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad en países desarrollados y en vías de desarrollo, considerada como un problema de salud pública en todo el mundo. Por esta razón se realizan conferencias como la que se realizó los días 25 y 26 de noviembre de 2008, se celebró en Madrid la IV Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente, organizada por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, y que llevó por título “Buscando las mejores prácticas clínicas para una atención sanitaria más segura”. El objetivo principal de esta Conferencia, a la que asistieron más de 800 personas, fue la puesta en común de los distintos elementos que constituyen los pilares de las políticas de seguridad del paciente, como son la investigación, las prácticas seguras, la cultura de seguridad, la formación y el papel de los pacientes, profesionales y ciudadanos en general<sup>1</sup>.

Según lo afirmado por Diana López y colaboradores, estudios realizados tanto en el ámbito internacional como nacional muestran que la morbi-mortalidad derivada de eventos adversos es mayor a la de enfermedades altamente letales. Un estudio realizado en el año 2000 sobre los datos nacionales de causas de defunción en la población, proporcionados por el DANE en Colombia correspondientes al año 1998, evidenció que el 24.1% de las defunciones era ocasionado por enfermedades no letales

Adicionalmente las fallas en la atención ocasionan repercusiones económicas para los prestadores y profesionales de salud; el Estado colombiano pagó en 2005 el

---

<sup>1</sup> IV Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente. Madrid; 25-26 de noviembre de 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del SNS; 2009.

equivalente a US\$1,68 millones de dólares en indemnizaciones por concepto de errores médicos, cirugías sin consentimiento y diagnósticos falsos<sup>2</sup>.

En un estudio realizado por el Doctor Hernando Gaitán Duarte se presenta como un problema en la detección de eventos adversos donde “Se ha podido detectar que la frecuencia de eventos adversos es de una magnitud importante que varía, en los diferentes estudios publicados, entre un 2.8% y un 16.6%, de los cuales entre 30 y 70% son prevenibles. Estas tasas varían dependiendo del país donde se hizo el estudio, del método epidemiológico utilizado para recoger la información, del tipo de hospital, del servicio donde es atendido, de la duración de la estancia hospitalaria, de la edad y de problemas asociados con la comunicación del paciente. Por otra parte se ha descrito que la cultura organizacional y otros aspectos relacionados con los sujetos involucrados en la atención afectan la frecuencia de reporte de los eventos adversos”<sup>3</sup>.

En otro estudio a nivel nacional se muestra la primera aproximación epidemiológica publicada sobre el tema en Colombia y muestra que al menos el (4,5%) de los pacientes hospitalizados en servicios quirúrgicos, médicos o de ginecobstetricia de tres instituciones observadas presentaron eventos adversos. Estos resultados son ligeramente mayores a los informados por estudio de Brennan en Estados Unidos quien presentó una incidencia del (3,7%) (21) e inferior a las incidencias publicadas por Baker (2) del (7,5%) y Forster (9) en Canadá, Davis y cols del (11,3%) en Nueva Zelanda (21) y Vincent con el (11,7%) en el Reino Unido (4).

---

<sup>2</sup>López Diana Milena, Ríos Sandra, Vélez, luz. Seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, Medellín, 2008, (Especialización). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional De Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. p 16 - 17.

<sup>3</sup><http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedia/vola-83/premiosalacienciasclinicas1/#sthash.pftRrcJ3.dpuf>

En conclusión, la información analizada da cuenta de una importante incidencia de los eventos adversos evitables en tres hospitales de Colombia. Su medición permanente podría favorecer la reducción de costos en salud, así como la morbilidad asociada a eventos adversos<sup>4</sup>.

También se ha investigado acerca de la importancia de las personas a cargo de los cuidados de los pacientes, durante el año 2006 se realizó un estudio de vigilancia epidemiológica de EA (evento adverso) en una cohorte pacientes hospitalizados en cuatro instituciones colombianas y se consideró relevante estudiar la actitud del personal que está usualmente involucrado en la vigilancia de la EA, con este estudio se evidenció una actitud de prevención hacia el estudio por parte del personal de salud en todas las instituciones, como lo relató una de las enfermeras: “Yo veía el personal demoraba las historias y no querían soltarlas. La auxiliar que me ayudaba renunció porque manifestó que no quería tener enemigos, a ella le dijeron que en lugar de estar botando la plata en ver qué hacía y qué no hacía la gente, utilizaban esos recursos en el bienestar de los trabajadores” (sic). La resistencia del personal de salud surgía de considerar el proceso como una auditoría que podría traerles consecuencias negativas<sup>5</sup>.

La Fundación Social IPS Biossamar es una institución que presta los servicios de primer y segundo nivel a la población subsidiada de Cafesalud, en Socorro Santander; según lo expresado en su misión y visión se caracteriza por la calidad humana del personal operativo de la institución, pendientes a satisfacer las necesidades de los usuarios, mediante la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, enmarcada en los principios constitucionales y de ley, siempre

---

<sup>4</sup>Gaitán Duarte, Hernando. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006. P.225

<sup>5</sup>Gaitán Duarte, Hernando. Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia, 2009. P.775

encaminada en la seguridad del paciente, proyectándose para en el 2016 ser una de las instituciones más reconocidas de la región por el cliente interno como del externo, asistidos por la mejor tecnología y préstamo de servicios garantizando la calidad, eficiencia, efectividad<sup>6</sup>.

Para cumplir con la reglamentación establecida en el Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y concretamente la Resolución 2003 de mayo del 2014, la IPS debe realizar un nuevo proceso de autoevaluación que incluya el servicio de fisioterapia, el cual debe cumplir con las condiciones exigidas para su habilitación, incluyendo el cumplimiento de las políticas de seguridad, que permitan ofrecer un servicio de excelente calidad.

El servicio de Fisioterapia de la IPS Biossanar actualmente no cumple con la normatividad establecida por el sistema SOGC, no cuenta con las políticas de calidad y seguridad del paciente, por lo cual los usuarios del servicio están expuestos a la ocurrencia de eventos adversos que pueden disminuir su estado de bienestar; razón por la cual se hace necesario diseñar una propuesta para implementar la normativa de seguridad del paciente en el servicio de fisioterapia contribuyendo con el cumplimiento de las políticas de calidad de la IPS Biossanar.

---

<sup>6</sup>Fundación Social IPS Biossanar. Resumen General. Socorro – Santander, 2012, p 1.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en las instituciones prestadoras de servicios salud los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención no oportuna e insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de calidad.

Cada año decenas de millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria no segura, afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención, por lo que la organización Mundial de la salud ha decidido formar una alianza con otros líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud.

El daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo. El registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C; la respuesta en aquellos días era clara y exclusivamente punitiva (por ejemplo, se le cortaba la mano a un cirujano). Hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, uno en el cual el éxito (una atención más segura) es determinado por lo bien que los profesionales médicos trabajan en equipo, cuán efectivamente se comunican entre sí y con los pacientes, y cuán cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención y los sistemas de apoyo.

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, e identificó seis campos de acción. Uno de estos

campos de acción es el desarrollo de “Soluciones para la seguridad del paciente”. En el mismo año, la Comisión Conjunta y la Comisión Internacional Conjunta fueron designadas como centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la seguridad del paciente, a fin de iniciar y coordinar el trabajo de elaboración y difusión de soluciones para la seguridad de los pacientes.<sup>7</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), subraya la importancia de contar con una política y estrategias regionales para garantizar la calidad de la atención sanitaria recalca la importancia de la calidad de la atención y la seguridad del paciente como una cualidad esencial para conseguir los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.<sup>8</sup>

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), 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.<sup>9</sup>

La inclusión de la seguridad del paciente dentro de los estándares del sistema de habilitación obligan a las instituciones prestadoras de servicios de salud a cumplir con el mínimo de requisitos; como son las condiciones tecnológicas y científicas para prestar un servicio garantizado, teniendo en cuenta estas condiciones se

---

<sup>7</sup>World health organization. Preámbulo para las soluciones de la seguridad del paciente, USA, 2007, p. 1, 2,3.

<sup>8</sup>León Ramírez, Sergio. Red de revistas científicas de américa latina, el caribe, España y Portugal. En: secretaria de salud del estado de Tabasco. Calidad en la prestación de los servicios de salud ¿mito o realidad?, México, redalic.org. p. 77.

<sup>9</sup>Ministerio de Salud. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Bogotá, 2008, p. 7.

debe implementar un programa de seguridad del paciente, con el fin de evitar situaciones adversas que pongan en peligro la integridad del paciente.

Para lo anterior, debe organizar un grupo de profesionales encargados de llevar a cabo este programa, de igual forma buscar los espacios para capacitación de todos los empleados ya que se debe cumplir un 90% del personal asistencial de la institución; que fortalezca la cultura institucional; logrando minimizar la ocurrencia de eventos adversos en los diferentes servicios, como en el de fisioterapia.

La Fundación Social Biossanar IPS es una institución que presta los servicios de primer y segundo nivel a la población subsidiada de Cafesalud, en Socorro Santander, como parte de la IPS el servicio de fisioterapia debe cumplir con la normatividad establecida; este trabajo aportará los elementos básicos requeridos para cumplir con la política de seguridad del paciente en el servicio de fisioterapia, los cuales deben estar alineados con los establecidos por la IPS de la cual hace parte.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Elaborar una propuesta para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en el Servicio de Fisioterapia en la IPS Biossanar del Socorro Santander, establecida en el Sistema Obligatorio De La Calidad En Salud, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad del paciente y reducir la incidencia de eventos adversos.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar revisión de la bibliografía sobre seguridad del paciente, eventos adversos y normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad aplicada a la prestación de servicios de fisioterapia.
- Realizar la autoevaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en lo relacionado con la seguridad del paciente, establecidos por el Sistema obligatorio de Calidad en el servicio de fisioterapia.
- Proponer los elementos básicos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en el Servicio de Fisioterapia de la IPS Biossanar Socorro Santander.

