

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE UNA IPS DEL MUNICIPIO DE COROZAL-SUCRE, COLOMBIA.

Evaluation of patient's security program in an IPS (health provider institute) from village Corozal-Sucre, Colombia.

* David Galván Borja¹, Irina Pérez Hernández².

Recibido: 04 de Febrero de 2015

Aprobado: 06 de Octubre de 2015

Resumen

Objetivo: determinar el nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente definido por la normatividad colombiana, e identificar las oportunidades de mejora que se requieren implementar para ajustar este programa.

Materiales y Métodos: se realizó estudio de tipo descriptivo, de campo y transaccional. Para la realización de este estudio se utilizó la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual se aplicó mediante la realización de observación directa, y entrevistas al personal implicado en la ejecución de los procesos correspondientes al programa de seguridad del paciente. **Resultados:** El nivel global de cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS fue del 31%, se hallaron aspectos importantes como la existencia de una política de seguridad emanada por la gerencia y la existencia de un comité de seguridad, con las oportunidades de mejora halladas se elaboró un plan de mejoramiento que se propuso a la gerencia para su implementación. **Conclusión:** Algunos de los ítems evaluados muestran algún grado de avance en su desarrollo, lo que indica que definir una política de seguridad del paciente establecida por la alta gerencia, contar con un referente del programa, la realización de capacitaciones sobre temas afines y el tener un procedimiento definido para la notificación de eventos e incidentes son aspectos que apoyan acciones tendientes al logro de la implementación del programa, de lo contrario sería poco eficaz la minimización de riesgos.

Palabras Claves (DeCs): Seguridad del Paciente, Gestión de seguridad, Evaluación de los servicios, Errores Médicos. (FuenteDeCS)

Abstract

Objective: Determine the level of compliance of patient's security program defined by the Colombian normativity and identify the improvement opportunities required to regulate this program. **Materials and methods:** This survey was made by a descriptive, transactional and field research. For the implementation of this research, it was used the checking list for a good management of patient's mandatory security practices, which were established by the Minister of Health and Social Protection, which was applied through the accomplishment of direct observation, and interviews to the staff implied in the execution of the process related to patient's security program. **Results:** The global level of accomplishment from patient's security program in an IPS was 31%, which were found some important aspects as the existence of a security politic arising out of the direction and a security committee, with the improvement opportunities found, it developed an upgrading plan, which was proposed to the management for its implementation. **Conclusion:** Some of the evaluated items show an advance in their development, which proves define a patient's security politic established by the highest management, it is necessary to have a referent of the program, the implementation of trainings about topics related to this subject and to have the defined procedure for the notification of events and incidents, which aspects support actions that help the achievement of the implementation of the program, in other way it could not be efficient the risks minimization.

Key words (DeCs) : Patient's security, safety management, services evaluation, medical errors (FuenteDeCS).

¹ Químico Farmacéutico, Clínica Salud Social S.A.S Director técnico del servicio farmacéutico. Sincelejo – Sucre. Colombia, docente adscrito Departamento de Farmacia. Universidad de Sucre, Facultad de Ciencias de la Salud.

² Administrador de Servicios de Salud, Fundación Medico-Educativa FUMED Director Administrativo IPS.

*Correspondencia: davidgalvanborja@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La atención en salud en sí misma es un acto muy complejo, en el que además de tratar de proveer a un usuario el tratamiento más adecuado a un problema de salud, se corre el riesgo causar daño involuntario a este mismo, por ello desde el año 2002 la organización mundial de la salud (OMS), instó en su *Resolución WHA55.18*, a los Estados Miembros a que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente (1).

Ante esta situación la organización mundial de la salud creó en el año 2004 la “alianza mundial para la seguridad del paciente” (2), su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente(3), esta fue formalizada en Colombia a través de iniciativas como la Política de seguridad del paciente (4), los "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente"(5) y La Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”(6).

Como producto de los lineamientos dictados por el Ministerio de salud, surgieron diversas normas, como el Decreto 1011 de 2006 (7), que creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, la Resolución 1445 de 2006 (8), que estableció el componente opcional de acreditación en salud, que incluía la implementación del programa de seguridad del paciente para Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) acreditadas, la Resolución 0123 de 2012(9), que deroga a la anterior, y que reglamento el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario (10), en el que el programa solo debía ser implementado por IPS que desearan acreditarse, dado el bajo número de IPS acreditadas (11), fue necesaria la expedición de la resolución 1441 de 2013(12), derogada por la resolución 2003 de 2014(13), que establece de manera obligatoria para las IPS, la implementación del programa de seguridad del paciente.

A nivel internacional se han llevado a cabo estudios de prevalencia en incidencia de eventos adversos en la atención en salud, dentro de los

cuales se destacan el Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS (14) y el Estudio APEAS Sobre La Seguridad de los pacientes en Atención Primaria en Salud (15), que han evidenciado la alta frecuencia con la que dichos eventos se presentan. Se destacan también intentos de estandarizar la terminología utilizada para describir los sucesos y elementos propios de un programa de seguridad del paciente (16), y los retos mundiales propuestos por la misma OMS en pro de la reducción de Eventos Adversos, tales como, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, y la seguridad de las prácticas quirúrgicas (17).

La IPS objeto de este estudio, presta atención ambulatoria y se encuentra ubicada en el municipio de Corozal, en el departamento de Sucre, como integrante de la red nacional de prestadores de servicios de salud, no es ajena a la obligatoriedad en la implementación del programa de seguridad del paciente, es por ello que, se hizo necesario evaluar el programa de seguridad del paciente de esta, estableciendo el nivel de cumplimiento para cada uno de los criterios establecidos en la normatividad vigente, e Identificando los criterios con menor grado de cumplimiento que pudieran ser considerados como oportunidades de mejoramiento por la organización.

MATERIALES Y MÉTODOS

La evaluación del programa de seguridad del paciente se llevó a cabo a través de un estudio de tipo descriptivo, de campo y transeccional.

La población estuvo constituida por la totalidad de los procesos llevados a cabo en la IPS. La muestra estuvo conformada por el programa de seguridad del paciente de la IPS.

El estudio se realizó en una IPS que presta servicios de atención ambulatoria y geográficamente se halla ubicada en la ciudad de Corozal, departamento de Sucre, Colombia.

Para la recolección de la información se utilizó la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias (18),

promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La recopilación de la información implicó la realización de una comparación entre los requisitos establecidos en la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias (18) y las diferentes evidencias de cumplimiento o incumplimiento que aportó la IPS. Las técnicas usadas para la recolección de información fueron observación directa y realización de entrevistas al recurso humano involucrado en la realización de las actividades propias del programa.

La información recolectada fue registrada y tabulada utilizando el software de hoja de cálculo Excel 2010, posteriormente esta misma fue procesada para determinar el nivel global de cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS.

RESULTADOS

Exclusión de criterios

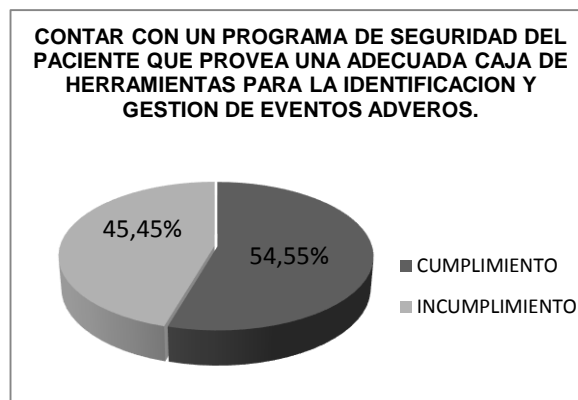
Teniendo en cuenta que la IPS es de baja complejidad con modalidad de atención ambulatoria, para la evaluación del programa de seguridad del paciente se excluyeron algunos criterios de la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias (18), por tratarse de actividades que no se llevan a cabo en dicha IPS, Ver Tabla 1.

Nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente.

Se realizó la evaluación de cada uno de los criterios establecidos en la Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias (18). Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Criterio 1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

El nivel de cumplimiento global en este criterio fue del 54,55% .Ver grafica 1



Grafica 1. Cumplimiento criterio 1 Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. (Fuente: Estudio de Investigación.)

Este criterio se halla estructurado sobre la base de cuatro subcriterios, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados tras su evaluación: Plataforma Estratégica de la Seguridad 67%; Fortalecimiento de la Cultura institucional de notificación de eventos adversos 100%; Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos 50% y Procesos Seguros 40%.

Se evidenció que existe una política institucional de seguridad del paciente emanada por la dirección y un referente del programa de seguridad del paciente designado por la gerencia; se halla constituido el comité de seguridad del paciente, pero no se encontró en el acta de constitución que el referente haga parte de este.