## II. MARCO DE REFERENCIA

### 4. MARCO TEÓRICO

El proceso de atención en salud de por sí conlleva un riesgo inherente, debido a la multiplicidad de factores involucrados en el mismo, sumado a la variabilidad de respuestas que cada organismo tiene frente a las intervenciones realizadas. Pese a que sería imposible eliminar por completo la presencia de los riesgos, sí es posible trabajar por su identificación y por la prevención y mitigación de aquellos eventos adversos que pueden ser prevenibles y evitables. En el caso de los prestadores de servicios de salud la gestión del riesgo se ha enfocado hacia el tema de la seguridad del paciente, básicamente en relación a la prevención de errores y de eventos adversos.<sup>10</sup>

El Proyecto IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos) ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para conocer la magnitud de los problemas que pueden ocurrir en los hospitales como resultado de la atención. Se ha tratado de un esfuerzo valiente que reconoce la complejidad del sector y que realza el compromiso de sus líderes con la salud y el bienestar de sus pacientes.

La tarea desarrollada en este proyecto ha sido de gran magnitud e importancia. Se ha establecido un modelo colaborativo en el que han participado 58 centros y equipos de investigadores de Argentina, Costa Rica, Colombia, México y Perú, bajo el liderazgo de sus respectivos Ministerios de Salud.

---

<sup>10</sup>Puerto, Devi. La gestión del riesgo de la salud en Colombia, Bogotá, 2011, (Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de ciencias económicas. p. 42.

El Estudio IBEAS ha permitido disponer, por primera vez, de una estimación sobre la magnitud en algunos hospitales pioneros de Latinoamérica, del problema de seguridad del paciente o daños producidos como consecuencia de los cuidados hospitalarios. Sabemos ahora que estamos ante un problema de salud pública muy grave de los sistemas sanitarios.

Ante la gravedad de este problema, el objetivo debe ser mejorar la seguridad de los pacientes, pero para ello se debe diseñar y llevar a cabo estrategias de control de los incidentes. Para diseñar éstas se debe conocer los detalles de la situación. En otras palabras, se requiere investigar para conocer, conocer para actuar y actuar para mejorar la seguridad del paciente.<sup>11</sup>

#### **4.1. EVENTO ADVERSO**

Según un estudio realizado por el profesor del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional de Colombia, Hernando Gaitán, y por el grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud, en Colombia la mortalidad asociada a los eventos adversos es cercana al 6%.<sup>12</sup>

Un evento adverso y sus homólogos se podría definir entonces como cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de

---

<sup>11</sup> IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. Organización Mundial de la Salud, 2010.

[http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf).

<sup>12</sup> Páez, Magda. Eventos adversos, un desafío para la medicina. Universidad nacional de Colombia. Agencia de noticias UN. De: <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/110/10.html>

enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente.<sup>13</sup>

## **4.2. CLASIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

Los eventos adversos han sido clasificados de diversa manera en la literatura internacional revisada. Las clasificaciones incluyen, entre otras, la causa básica u origen del evento, la severidad, la discapacidad resultante, el componente de la atención donde se origina y el momento de la aparición del evento con respecto al tiempo. Se encuentran también referencias en cuanto a la naturaleza quirúrgica o no quirúrgica, a la posible relación con medicamentos y el tipo de medicamento además del sitio de atención.

Respecto a la naturaleza u origen de los eventos adversos se clasifican en operatorio o no operatorio; se hace también mención al tipo de complicación, sitio de atención, tipo de error general o específico que llevó al evento y, finalmente, de acuerdo a la edad.

Por otra parte, según el momento de su presentación puede ser clasificado como originado en el período previo a la hospitalización, durante la hospitalización o en el período posterior a la hospitalización.

Según Severidad como severos y no severos. Se considera que un evento reportable severo es aquel que produce la muerte o deja una discapacidad mayor a seis meses. Un evento adverso puede tener varios grados de intensidad o de

---

<sup>13</sup>Ministerio de la protección social. Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud. En: Gallegos, Sandra. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: fundación FITEC. p 24

severidad (por ejemplo, un dolor de cabeza secundario a punción lumbar puede ser grave, moderado o leve) la lesión o daño puede estar relacionada a la discapacidad con el tiempo, se definen según severidad del evento adverso:

- Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona muerte o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.
- Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración.
- Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.

Un evento adverso se podría describir como prevenible, si está asociado a los procesos de atención, y no prevenible, relacionado con los factores intrínsecos.

Prevenible resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado:

Evento adverso no prevenible resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

### **4.3. MODELOS EXPLICATIVOS DEL EVENTO ADVERSO**

#### **4.3.1. Modelo del queso suizo**

El Dr. James Reason planteó el modelo más utilizado en estos momentos, llamado el modelo del Queso Suizo. En este modelo, el punto es que entre los peligros y el daño se encuentren las deficiencias, las fallas que puedan

presentarse en los diferentes procesos de la atención. Para que esos peligros lleguen a ser daño, se necesita que los diferentes problemas, las diferentes fallas se alineen de tal manera que todas concurren en producirlo; significa que cuando se trabaja el tema de seguridad del paciente a partir de la búsqueda de eventos adversos, se debe buscar a partir de aquellos errores humanos, o de aquellos fallos del sistema, cuáles son esas fallas en los procesos que se están alineando para permitir que el daño se dé, para poder llenar así el sistema de múltiples barreras de seguridad, lo que se llama sistemas redundantes de seguridad que impidan que el daño se dé, que rellenen esos huecos, en cada una de las rodajas del Queso Suizo.<sup>14</sup>

## Modelo explicativo

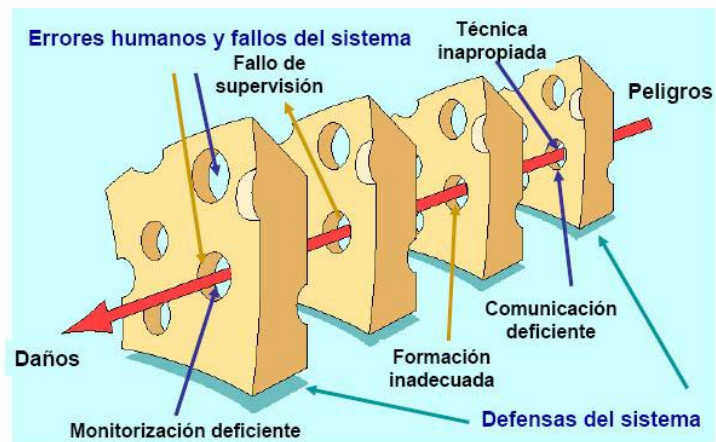


Figura 1. Tomado de lineamientos para la construcción de una política de seguridad del paciente. República de Colombia ministerio de la protección social dirección general de calidad de servicios.

<sup>14</sup>Ministerio de la protección social. Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud. En: Gallegos, Sandra. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: fundación FITEC. p. 17, 25.

### **4.3.2. Análisis causa raíz (ACR)**

“Es una herramienta reactiva de análisis retrospectivo del error usada para investigar las causas subyacentes y los factores del entorno que contribuyeron a la ocurrencia de un evento indeseado, con el fin aportar las contramedidas necesarias a nivel de sistemas y procesos, en busca de su mejoramiento. Para tal motivo se realiza la identificación de todas las causas comunes (causas raíces), a todo el sistema que originan fallas del procedimiento clínico, para posteriormente analizar las potenciales mejoras al sistema y establecer la estrategia de medición de los progresos”.

Esta herramienta es de las más usadas para análisis de seguridad y se ha aplicado ampliamente en otros sectores para la investigación de accidentes. Sus fundamentos provienen de la psicología industrial y la ingeniería de los factores humanos. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization la exige desde 1997 para el análisis de los eventos centinela en hospitales acreditados. En Colombia la utilización del ACR para el análisis de errores y eventos adversos no se encuentra difundida, contándose tan sólo con experiencias aisladas de reciente inicio. (Vítolo, 2010). El análisis se realiza desde una causa proximal (o especial) a una causa común (raíz o sistémica). Los pasos del Análisis causa raíz son: a) recolección de datos; b) análisis de datos y; c) recomendaciones, para posteriormente formular un plan de acción.

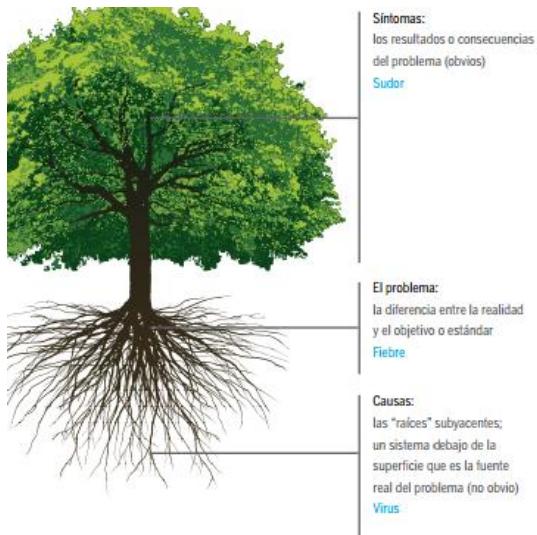


Figura 2. Tomado: Resolución de problemas mediante análisis de la causa raíz: elección de procesos y herramientas eficaces, [http://www.videojet.es/content/dam/uptime/pdf/es/videojet\\_rccm\\_wp\\_v7\\_CS5\\_SP.PDF](http://www.videojet.es/content/dam/uptime/pdf/es/videojet_rccm_wp_v7_CS5_SP.PDF)

#### 4.4. METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

Para el análisis de los eventos adversos es necesario conocer varios modelos que permiten entender la ocurrencia de los mismos en la prestación de los servicios de salud, a continuación, se muestran los modelos más utilizados para identificar las falencias en la prestación de los servicios de salud.