Por otro lado, Se demostró la realización de capacitaciones con respecto a temas relativos a la seguridad del paciente y la existencia un procedimiento para la notificación de incidentes y de eventos adversos, pero no se evidenció que exista una metodología definida para el análisis de causas de incidentes o eventos adversos, así como tampoco ningún tipo de priorización de riesgos para procesos asistenciales, ni formulación e implementación de acciones preventivas tendientes a disminuir los riesgos más críticos en los procesos asistenciales.

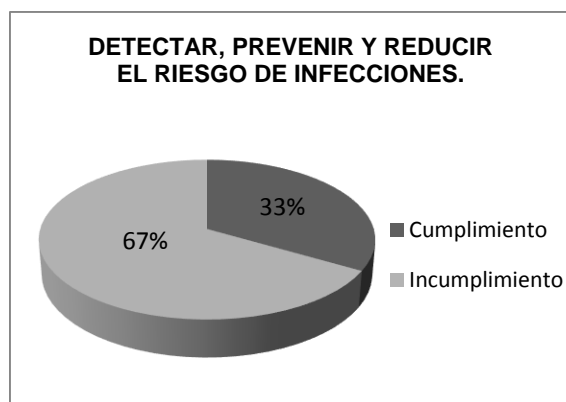
La IPS cuenta con un procedimiento documentado para la adopción de guías clínicas suministradas por su contratante, se encontraron guías adoptadas y evidencia de la socialización de estas.

Criterio 2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

El nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente con este criterio fue del 100%. Se evidenció la realización de una evaluación semestral de la adherencia a guías de manejo clínico, así como se evidencia el seguimiento y reporte de indicadores de calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Criterio 3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

El nivel de cumplimiento del programa de seguridad del paciente con este criterio fue del 33%. **Ver grafica 2.**

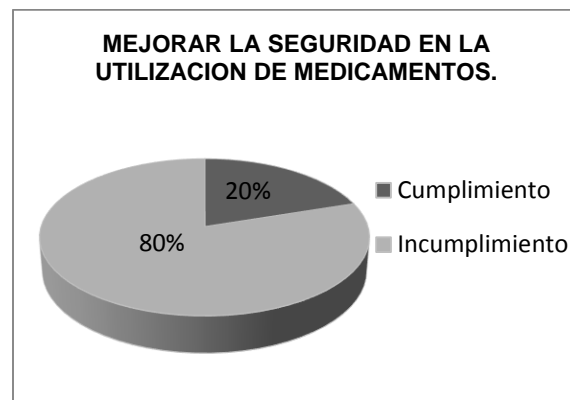


Grafica 2. Cumplimiento Criterio 3 Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud. (Fuente: Estudio de Investigación.)

Se evidenció la presencia de insumos institucionales para la higiene de manos, se evidencia también un protocolo de venopunción socializado, cabe resaltar que en la IPS no se realiza colocación ni mantenimiento de sondas vesicales. La institución no cuenta con protocolos para aislamiento de pacientes, cuenta con un manual de bioseguridad con una última actualización realizada hace más de cinco años, no se mide la adherencia a este.

Criterio 4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

El nivel de cumplimiento obtenido para este criterio fue del 20%. **Ver grafica 3.**



Grafica 3. Cumplimiento Criterio 4 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. (Fuente: Estudio de Investigación.)

Se realizó revisión de los eventos o incidentes adversos reportados, se hallaron dos reportes de incidentes, y ambos correspondían a entrega de medicamento incorrecto, en ninguno de los casos se hallaron evidencias de análisis de causas de estos, a pesar de que fueron presentados en el comité de seguridad del paciente.

A pesar de que se hallaron procedimientos documentados en el servicio farmacéutico, el procedimiento de dispensación no permite realizar una evaluación de la adherencia a este. No se hallaron evidencias de que existan procesos para: Administración segura de medicamentos, Uso racional de antibióticos e Identificación y marcaje adicional de medicamentos de alto riesgo. Se evidenció la elaboración de un acta cuando se reciben los medicamentos por parte del proveedor, y en la historia clínica se identifican alergias a medicamentos que hayan padecido o padezcan los pacientes.

Criterio 5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.