##### 4.4.1. Protocolo de Londres

Una de las principales herramientas es el llamado Protocolo de Londres (Taylor; Vincent), el cual se ha constituido en una metodología importante, pues de manera sistemática y estructurada permite la identificación de la cadena de sucesos (más allá de los simplemente evidentes), que condujeron al evento adverso como tal. El Ministerio de la Protección Social de 2010

dentro de la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, refiere que “el Protocolo de Londres” es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para el análisis de los EA”. En este documento define un Modelo Organizacional de causalidad de errores y eventos adversos, según el cual las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden propiciar conductas inseguras de diversa índole.

De acuerdo al proceso de investigación y análisis de eventos adversos menores y graves definido por el protocolo de Londres, la identificación de un evento adverso depende de su reporte, lo que es favorecido en aquellas instituciones que promueven el hablar de las fallas, evitar su ocultamiento, propenden por el mejoramiento y aprendizaje continuos, entre otros.

La prevención de eventos adversos implica la identificación y análisis de los errores en los diferentes procesos, con el fin de detectarlos oportunamente, corregirlos o evitarlos; sin embargo, más importante que esto es poder identificar las causas por las cuales se presentan estos errores. El Protocolo de Londres detalla cada uno de los pasos de este proceso, indicando cómo deben ser llevados a cabo, culminando en la identificación de todos los factores contributivos de cada acción insegura detectada y la formulación de recomendaciones junto con un plan de acción. La gestión del riesgo en salud en Colombia recomendaciones junto con un plan de acción<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup>Puerto, Devi. La gestión del riesgo de la salud en Colombia, Bogotá, 2011, (Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de ciencias económicas. p. 51, 52.



Figura 3. Análisis eventos adversos. Tomado de Proceso de investigación y análisis de eventos adversos Fuente: Taylor-Adams, Sally; Vincent, Charles. System Analysis of clinical incidents: the London protocol. Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, [http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EFAA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the\\_london\\_protocol.pdf](http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EFAA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the_london_protocol.pdf)

#### 4.4.2. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones, realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico - asistenciales.



Figura 4. Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason: Tomado de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co).

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole.

Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión<sup>16</sup>.

Para la investigación de incidentes se tiene en cuenta la identificación y decisión de investigar, la selección del equipo investigador; obtención y organización de información, establecimiento de la cronología del incidente,

<sup>16</sup>Taylor, Adams y Vincent, Charles. System analysis of clinical incidents: the London protocol.

identificación de las acciones inseguras y los factores contributivos, recomendaciones y plan de acción.

#### 4.4.3. Investigación y análisis de incidentes (errores eventos adversos)

El proceso básico de investigación y análisis está estandarizado. Fue diseñado pensando en utilidad y uso tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional. La siguiente figura ilustra la secuencia de pasos a seguir para investigar y analizar un incidente clínico, es decir, tanto un error como un evento adverso.



Figura 5. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos tomados de: <http://es.slideshare.net/OPSColombia/modelo-de-vmme-edgar-ivn-ortiz-consultor-mps-unfpa>.

#### **4.5. PRÁCTICAS SEGURAS**

Son programas y recomendaciones que se realizan a los profesionales de una institución de salud. Tiene como función preservar la integridad de los pacientes que asisten al tratamiento de rehabilitación física, con el fin de prevenir eventos adversos, que se pueden presentar durante la intervención terapéutica, ya que puede haber exposición a factores de riesgo físico, locativo, y/o humanos.

Las prácticas seguras se consideran una herramienta que se encuentra contenida en la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención del paciente en la atención en salud” del Ministerio de Protección Social, contribuye al cumplimiento del mandato constitucional de proteger la vida y la salud de los ciudadanos de Colombia; son aplicables a todas las instituciones prestadores de servicios de la nación. El Ministerio de Protección Social obliga a las instituciones de salud, a diseñar guías de manejo para los procesos de habilitación y acreditación, con el fin de minimizar riesgos, incidentes y eventos centinelas en las instituciones de salud.

En la siguiente figura se observa la implementación de las prácticas seguras en la atención asistencial, las practicas se dividen en cuatro grupos la primera son los procesos institucionales y asistenciales seguros, la segunda es la capacitación de pacientes relacionados en el tema seguridad, la tercera es incentivar practicas seguras a los profesionales de la salud en los centros hospitalarios, ambulatorios, prestadores independientes y entidades administradoras de planes de beneficios y la cuarta es capacitar a los profesionales en los riesgos, eventos adversos prevenibles y no prevenibles.

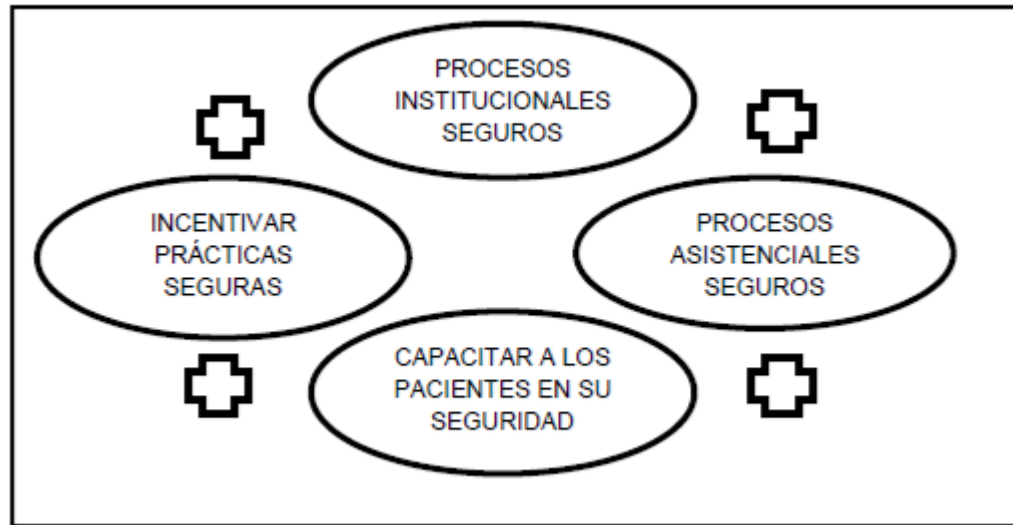


Figura 6. Prácticas seguras de: guía técnica de las buenas prácticas para la seguridad del paciente. Colombia. 2007 p. 3.

#### **4.6. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS**

Los procesos instituciones son herramientas de mejora de la calidad dirigidos a facilitar el trabajo de los profesionales y la gestión sanitaria. Detallan el itinerario de los pacientes y el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial en la atención sanitaria específica.

#### **4.7. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Son el conjunto de instituciones encargadas de evidenciar situaciones que pueden llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio, se gestionan con el fin de evitar la ocurrencia de eventos adversos. Las gestiones se logran capacitando al personal profesional e interdisciplinario relacionado con los riesgos asistenciales. La implementación del programa de la seguridad del paciente se enmarca con la aplicación de guías técnicas “buenas prácticas para la

seguridad del paciente en la atención en salud” emitido por El Ministerio de la Protección Social.

#### 4.8. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es una estrategia institucional orientada hacia la mejora de la seguridad del paciente, debe desplegarse de manera sistemática, y mediante la implementación de herramientas prácticas.

La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad<sup>17</sup>.



Figura 7. Política de seguridad del paciente. Ángel, Aida. Política de seguridad del paciente. Universidad libre. Bogotá, 2009. P. 32.

<sup>17</sup>Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Noviembre de 2008. p. 7.

## 5. MARCO NORMATIVO

### 5.1. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

El tema de la seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud fue una realidad poco o nada discutida hasta comienzos de los años noventa, época para la que Brennan y Leape, dos investigadores estadounidenses, publicaron en el *The New England Journal of Medicine*, una de las más prestigiosas revistas del mundo científico, los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar.

Estos autores encontraron que hay “una cantidad importante de lesiones infringidas a pacientes por la atención médica, y que muchas de estas lesiones son producto de atención sub-estándar”, y concluyeron diciendo que “la reducción de estos eventos requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias”.

A partir de esta publicación la seguridad del paciente ha venido adquiriendo un auge en investigación y conocimiento, pero trasciende cuando se revela el documento *errar es humano* en 1999 por el instituto de medicina de Estados Unidos, en el cual anuncian la ocurrencia de 44 mil a 98 mil muertes anuales a consecuencia de errores médicos, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA, despertándose a partir de esta publicación el interés por estudiar a fondo tanto en este país como en todo el mundo las acciones y estrategias que protegen al paciente de riesgos evitables.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup>López, Diana. Y, Ríos, Sandra. Y, Vélez, luz. Seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, Medellín, 2008, (especialización). Universidad de Antioquia. Facultad nacional de salud pública “Héctor Abad Gómez”. p. 11.

El 5 de octubre del 2007 durante la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, se emite la Resolución CSP27/10 sobre Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente (análisis comparado del marco jurídico sobre calidad de la atención y seguridad del paciente) CASP. Esta Resolución se basa en el documento presentado el 17 de julio del mismo año (CSP27/16), que define la calidad de la atención, incluyendo la seguridad del paciente, como la cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales de salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. La Resolución CSP27/10 plantea cinco líneas estratégicas a ser implementadas en la Región:

- Posicionar el programa de calidad de la atención y seguridad del paciente como prioridad sectorial.
- Promover la participación ciudadana en temas de calidad.
- Generar información y evidencia en temas de calidad.
- Desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad.
- Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente con un horizonte de diez años.<sup>19</sup>

Con el fin de abordar la primera línea de trabajo, se diseñó un proyecto para estudiar la legislación aplicable al tema que abarca el análisis del marco jurídico relacionado con la CASP en los países de América Latina, en España, y en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se piensa que la inclusión de legislaciones externas a América Latina pero surgidas de sistemas jurídicos similares a los de esta, ampliará la base conceptual de estudio.

---

<sup>19</sup>Organización Panamericana de la Salud. Análisis comparado del marco jurídico sobre Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea. Washington, DC: OPS, 2012. p. 7.