El nivel de cumplimiento obtenido en este criterio fue completamente nulo. La evaluación del programa de seguridad del paciente de la IPS, no

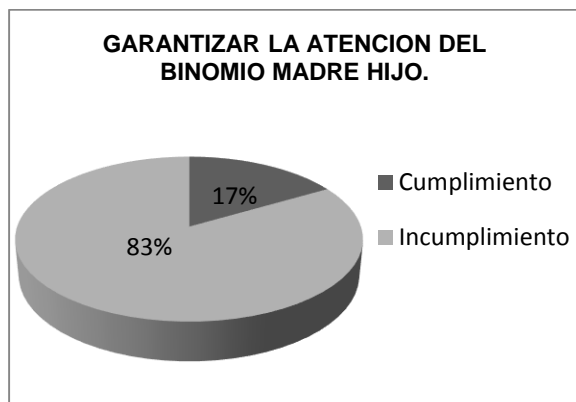
evidencio la existencia de un protocolo que asegure la correcta identificación de los pacientes al ingreso a la institución, tampoco se evidenciaron reportes de eventos o incidentes relacionados con este ítem.

Criterio 7. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

El cumplimiento del programa con este criterio fue nulo. No se hallaron evidencias que muestren la clasificación de riesgo de caídas de los usuarios de la institución, así como tampoco existen protocolos relacionados con este aspecto. Tampoco se hallaron reportes de incidentes o eventos adversos relacionados con este ítem.

Criterio 9. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.

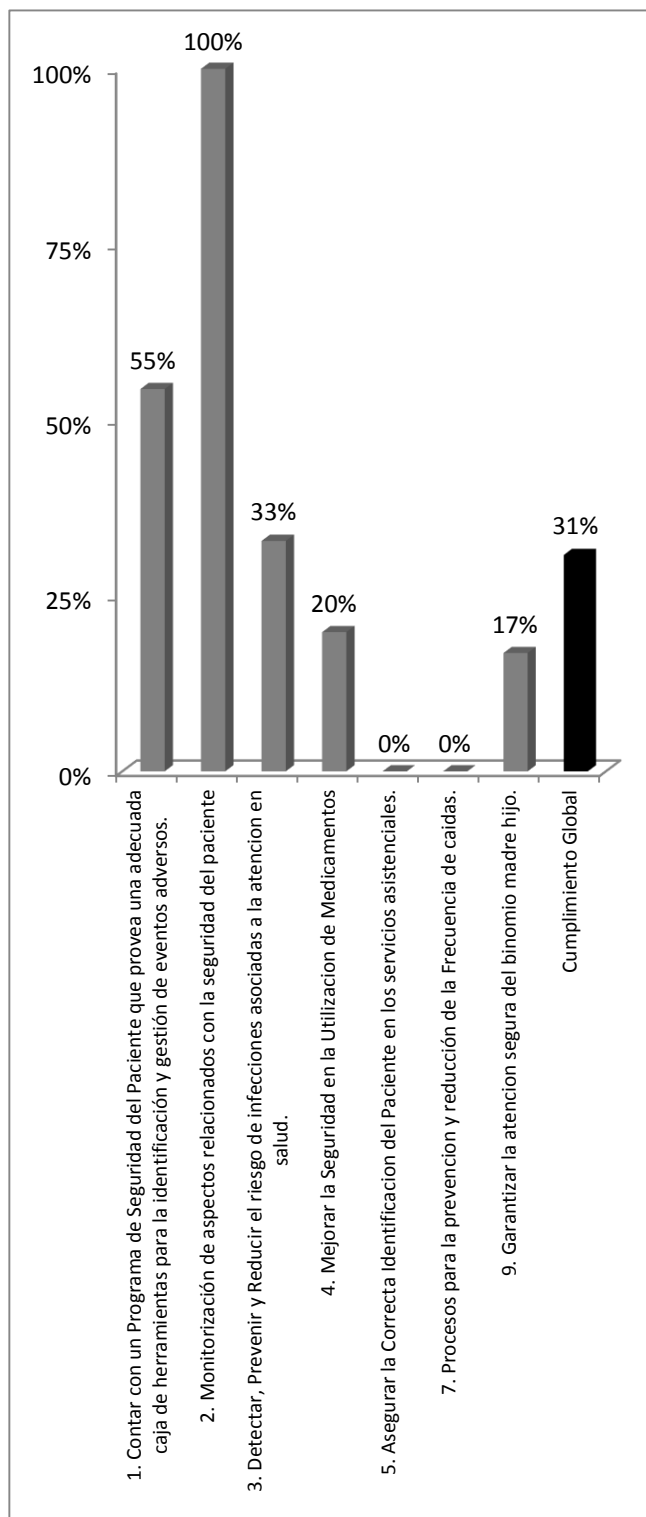
En nivel de cumplimiento del programa con este estándar fue de 17%. **Ver grafica 4.**



Grafica 4. Cumplimiento Criterio 9 Garantizar la atención segura del binomio madre hijo. (Fuente: Estudio de Investigación.)

Se evidenció la existencia de guías clínicas para la atención de la gestante en periodo prenatal, pero no se evidencia la existencia de algún protocolo para la atención prioritaria a gestantes. No se realiza medición de adherencia a guías de manejo clínico de gestantes, ni tampoco se halló kit de emergencias obstétricas.

Se determinó que el nivel total de cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS con los requisitos establecidos fue del 31%. **Ver grafica 5.**



Grafica 5. Comparativo de cumplimiento por criterios del programa de seguridad del paciente. (Fuente: Estudio de Investigación.)

DISCUSIÓN

Por su complejidad, los procesos de atención en salud se consideran sistemas de alto riesgo, y por lo tanto, se requiere que estos involucren en su diseño numerosas barreras de seguridad que prevengan los fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención de un paciente, (19) teniendo en cuenta las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención. (20)

Los resultados del estudio muestran que a pesar de que se excluyeron varios criterios e ítems de la evaluación realizada, existen múltiples oportunidades de mejoramiento en aspectos que son claves para garantizar la prestación de servicios seguros.

Cabe resaltar que, algunos de los ítems evaluados muestran algún grado de avance en su desarrollo, es así que, contar con una política de seguridad del paciente establecida por la alta gerencia, contar con un referente del programa, la realización de capacitaciones sobre temas afines y el tener un procedimiento definido para la notificación de eventos e incidentes son aspectos que denotan que se han iniciado acciones tendientes a la implementación del programa.

Sin embargo, aspectos como no tener definida una metodología para la evaluación y análisis de los eventos e incidentes registrados, indica que las posibles acciones tomadas para minimizar la ocurrencia de estos no resulten lo suficientemente eficaces, más aún, si se tiene en cuenta que autores como Aibar y col. plantean que el estudio de la seguridad del paciente y los resultados adversos precisa de dos perspectivas complementarias: una colectiva, fundamentada en el método epidemiológico y orientada a cuantificar los riesgos asistenciales, y otra individual, basada en métodos cualitativos, encaminada a analizar las causas y los factores contribuyentes (21), para lo cual se precisa de una metodología definida para ello.

En la ejecución de esta evaluación se detectaron criterios específicos con nivel de cumplimiento

relativamente bajo, tales como: prevenir , detectar y reducir el riesgo de infecciones, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, asegurar la correcta identificación del paciente , procesos para la prevención y reducción de frecuencia de caídas y asegurar la atención segura del binomio madre hijo, situación que implica que la IPS deba priorizar la implementación de acciones que permitan mejorar el nivel de cumplimiento de estos aspectos, Maderuelo y col. Plantean que la selección de las áreas en las que el equipo de atención primaria tratará de mejorar la seguridad de los pacientes, debe estar basada en criterios que lo justifiquen, como la magnitud o la frecuencia de aparición de eventos adversos.(22)

A parte de ello, la priorización de implementación de acciones de mejoramiento para el programa de seguridad del paciente debe tomar en cuenta la evidencia científica disponible respectiva al tema, como por ejemplo, el estudio IBEAS sobre prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica, que encontró que el 37,4% de los eventos adversos estaban relacionados con la medicación(23), o la evidencia aportada por Tejedor y col. , que hallaron que los tipos de Eventos Adversos más numerosos en unidades de tratamiento del dolor de Andalucía han sido los relacionados con distintos aspectos del uso de la medicación (45,4%), el segundo tipo de Eventos Adversos más frecuente fue el de los relacionados con las técnicas invasivas con un 22,7%. El siguiente grupo por frecuencia (15,5 %) de Eventos Adversos está relacionado con el mismo proceso asistencial, o sea, con las actividades que se llevan a cabo para obtener el diagnóstico y durante la administración del tratamiento. (24)

Por otra parte, si se revisa el nivel global de cumplimiento del programa de seguridad del paciente de la IPS (31%), se comprende que para elevar el nivel cumplimiento total de este, deberían implementarse acciones encaminadas a los elementos de estructura, de proceso y de resultados, que permitan alcanzar la totalidad de los requisitos legales exigidos para este programa.