Existe un amplio desarrollo normativo sobre calidad y seguridad del paciente en gran parte de los países de América Latina, con normas de variada jerarquía, partiendo desde las Constituciones políticas, hasta normas de rango infra constitucional. Los temas en los que se encontraron mayor cantidad de normas<sup>20</sup> fueron los referidos a la autoridad sanitaria, las garantías de acceso y equidad, la autonomía de los pacientes, la regulación de medicamentos, establecimientos y su inspección, así como el reporte de daños, la educación continua y la certificación profesional. Los temas con menor desarrollo normativo son los referidos a las directivas anticipadas, y los deberes de los pacientes, las encuestas a los pacientes, la información de alta del expediente clínico, la evaluación y monitoreo de los riesgos institucionales y la evaluación de desempeño del sistema de salud<sup>21</sup>.

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere de una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidas la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidado sano<sup>22</sup>.

Todas estas medidas se han evidenciado como faltantes en el sistema de salud Colombiano a pesar del aumento del interés en estudiar la seguridad del paciente por parte de los diferentes actores del sistema, es común encontrar situaciones

---

<sup>20</sup>Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea. Washington, DC: OPS, 2012. p. 27.

<sup>21</sup>Atención y Seguridad del Paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea. Washington, DC: OPS, 2012. p. 27.

<sup>22</sup>RAMÍREZ, LEÓN. Calidad en la prestación de los servicios ¿mito o realidad?. Salud en Tabasco, vol. 18, núm. 3, México, 2012. p. 77, 78.

determinantes como la falta de sensibilización, falta de unificación de métodos de identificación, notificación inadecuada, violación del carácter confidencial de los datos, exigencia de responsabilidad profesional, sistemas de información precarios, limitantes en el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, diferencia en los propósitos específicos de los actores, insuficiencia de un sistema de salud para llenar las expectativas de las instituciones y diferencias en los abordajes metodológicos de salud de Colombia; situación que pone entre dicho la efectividad en la implementación de las diferentes normas, que se han promulgado para abordar dichos temas<sup>23</sup>.

Los efectos indeseables de la atención en salud son un problema que afecta a todos y cada uno de las personas involucradas en el proceso de atención, tanto el personal administrativo como el asistencial, y se convierten en la razón del abordaje en el tema de la seguridad del paciente y avanzando hacia la obtención del mejoramiento de su calidad vida, porque ahora los profesionales del área de la salud son más conscientes y responsables de ofrecer una mejor atención incluyendo la seguridad del paciente como una característica inherente a la práctica médica que busque minimizarlos y prevenirlos.

## **5.2. MARCO NORMATIVO NACIONAL**

Para el desarrollo de este proyecto de investigación se revisó la constitución nacional, la normatividad del sistema de seguridad social en salud, específicamente aquellas normas cuyo objeto está relacionado con la calidad en la prestación de los servicios de salud y especialmente en seguridad del paciente.

---

<sup>23</sup>López, Diana Milena, Ríos, Sandra, Vélez, Luz. seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, Medellín, 2008, (Especialización). Universidad de Antioquia. Facultad nacional de salud pública "Héctor Abad Gómez". p. 15.

### **5.2.1. Constitución nacional de Colombia del 4 de julio de 1991 congreso de la república de Colombia**

A continuación, se exponen los artículos en los cuales se garantiza a todos los habitantes del país el derecho irrenunciable a la seguridad social y a la salud, por lo cual el Estado deberá ampliar progresivamente la cobertura de seguridad social y deberá subsidiar a quienes, por escasez de recursos, no tiene acceso a los servicios de salud”. El reto es convertir en realidad los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad,

- **Artículos 48 y 49**

*“Garantizar a los habitantes del país el derecho a la seguridad social y a la salud, el estado debería ampliar la cobertura de seguridad social y deberá a quienes por escasez de recursos, no tienen acceso a los servicios de salud”. El reto es convertir en realidad los principios constitucionales”.*

“La atención en la salud y el saneamiento son servicios públicos a cargo del estado, dirigidos a la solidaridad”<sup>24</sup>

### **5.2.2. Ley 100 de diciembre 23 de 1993.**

El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección

---

<sup>24</sup>COLOMBIA. Ministerio de protección social. Ley 581 (31, Mayo, 2000). De los derechos sociales, económicos y culturales. Bogotá D. C., 2000 No 2. P. 11.

Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

A continuación, se exponen los artículos que garantizan la calidad de los servicios de salud según la ley mencionada.

- **Artículo 153**

Fundamentos del servicio público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del sistema general de seguridad social en salud las siguientes:

**1.Equidad:** El sistema general de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.

**2.Obligatoriedad:** La afiliación al sistema general de seguridad social en salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o capacidad de pago.

**3. Protección integral:** El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.

**4. Libre escogencia:** El sistema general de seguridad social en salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acogedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta ley.

**5. Autonomía de las instituciones:** Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente ley.

**6. Descentralización administrativa:** La organización del sistema general de seguridad social en salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

**7. Participación Social:** El sistema general de seguridad social en salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del sistema general de seguridad social en salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

**8. Concertación:** El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los consejos nacional, departamentales, distritales y municipales de seguridad social en salud.

**9. Calidad:** El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

- **Artículo 173**

Se destaca dentro del artículo dos funciones enfocadas a la garantía de la seguridad del paciente en el proceso de atención en una institución de salud las siguientes:

- Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República
- Expedir y Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y

por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, así como la evaluación de ellas.

- **Artículo 185**

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Artículo 186 El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

- **Artículo 227**

Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

### **5.2.3. Ley 715 de diciembre 21 de 2001**

La presente ley reglamenta los recursos y competencias destinados a la organización de prestación de servicios de educación y salud, con el fin de garantizar una adecuada destinación de los recursos. Los siguientes artículos muestran los entes encargados de realizar un adecuado manejo y el destino que se les dará a los recursos otorgados.

- **Artículo 42**

Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional.

- **Artículos 43, 44 y 45**

Corresponde a los departamentos, municipios y distritos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción

- **Artículo 56**

Todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel, de complejidad deberán demostrar ante el Ministerio de Salud o ante quien éste delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico-administrativa, para la prestación del servicio a su cargo.<sup>25</sup>

#### **5.2.4. Ley 1122 de enero 9 de 2007.**

La presente ley tiene como objeto realizar 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

---

<sup>25</sup> COLOMBIA. Ministerio de protección social. Ley 715 (2, Diciembre, 2001). El sistema general de seguridad social en salud. Bogotá D. C., 2001 No 43.711. P.1.

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.<sup>26</sup>

#### **5.2.5. Ley 1438 de 2011**

- **Artículo 1. Objeto de la ley.**

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, induyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

- **Artículo 118 desconcentración.**

Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud se desconcentrará y adicionalmente podrá delegar sus funciones a nivel departamental o distrital. La Superintendencia Nacional de Salud ejecutará sus funciones de manera directa o por convenio interadministrativo con las direcciones departamentales o distritales de Salud, acreditadas, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad, las cuales para los efectos de las" atribuciones correspondientes responderán fundamentalmente ante el

---

<sup>26</sup>COLOMBIA. Ministerio de protección social. Ley 715 (19, Enero, 2011). El sistema general de seguridad social en salud. Bogotá D. C., 2011 No 43.711. P. 1.

Superintendente Nacional de Salud. Las direcciones departamentales o distritales de Salud, presentarán en audiencia, pública semestral y en los plazos que la Superintendencia establezca, los informes que esta requiera. El incumplimiento de esta función dará lugar a multas al respectivo director de hasta diez (10) salarios mínimos legales mensuales y en caso de reincidencia podrá dar lugar a la intervención administrativa. La Superintendencia Nacional de Salud implementará procedimientos participativos que permitan la operación del sistema de forma articulada, vinculando las personerías, la defensoría del pueblo, las contralorías y otras entidades u organismos que cumplan funciones de control. La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar la facultad sancionatoria para que las entidades del nivel departamental o distrital surtan la primera instancia de los procesos que se adelanten a las entidades e instituciones que presten sus servicios dentro del territorio de su competencia

#### **5.2.6. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 ministerio de la protección social**

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 (SOGCS). Aplica a todos prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones prestadoras de Servicios de Salud (IPS), o con Entidades Territoriales. SOGCS.

### **5.2.7. Resolución número 1446 de 2006 (8 de mayo de 2006) ministerio de la protección social**

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referencia por la calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

#### **• Artículo 3**

Expone los indicadores De Monitoria Del Sistema Obligatorio de La Garantía de la Calidad que son los siguientes:

- Oportunidad en la asignación de citas médicas en la consulta médica general
- Oportunidad en la asignación de citas medicas en la consulta general especializada
- Proporción de cancelación de cirugías programadas
- Oportunidad en la atención de urgencia
- Oportunidad en la atención en servicios de imagenología
- Oportunidad en la atención en servicios de consulta odontológica general
- Oportunidad en la realización de la cirugía programada
- Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados
- Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada
- Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
- Tasa de infección intrahospitalaria

- Proporción de vigilancia de eventos adversos
- Tasa de satisfacción global
- Numero de tutelas por no prestación de servicios POS
- Oportunidad en la entrega de medicamentos no POS
- Oportunidad en la realización de la cirugía programada
- Proporción de esquemas de vacunación adecuados en menores de un año
- Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino
- Tasa de mortalidad por neumonías en grupos de alto riesgo
- Razón de mortalidad materna
- Tasa de satisfacción global
- Proporción de quejas resueltas antes de 15 días

Esta resolución define *los eventos adversos trazadores* cómo las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son mas atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro de la salud del paciente, la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y a los incrementos de los costos de la no calidad. Por extensión también se aplica esté concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de situaciones anteriormente mencionadas. La vigilancia de los eventos adversos se integra con los diferentes componentes del Sistema Obligatorio.

#### **5.2.8. Resolución 3763 del 18 de octubre de 2007 del ministerio de la protección social**

Modifica parcialmente la resolución 1043, la 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007. La cual precisa criterios de infraestructura física que debe de

tener el servicio de consulta externa cuando el servicio se preste en el centro de reconocimiento de conductores, Dotación y mantenimiento de los servicios de cuidado intensivo e intermedio de pediatría y adulto y ajusta criterios relacionados con la interdependencia de servicios.

#### **5.2.9. Resolución 1441 de 2013. Condiciones de habilitación para prestadores de servicios de salud.**

La presente resolución tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación así como adoptar el Manual de Habilitación. Esta Ley a sido derogada por la ya vigente 2003 de 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Para la prestación del servicio de fisioterapia.

#### **5.2.10. Resolución 2003 de 2014**

- **Artículo 1**

**Objeto:** La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Además, esta norma hace énfasis en la realización de programas de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:

planeación estratégica de la seguridad, fortalecimiento de la cultura institucional, medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos y procesos seguros.

- **Artículo 2.**

**Campo de aplicación:** La presente resolución aplica a:

- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Los Profesionales Independientes de Salud.
- Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
- Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.
- Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

- **Artículo 4.**

**Inscripción y habilitación:** Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución.

- **Artículo 5.**

**Autoevaluación de las condiciones de habilitación:** La autoevaluación consiste en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación.

La autoevaluación deberá realizarse en los siguientes momentos:

- De manera previa a la inscripción del prestador y habilitación del o los servicios.
- Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador y antes de su vencimiento.
- Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción de que tratan los incisos segundo y tercero del artículo 9 de la presente resolución.
- De manera previa al reporte de las novedades señaladas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado con la presente resolución.
- En cualquier momento antes del 30 de septiembre de 2014, para renovar la habilitación por un año más, para los prestadores que les aplique el artículo 11 de la presente resolución.

- **Artículo 6.**

Requisitos para la inscripción y habilitación de servicios de salud en el REPS. A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, los Prestadores de Servicios de Salud que se inscriban y habiliten servicios en el REPS deberán cumplir lo siguiente:

6.1 Determinar el servicio o los servicios a habilitar, de acuerdo con el REPS, incluyendo la complejidad y el tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio.

6.2 Realizar la autoevaluación y la posterior declaración en el REPS.

6.3 Ingresar al enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.

6.4 Radicar el formulario de Inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud respectiva y los demás soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.

- **Artículo 9.**

Vigencia de la inscripción en el REPS. La inscripción inicial de cada Prestador en el REPS, tendrá una vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la

fecha de la radicación ante la entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

- **Artículo 10.**

Consecuencias por la no autoevaluación por parte del prestador. Si el prestador inscrito en el REPS no realiza la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados con su correspondiente declaración en el REPS, dentro del término previsto, se inactivará su inscripción. Adicionalmente, si se trata de una institución prestadora de servicios de salud, requerirá visita de reactivación por parte de la entidad Departamental o Distrital, según corresponda, cuyo objeto consistirá en la verificación de las condiciones de habilitación establecidas y en la decisión sobre la inscripción.

#### **5.2.11. El decreto 903 de 2014**

Adicionalmente como un compromiso con la calidad en la atención la institución puede optar por la acreditación, el decreto 903 tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales.

#### **5.2.12. Ley 528 de 1999**

Para el profesional de fisioterapia es importante reconocer la salud como uno de los valores fundamentales de la condición humana por lo tanto su ejercicio

debe velar para que el derecho a gozarla se haga efectivo poniendo al alcance de la población los medios que sean de su competencia-

La ley 528 de 1999 reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, define la profesión y sus alcances, dicta normas en materia de ética profesional y otras disposiciones que orientan el quehacer profesional. El objeto de estudio del fisioterapeuta, según lo enuncia la ley, es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre. Por tanto, el fisioterapeuta, orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencializarían el movimiento así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social.

El fisioterapeuta por tanto debe proveer servicios de calidad tal como esta contemplado en el artículo 12, de la presente ley.

• **Artículo 12.**

*“Los fisioterapeutas deberán garantizar a los usuarios de sus servicios la mayor calidad posible en la atención, de acuerdo con lo previsto en la Ley 100 de 1993 y demás normas que la adicionan o modifican; sin que tal garantía pueda entenderse en relación con los resultados de las intervenciones profesionales, dado que el ejercicio de la fisioterapia comporta obligaciones de medio pero no de resultado”.*

Teniendo en cuenta lo anterior la seguridad del paciente es una prioridad puesto que se deben mencionar todos los posibles eventos adversos que se

puedan presentar en el servicio, a diferencia de servicios como enfermería, medicina, odontología, la ocurrencia de eventos adversos en fisioterapia según lo revisado tanto a nivel internacional como nacional no ha sido suficientemente documentada.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud busca que las entidades cumplan con unos requisitos mínimos para la prestación de los 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; la seguridad del paciente hace referencia al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propende en minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias es decir desde cualquier área que se desee ver el paciente su seguridad e integridad son lo más importante en una institución de salud, pues la norma está dirigida a cuidar la integridad de cada usuario que se vele por su bienestar<sup>27</sup>.

### **5.3. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA BOGOTÁ, 11 DE JUNIO DE 2008**

La función principal de la ya mencionada política, es garantiza la calidad de la atención al usuario, y evitar cualquier inconveniente, propone como objetivo general prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del

---

<sup>27</sup>COLOMBIA. Ministerio de protección social. Ley 528 (23, Enero, 2014). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. . Bogotá D. C., 2014 No 43.711. P. 1.

paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

#### 5.4. LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA

Enfoque de atención Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

- **Centrado en el usuario:** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- **Cultura de seguridad:** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- **Integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud:** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- **Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal, en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- **Validez:** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

- **Alianza con el paciente y su familia:** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- **Alianza con el profesional de la salud:** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

## **5.5. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Homologar la terminología a utilizar en el país.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.

- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la república de Colombia Bogotá, 11 de junio de 2008. p. 2.

## **6. MARCO CONTEXTUAL**

La IPS Biossanar de Socorro es una institución que presta servicios de salud de carácter privado, el nivel de complejidad, se encuentra ubicada en la calle 12 número 13-31 Barrio Centro en la ciudad de Socorro en el departamento de Santander y tiene como slogan *“Transformando dolor en una esperanza de vida por una Colombia sana”*.

### **6.1. RESEÑA HISTÓRICA**

El establecimiento BIOSSANAR fue creado el 5 “cinco” de Junio del año 2012 en la ciudad de Socorro – Santander, encabezado por su representante legal el Dr. José Rolando Romero.

La institución BIOSSANAR, se caracteriza por su alta calidad humana, el personal operativo de la organización, se encuentra altamente calificado, están en constante desarrollo y capacitación, tendientes a las constantes actualizaciones del mundo moderno para así suplir las exigencias requeridas de los usuarios.

La fundación promotora de salud BIOSSANAR (IPS BIOSSANAR) presta los servicios a la población perteneciente al régimen subsidiado de Cafesalud sus servicios van dirigidas a las personas menos favorecidas; mediante un convenio establecido con la IPS.

### **6.2. MISIÓN**

Brindar Servicios de salud integrales para satisfacer las necesidades de los usuarios, mediante la promoción y prevención de la salud enmarcada en los

principios constitucionales y de ley, siempre encaminada en la seguridad del paciente, con el fin de aumentar la calidad de vida de la comunidad, soportado con talento humano ético, competente; garantizando la calidad, eficiencia, efectividad y responsabilidad social de los mismos a través de una constante de mejoramiento continuo.

### **6.3. VISIÓN**

Proyecta ser en el 2016, una institución prestadora de Servicios de Salud de la región, preferida por sus clientes internos y externos, con oferta de servicios de salud integral altamente calificados y eficientes que responda a las necesidades de la población, soportada con un excelente talento humano sensibilizado, ético, responsable y comprometido con la cultura del buen servicio, asistidos por la mejor tecnología.

#### 6.4. ORGANIGRAMA IPS BIOSSANAR

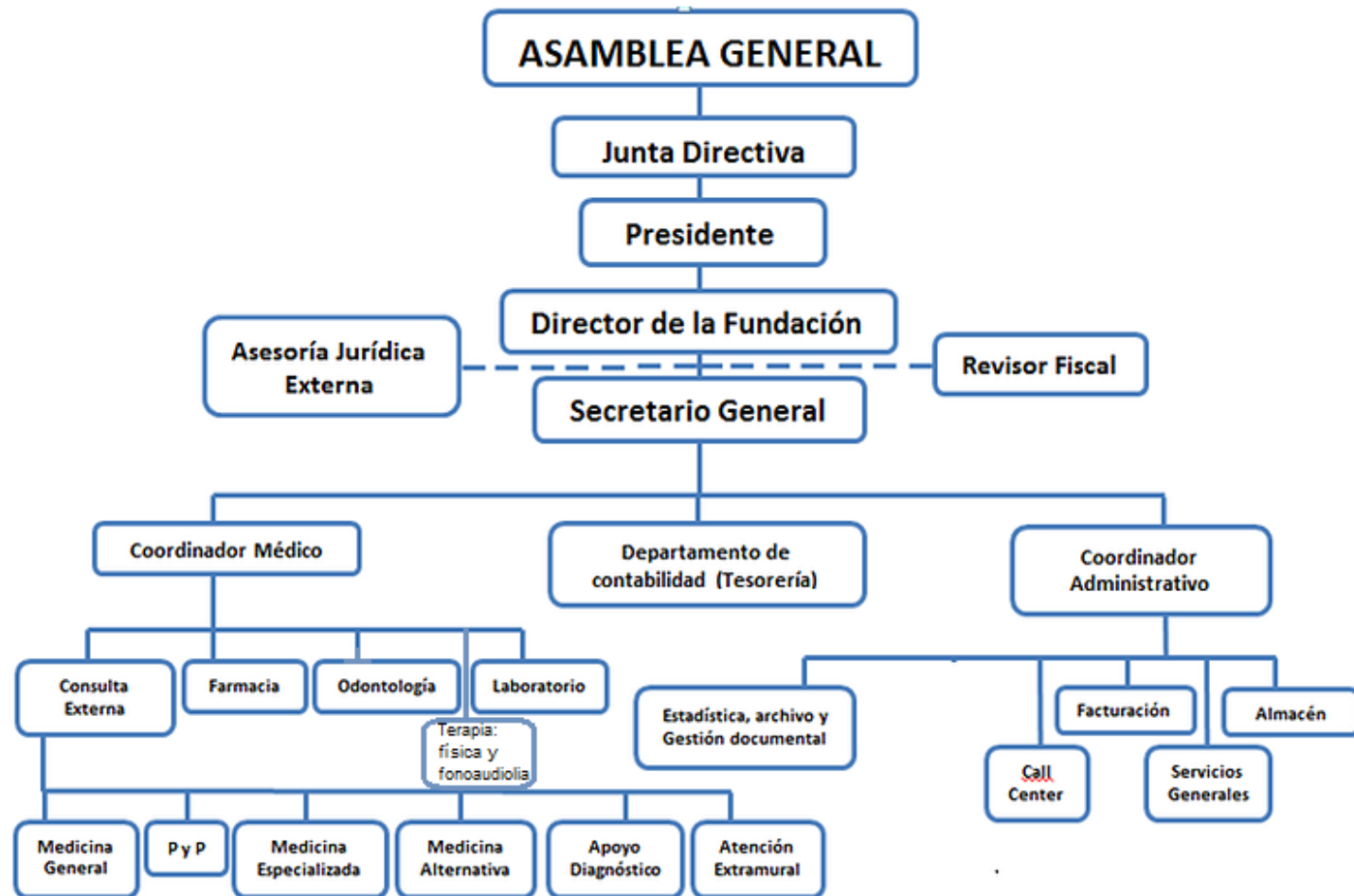


Figura 8. Organigrama IPS BIOSSANAR

## **6.5. POLÍTICAS DE CALIDAD**

Las políticas de calidad presentes en la institución IPS Biossanar no corresponden con los lineamientos relacionados con la política de seguridad del paciente, como se menciona en el marco teórico.

Como consta en los documentos institucionales la fundación Biossanar presta servicios de medicina general, odontología, promoción y prevención, laboratorio clínico, nutrición, psicología, pequeña cirugía y servicio de imagenología-radiología, con compromiso de calidad, cumplimiento de la normatividad vigente y los requisitos de nuestro cliente Institucional.

Se hace enfoque en el fomento del buen trato humanizado en la prestación de los servicios de salud, promoción de una cultura de seguridad del usuario, el fortalecimiento de los mecanismos de comunicación y el desarrollo de las competencias de nuestro talento humano enmarcados en el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios de Salud.

## **6.6. VALORES INSTITUCIONALES**

- Ética y profesionalismo.
- Innovación y desarrollo.
- Calidad y servicio a nuestros usuarios.
- Compromiso con la salud y el bienestar

## **6.7. PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

La IPS Biossanar ofrece los servicios de:

- Medicina general
- Odontología
- Promoción y prevención
- Laboratorio clínico
- Nutrición
- Psicología
- Pequeña cirugía
- Servicio de imagenología
- Radiología
- Terapia física
- Terapia de lenguaje

## **7. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE HABILITACIÓN EN LA IPS BIOSSANAR**

A partir de la revisión conceptual y normativa realizada y teniendo como referente los requerimientos contenidos en la Resolución 2003 de 2014, se evidencia que la IPS BioSSanar de Socorro Santander no cumple con lo exigido, específicamente en relación con el Estándar 5: Procesos Asistenciales, de acuerdo a lo señalado por el personal encargado de calidad en la Institución se puede mencionar, que requerimientos como las guías de práctica clínicas y protocolos de manejo de equipos, protocolos de patologías están en construcción para ser analizados por los auditores internos, y aún no han sido socializados

En relación a los procesos prioritarios asistenciales no existe evidencia que en la Institución este descrito y organizado el programa de auditoria para mejoramiento de calidad igualmente, el manual de seguimiento a riesgos.

En cuanto al manual de bioseguridad que incluye el manual de Gestión Integral de Residuos (PGIRS), se encuentra por escrito, pero aún no ha sido socializado con los profesionales de la institución.

Las políticas de seguridad del paciente, actualmente se encuentran en revisión por los auditores internos; así mismo las sugerencias hechas en la última revisión por los auditores externos.

Para el reporte y gestión de los eventos adversos la IPS no los registra adecuadamente puesto que el personal no está debidamente capacitado para reportarlos incidentes a los cuales se ven expuestos los pacientes, hasta el momento no hay registros claros de años anteriores.

En relación con el cumplimiento del componente de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se estableció un programa de seguridad del paciente con el fin de evitar en lo más mínimo la ocurrencia de eventos adversos; teniendo en cuenta lo mencionado y para simplificar la comprensión y el manejo de los requisitos exigidos por la Resolución 2003 de 2014, aplicados al servicio de fisioterapia, se tendrá como referencia la lista de chequeo elaborada por el grupo de Ejercicio y Practica profesional (EPRAFI), de la Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI), a partir de la cual se elaboró la Tabla 1.

## 8. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE HABILITACIÓN EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA IPS BIOSSANAR

**Tabla 1. Cumplimiento de los requisitos de habilitación en el servicio de Fisioterapia IPS Biossanar.**

<b>ESTÁNDAR 1. TALENTO HUMANO EN SALUD.</b> Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del Talento Humano asistencial y la suficiencia de este recurso para el volumen de atención.				
CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Hoja de Vida (Actualizada). Resolución de autorización para ejercer la profesión en el Departamento. Manual de Selección de Personal (Verificación de los títulos se solicitan a las IES "Instituciones de Educación Superior"). Copias de contratos. Póliza de responsabilidad civil.	X			De los requisitos mencionados la IPS solicita la hoja de vida, resolución de autorización para ejercer la profesión en el Departamento, y la copia del contrato
<b>ESTÁNDAR 2. INFRAESTRUCTURA:</b> Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas que condicionen procesos críticos asistenciales. Resolución 4445 de 1996.				
Planos de la IPS. Área correspondiente a Fisioterapia.	X			Aunque la resolución 4445 de 1996 no especifica el tamaño para el espacio de fisioterapia, el que se encuentra habilitado en la IPS Biossanar es pequeño, ya que se atiende tres o dos pacientes al tiempo, no hay divisiones, y ahí mismo se encuentran algunos elementos como: escalera, rampa, lo que ocupan un espacio considerable generando incomodidad para los pacientes y el profesional
<b>ESTÁNDAR 3. DOTACIÓN:</b> Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos biomédicos que determinen procesos críticos institucionales				
Listado de equipos. Plan de Mantenimiento Preventivo, Cronograma. Hojas de Vida de los equipos. Manuales de los equipos en español. Datos generales del equipo: Modelo, marca, fecha de adquisición, Número de serie. Ubicación, responsable. Datos técnicos. Reporte de mantenimiento. Hoja de vida del técnico de mantenimiento. Contrato con Empresa de mantenimiento.	X			La IPS no cuenta con equipos para la prestación de los servicios de Fisioterapia, por tanto, la Institución no cumple con ninguno de los criterios establecidos en la normatividad. El profesional contratado debe llevar sus propios equipos, la institución no tiene establecido en ningún documento ningún tipo de control sobre los mismos

Certificados de calibración de los equipos que cuenten, midan o pesen .Permiso de comercialización y registro sanitario.			
<b>ESTÁNDAR 4. Medicamentos, Dispositivos Médicos E INSUMOS:</b> Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fisioterapéuticos, productos biológicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios			
			Elementos como aceite, gel, toallas desechables, solución salina, medicamento para nebulizar y jeringa, los entrega la institución al profesional de la salud
<b>ESTÁNDAR 5. PROCESOS PRIORITARIOS:</b> Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.			
Guías de práctica clínicas y protocolos de atención para las patologías que atienden en cada servicio clínico, indicando origen de las mismas. Actas de socialización de los procesos, procedimientos, guías y protocolos. Actas de los comités o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios, definidos por el prestador para realizar los procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos. Manual de atención al usuario y modelo de atención. Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad – PAMEC. (No aplica a prestadores independientes) Metodología hacia parámetros de Acreditación. Manual de Política de seguridad del paciente y seguimiento a riesgos con Metodología como AMFE, Protocolo de Londres y seguimiento a las diez buenas prácticas de seguridad del paciente de obligatorio cumplimiento que nos apliquen y se solicitan las fichas técnicas de los indicadores de seguimiento a		X	De las guías prácticas y protocolos de atención para las patologías, existen los bosquejos, pero no han sido socializados para ser aprobados.  La socialización para verificar el cumplimiento y gestión de los principales procesos asistenciales se realiza de forma esporádica. Inicialmente se realizó una socialización de la propuesta para realizar las guías y protocolos.  Está pendiente de realizarse la socialización relacionada con el PAMEC, la cual está a cargo de la Jefe de Enfermería de la IPS.

<p>riesgos de la Institución. Diseño y operacionalización de Indicadores y se solicita el último reporte de información al Sistema de Información para la Calidad a la Supersalud. Evaluación y seguimiento al SOGCS (Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad). Manual de bioseguridad que incluya el manual de Gestión Integral de Residuos –PGIRS. Manual de uso y reusó de dispositivos.</p>				
<b>ESTÁNDAR 6. HISTORIA CLÍNICA Y SUS REGISTROS</b>				
<p>Manual de Historia Clínica. Procedimiento para el manejo y diligenciamiento Res. 1995 de 1999. Registros de entrada y salida .Procedimientos que garantice la custodia. Consentimiento informado. (Beneficios, riesgos, tratamientos alternativos). Registros (vacunación, embarazos, notas quirúrgicas, enfermería entre otros). Registros o anexos en físico deben tener un proceso de gestión documental). Registro de resultados de Auditoría de las Historias Clínicas, según lo contemplado en el Manual.</p>	X			<p>Si cumple con la historia clínica, por tiempo no se aplica a todos los pacientes.</p> <p>La IPS no aplica el consentimiento informado</p> <p>En cuanto a los registros de enfermería y otros procedimientos, se solicitan al paciente cuando es necesario. El paciente lleva la orden médica en la cual se describe el diagnóstico y sugerencia hecha por el médico tratante.</p>
<p><b>ESTÁNDAR 7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.</b> Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.</p>				
	X			

## **9. ELEMENTOS BÁSICOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA**

### **9.1. BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICABLES AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA**

Según la resolución 2003 del 2014, hay diez (10) buenas prácticas de seguridad del paciente de obligatorio cumplimiento para la habilitación de los servicios de salud de los cuales “siete” aplican al Servicio de Fisioterapia.

- Contar con programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
- Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y la transfusión sanguínea (NO APLICA).
- Atención segura del binomio madre-hijo (NO APLICA)
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos (NO APLICA). Se propone: *Mejorar la seguridad en los procedimientos en Fisioterapia y Terapia respiratoria.*
- Prevención de escaras o úlceras por presión (NO APLICA, en pacientes de consulta externa). Para el servicio de fisioterapia en la IPS no aplica puesto que no hay servicio de hospitalización
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

Tomando como referencia la lista de chequeo de buenas prácticas obligatorias en el Sistema Único de Habilitación del Ministerio de Salud y Protección Social se presenta la tabla numero 2 analizando cada ítem según corresponde.

Tabla 2: lista de chequeo para las buenas prácticas de la seguridad de paciente obligatorio en el sistema único de habilitación.

<b>BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ANTES DE VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Contar con un programa de seguridad del paciente que provee una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.		X	No se encuentran documentos sobre este programa para identificar cuál está en gestión  Es importante, recalcar que la finalidad es crear medidas de seguridad del paciente.
<b>A. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA SEGURIDAD</b>			
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)		X	Se recomienda la IPS conformar el grupo para dar cumplimiento al programa propuesto por el ministerio de salud y la protección social, así mismo lograr hacer un seguimiento, dando resultados de las evidencias encontradas para ser socializadas por el personal de la IPS.  Debe existir un sistema de reporte intrainstitucional, que privilegie la confidencialidad de lo reportado, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extra institucionales.
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funciona para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la Seguridad de pacientes y socialización en la entidad.			
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes y/o articulación con los comités de infecciones, farmacia, calidad, en los cuales se realiza análisis de causa de fallas			

en la atención en salud, cuyas acciones y decisiones reposan en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (Incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)			
<b>B. FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL</b>			
Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (Política de seguridad institucional, definiciones de seguridad del paciente, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)		X	Como la IPS aún no tiene establecido el programa de seguridad del paciente se recomienda de acuerdo a la norma 2003 se empiece a diseñar.
<b>C. REPORTE, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS:</b>			
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.		X	La institución debe registrar los hallazgos que, durante la atención en los servicios se vaya presentando, una vez registrados se debe seguir o implementar el análisis mediante el sistema de protocolo de Londres para el reporte de los eventos adversos, además se deben realizar las rondas y reuniones breves sobre seguridad del paciente.
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (Puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad.			
<b>D. PROCESOS DE SEGUROS</b>			
Evidencia de la valoración de los riesgos		X	Una vez hecha la valoración de

para procesos asistenciales priorizados.			los procesos la IPS debe implementar las acciones de mejora teniendo en cuenta las guías y protocolos de manejo según las patologías atendidas y hacer la respectiva socialización con los profesionales correspondientes, manteniendo la confidencialidad de lo encontrado.
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados.		X	
Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados		X	
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.		X	
Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: Protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.		X	

<b>MONITORIZACION DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>			
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias aplicadas.		X	Se debe implementar la valoración periódica teniendo en cuenta las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias para identificar los indicadores de calidad.
La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas		X	

Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen.			
<b>2. DETECTAR,PREVENIR Y REDUCIR</b>			
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS y debe estar debidamente socializado.	X		Se cuenta con el protocolo de lavado de manos pero no se hacen las respectivas auditorias para saber si se usa correctamente el ya mencionado protocolo.
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	X		
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos como por ejemplo toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos.	X		
Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años y debe incluir medidas de aislamiento universales. Esta guía debe estar debidamente socializada.	X		
Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.	X		
Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado	X		Dentro de la IPS se atiende pacientes de consulta externa por lo tanto no se maneja hospitalización.
Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.		X	

<b>ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES</b>			
Evidencia documental del análisis de causa		X	Identificar correctamente la causa

del evento adverso: Lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.			de producción del evento adverso así mismo formular las acciones de mejora. Es importante llenar correctamente los datos del paciente para evitar inconvenientes a la hora de reportar eventos adversos.
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pié de cama. Nunca el número der la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación.		X	
Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica.		X	
<b>5. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS</b>			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.		X	La institución debe diseñar el formato para reportar el evento adverso para, caídas. Teniendo en cuenta que la mayoría de los usuarios son adultos mayores con discapacidad, los cuales están más predispuestos a tener caídas.
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación.		X	
Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del		X	

paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en los pasillos de internación y una adecuada iluminación.			
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica.		X	

## **9.2.DETERMINACIÓN DE EVENTOS ADVERSO RELACIONADOS CON LAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA DE LA IPS BIOSANAR**

De acuerdo a la clasificación de procedimientos que propone la Confederación Mundial de Fisioterapia, WCPT, durante los procedimientos de Fisioterapia y Terapia Respiratoria, existen riesgos específicos en el desarrollo de los siguientes procedimientos:

- 1.Instrucción relativa al paciente/cliente.
- 2.Coordinación, comunicación y documentación
- 3.Ejercicio terapéutico
- 4.Entrenamiento funcional en autocuidado y manejo del hogar
- 5.Entrenamiento funcional para integración o reintegro al trabajo (empleo/escuela/recreación)
- 6.Técnicas terapéuticas manuales
- 7.Prescripción, aplicación y fabricación de dispositivos y equipamiento.
- 8.Técnicas de desobstrucción de la vía aérea
- 9.Técnicas de protección y reparación tegumentaria
- 10.Modalidades electromagnéticas.

## 11. Agentes físicos y modalidades mecánicas<sup>29</sup>.

De otra parte, según lo reportado en un estudio acerca de reclamos legales a los fisioterapeutas, los principales riesgos en la atención de estos profesionales son: traumas incluyendo fracturas, quemaduras, retrasos en la recuperación, lesiones no especificadas, abrasiones, laceraciones, contusiones<sup>30</sup>.

A continuación, se muestran las tablas con las patologías que se revisaron como primeras causas de consulta en el servicio de fisioterapia en el año 2014, se señalan los eventos adversos que se podrían presentar, causas y acciones de mejora que podrían implementarse para evitarlos.

Tabla 2. Eventos adversos relacionados con las patologías atendidas en el servicio de fisioterapia de la IPS BIOSSANAR.

EVENTO ADVERSO	PATOLOGÍA	CAUSA	ACCIÓN DE MEJORA
Quemadura: Puede ser ocasionado por el uso de modalidades físicas: crioterapia, calor húmedo, calor profundo, electroterapia.	Cervicalgia Dorsalgia Lumbago Dolor articular Cadera Rodilla Dolor de hombro Fractura de radio y cubito Reemplazo de rodilla	Alteración de la sensibilidad, falta de claridad sobre la patología del paciente, las morbilidades que pudiera tener, antecedentes.  Falta de monitoreo del paciente, no tener en cuenta las contraindicaciones de la modalidad física	Indagar al paciente sobre antecedentes que se pudieran limitar al uso de las diferentes modalidades. revisar historia clínica general patologías que pueden alterar la sensibilidad  Se le dan las indicaciones al paciente sobre las sensaciones que percibirá con este medio, para que indique oportunamente si presenta algún signo de intolerancia. Monitoreo permanente durante la sesión.

<sup>29</sup>Confederación Mundial de Fisioterapia, WCPT, \*Guidelines for physical therapist entry-level education position statement: Description of physical therapy, Junio 2007

<sup>30</sup>CNA- Physical therapy Claims Study <https://www.cna.com/vc>

EVENTO ADVERSO	PATOLOGÍA	CAUSA	ACCIÓN DE MEJORA
<p>Fractura: Puede ser ocasionado por manipulación inadecuada por parte del profesional. Por caída del paciente dentro del consultorio</p>	<p>Cervicalgia Dorsalgia Lumbago Dolor articular Cadera Rodilla Dolor de hombro Fractura de radio y cubito Reemplazo de rodilla</p>	<p>Poco tiempo de recuperación, posterior al tratamiento quirúrgico Mala cicatrización del callo óseo</p>	<p>Pedir al paciente rayos x antes y después del procedimiento quirúrgico. Revisar en las guías de manejo de la patología el tiempo necesario para realizar manipulaciones, después del procedimiento quirúrgico, Tener en cuenta recomendaciones del médico especialista Dar recomendaciones al paciente de su movilización y desplazamiento.</p>
<p>Laceraciones, abrasiones y contusiones: Pude ser ocasionada por manipulaciones muy fuertes, mal uso de los elementos de rehabilitación como pesas, thera bands, mancuernas, o caídas.</p>	<p>Cervicalgia Dorsalgia Lumbago Dolor articular Cadera Rodilla Dolor de hombro Fractura de radio y cubito Reemplazo de rodilla</p>	<p>Por falta de atención del paciente a las recomendaciones hechas por el profesional. Manipulación inadecuada por parte del profesional. El no utilizar correctamente los elementos de dotación, para un óptimo desempeño laboral.</p>	<p>Explicar adecuadamente las indicaciones para realizar los procedimientos de rehabilitación cerciorándose de que el paciente haya comprendido correctamente el mensaje expuesto. Insistir al profesional sobre el uso de los implementos para la prestación del servicio. Recomendar al profesional, de las precauciones con pacientes adultos mayores y niños a la hora de hacer algún tipo de manipulación. Monitoreo permanente del paciente durante la sesión.</p>
<p>Retraso de la recuperación puede ser causado por: Demora para iniciar el tratamiento en fisioterapia  Por complicaciones como infecciones, mal intervención quirúrgica.</p>	<p>Cervicalgia Dorsalgia Lumbago Dolor articular Cadera Rodilla Dolor de hombro Fractura de radio y cubito Reemplazo de rodilla</p>	<p>El médico tratante no ordena oportunamente el tratamiento rehabilitador  El estado de conciencia del paciente.  Interés de la rehabilitación por parte del paciente.</p>	<p>Recomendar al paciente en la primera visita la importancia de la pronta recuperación y complicaciones a futuro si no se inicia pronto el tratamiento.  Recomendar a los familiares o acompañantes de los pacientes la importancia del plan casero.  Educar al paciente en cuanto la patología y tratamiento a realizar.</p>

EVENTO ADVERSO	PATOLOGÍA	CAUSA	ACCIÓN DE MEJORA
<p>Caídas y lipotimia: Pueden producirse por falta de conocimiento frente a la lesión y patología que se esté presentando.</p> <p>Por condiciones ambientales y patologías asociadas</p>	<p>Cervicalgia Dorsalgia Lumbago Dolor articular Cadera Rodilla Dolor de hombro Fractura de radio y cubito Reemplazo de rodilla</p>	<p>Después de procedimientos quirúrgicos no se hace la educación del paciente para su movilización.</p> <p>En cuanto a patologías el paciente desconoce a los eventos que puede verse expuesto</p> <p>Por condiciones ambientales, ejemplo pisos húmedos, patologías asociadas como hipertensión arterial, patología cardiaca etc.</p>	<p>Educar al paciente en cuanto al desplazamiento, posturas y eventos a los cuales se ven expuestos de acuerdo a la patología o lesión.</p> <p>Evitar estas condiciones ambientales</p>

## **10.CONCLUSIONES**

- La IPS no ha realizado el proceso de sensibilización sobre la gestión de riesgos; por lo tanto, no hay participación de todo el personal que facilite el reporte de incidentes adversos.
- No ha habido una adecuada implementación de la política de seguridad encaminada a reducir la incidencia de eventos adversos dentro de la institución.
- No existe un documento que contenga las políticas de calidad, las cuales deben estar en armonía con el direccionamiento estratégico de la organización, definiendo la prioridad que la institución tiene sobre la seguridad del paciente.
- En relación con las buenas prácticas de seguridad del paciente se evidencia a nivel institucional lentitud en el proceso de implementación de estas políticas, hay desconocimiento de los aspectos que competen a la institución y por tanto en cada uno de los servicios prestados
- En cuanto al servicio de fisioterapia no cumple la normativa establecida por la resolución 2003 de 2014.
- Una vez revisada la parte normativa y literatura en cuanto a seguridad del paciente y políticas de calidad, se evidencia que es muy importante la aplicación de los estándares a cada servicio y en especial a fisioterapia esto permite prestar un servicio con calidad, realizando una correcta evaluación de las condiciones en que llega el paciente, y la forma como se atenderá y

saldrá del servicio, evitando el mínimo de eventos que pueda colocar en riesgo la integridad del paciente.

## 11.PROPUESTA

- La IPS debe hacer un trabajo de sensibilización sobre la gestión de los riesgos, una de las recomendaciones más importantes es el trabajo de sensibilización sobre la gestión de los riesgos en la IPS, que debe empezar a realizar la alta gerencia, dándose progresivamente un cambio de cultura organizacional; promoviendo así la participación de todo el personal, facilitando el reporte, información, análisis y mejoramiento continuo.
- La política de seguridad debe incluir una cultura justa y educativa, encaminada a reducir la incidencia de eventos adversos, creando un entorno seguro para la prestación de los servicios de la institución; es importante que el personal tenga plena claridad de cómo debe ser implementada con el fin de garantizar la confiabilidad de los resultados una vez se hayan analizado.
- Se deberá elaborar un documento que contenga las políticas de calidad, las cuales deben estar en armonía con el direccionamiento estratégico de la organización, definiendo la prioridad que la institución tiene sobre la seguridad del paciente.
- Una vez la IPS tenga las políticas de seguridad del paciente definidas, deberá capacitar al personal e iniciar su implementación, haciendo el respectivo seguimiento por medio de reuniones periódicas para comentar los hallazgos encontrados; hacer el acercamiento a cada servicio socializando las diez prácticas seguras ya establecidas que son requisitos mínimos para la prestación de servicios de salud.

- Con el compromiso institucional (Política de Seguridad del Paciente) presentado a todos los colaboradores se debe implementar el programa de seguridad del paciente siguiendo los lineamientos de la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” emitida por el Ministerio de Salud donde se encuentra cómo se implementa un programa de seguridad del paciente y como usar los “paquetes instruccionales” de acuerdo a los riesgos identificados en la empresa. Con estos lineamientos se genera un plan de intervención donde se deben involucrar a todo el personal con el fin de generar una cultura de seguridad.
- El establecimiento de la Política de Seguridad del Paciente a nivel institucional, en las IPS, es prioritario, no solo como respuesta ante las exigencias del Ministerio de Salud, sino especialmente como un referente de Calidad institucional, en defensa de la Vida de los pacientes; por las condiciones óptimas en que se deben prestar los servicios de salud en Colombia
- El proceso de autoevaluación debe sujetarse a lo exigido por la resolución 2003 de 2014, las instituciones a través de una lista de chequeo pueden determinar las falencias y las acciones de mejora necesarias para cumplir con las exigencias contenidas en el sistema de habilitación como primer paso en la implementación del SOGC. La IPS debe formular un plan de mejoramiento que permita cumplir con la normativa establecida.
- El servicio de fisioterapia requiere un programa de mejoramiento que permita el cumplimiento de los estándares de calidad contenidos en la normatividad establecida, que garanticen la prestación de un servicio seguro, articulado con el programa de seguridad del paciente definido por la institución; para ello se requiere compromiso de las directivas y trabajo conjunto con los profesionales vinculados en el servicio.

- La implementación de la política de seguridad del paciente en el servicio de fisioterapia de la IPS Biossanar está supeditada a la implementación en la institución, los responsables del servicio de fisioterapia deben plantear todas las acciones de mejoramiento que propendan por la calidad del servicio, las cuales se deben articular con las de la IPS.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ascofi, F. (2015, Junio), lista de chequeo de los documentos que se deben tener listos en la visita de verificación de habilitación de los servicios de fisioterapia y terapia respiratoria resolución 2003 de 2014, [en línea] de: <http://www.ascofi.org.co/index.php/capitulos/grupos-de-trabajo/grupo-prafi/159-lista-de-chequeo-para-proceso-de-habilitacion-de-servicios-de-fisioterapia-y-terapia-respiratoria>
- Bolis, M Y Cho, M. Y, Madies, C. Y, Herrero, M. (2012), análisis comparado del marco jurídico sobre la calidad de la atención y seguridad del paciente (CASP) en América Latina, España y la comunidad Europea. [en línea], consultado Junio 02, 2015, de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&qid=19551&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=19551&Itemid)
- Chinome, E. (2011), propuesta de un sistema de reporte y gestión de eventos adversos para la clínica Bucaramanga. [Proyecto de grado], Bucaramanga, universidad UIS facultad de salud escuela de medicina departamento de salud pública. [en línea], consultado Julio 1, 2015 de [http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EFAA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the\\_london\\_protocol.pdf](http://www1.ic.ac.uk/resources/DA2A75EFAA84-4E1C-8A1F-DD63808058E7/the_london_protocol.pdf)
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 100 (23, diciembre, 1993), El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia. DIARIO OFICIAL. BOGOTA, 1993. No. 41.148. 1 p.

- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 528 (14, septiembre, 1999), por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia. DIARIO OFICIAL. BOGOTA, 1999. No. 4711. 1 p.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 175 (21, diciembre, 2001), para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros. DIARIO OFICIAL. BOGOTA, 2001.
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 1122 (9, enero, 2007), ajustes al sistema general de la seguridad social. DIARIO OFICIAL. BOGOTA, 2007. No. 46506. 1 p.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 1438 (19, enero, 2011), fortalecimiento del sistema seguridad social a través del modelo de prestación de servicio público de salud. DIARIO OFICIAL. BOGOTA, 2011. 1 p.

- Ips Biossanar. (s.f.), misión y vision, Socorro, fundación biossanar ips. [en línea], Consultado Julio 02, 2015, de <http://www.fundacionbiossanarips.com>
- López, V. Y Ríos, V. Y Vélez, E. (2008), seguridad del paciente en las prestación de servicios de salud de primer nivel de atención. [Proyecto de grado], Medellín, universidad de Antioquia facultad nacional de salud pública “Héctor Abad Gómez”. [en línea], Consultado Junio 02, 2015, de <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePrestacionServicios.pdf>
- Ministerio de la protección social. (2007, Diciembre), herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de

calidad de la atención del paciente. [en línea], consultado Junio 02, 2015, de [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=257&Itemid=](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=257&Itemid=)

- Ministerio de la protección social. (2008), lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. [en línea], consultado Junio 02, 2015, de [www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%20n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%20n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)
- Puerto, D. (2011), gestión del riesgo en salud en Colombia, universidad nacional de Colombia facultad de ciencias económicas. [en línea], consultado Junio 02, 2015, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>
- Ramirez, L. (2012, Diciembre), calidad en la prestación de servicios de salud, vol. 18, núm. 3. [en línea], de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48725011001>
- World health organization. (2007), preámbulo para las soluciones para la seguridad del paciente. [en línea], Consultado Julio 02, 2015, de <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>