Santacruz-Varela y col. Evaluaron el riesgo para la seguridad del paciente en un hospital general con 170 camas, cuatro servicios básicos y 16 Especialidades médico-quirúrgicas. Los resultados encontrados en el hospital evaluado muestran que el componente estructural tiene riesgo moderado, el componente de proceso riesgo alto y el componente de resultados también riesgo moderado (25).

Por otro lado, cualquier estrategia que se implemente al interior de la IPS, debe involucrar de forma activa a los pacientes, que son los usuarios finales de los servicios de salud prestados por esta, considerando planteamientos como los de Saturno y col. que definieron que las tres estrategias principales existentes en la actualidad para vincular a los pacientes a la mejora de su propia seguridad clínica son: la movilización de los pacientes para su seguridad; promover la participación activa del paciente en la prevención de incidentes de seguridad; solicitar y utilizar la información relevante que pueden aportar los pacientes. (26)

Por último, es posible inferir a través de los resultados del estudio que la conciencia por la implementación del programa de seguridad del paciente en la IPS está en una etapa incipiente.

CONCLUSIONES

Del estudio realizado se puede concluir que, el nivel de cumplimiento de la IPS con los requisitos de ley establecidos para el programa institucional de seguridad del paciente fue del 31%, dejando en evidencia que es relativamente elevado el número de requisitos incumplidos en lo que a este programa respecta.

Los criterios del programa de seguridad del paciente con mayor nivel de cumplimiento fueron: Contar con un Programa de Seguridad del

Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos con un 54% de cumplimiento y monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente con un 100% de cumplimiento.

Los criterios del programa de seguridad del paciente con menor nivel de cumplimiento: Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud con un cumplimiento de 33%, Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos con un nivel de cumplimiento del 20%, Garantizar la atención segura del binomio madre hijo con un nivel de cumplimiento del 17%, y los ítems de Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales y Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas cuyo cumplimiento fue nulo.

La Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad de pacientes obligatorias, es una herramienta útil para evaluar el nivel de cumplimiento de los programas de seguridad del paciente, y para identificar las oportunidades de mejoramiento que respecto a este programa tengan las IPS. Con los hallazgos se elaboró un plan de mejoramiento basado en la metodología 5W + 1H (27) (28), donde los hallazgos fueron priorizados siguiendo las "Pautas De Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad de la Atención en Salud" (29) y por la metodología "Riesgo-Costo-Volumen" (30), este fue entregado a la institución para el inicio de las acciones de mejora correspondientes.

Fuentes de Financiación: Ninguna

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Patient Safety*. Word Health Organization. http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/. Citado 3 -02-2015
2. Ceriani J. La OMS y su Iniciativa "Alianza Mundial para La Seguridad del Paciente Editorial. *Arch Argent Pediatr* 2009; 107(5):385-386.
3. Organización Mundial de la Salud. *Seguridad del Paciente*. OMS

- <http://www.who.int/patientsafety/es/>. OMS (Último acceso 19 de junio de 2014).
4. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de residuos de algunos medicamentos veterinarios en los alimentos Informe del Comité Mixto FAO/OMS de expertos en aditivos alimentarios. Ginebra: OMS; 2006. Serie de Informes Técnicos: 939.
 5. Ministerio de Salud y Protección Social. *Política de seguridad del paciente*. <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>. (citado 25- 08 2014).
 6. Ministerio de la Protección Social. *"Lineamientos Para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente"*. Bogotá. Colombia; 2008.
 7. Ministerio de la Protección Social. *Guía Técnica "Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud"* versión 2.0. Bogotá. Colombia; 2015.
 8. Decreto 1011 de 2006 .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. *Ministerio de la protección Social*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf(Citado 19- 062014).
 9. Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. *Ministerio de la protección Social Bogotá. Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Manual-Estandares-Sistema-Acreditacion-Resolucion-1445-2006.pdf>. (citado 19- 2014).
 10. Resolución 0123 de 2012. por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006. *Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>. (citado 19- 06- 2014).
 11. Ministerio de la protección Social. *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario*. Bogotá. Colombia; 2012.
 12. Ministerio de salud y protección social. *Listado de IPS Acreditadas*. ICONTEC. <http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?ldSub=108&ldCat=25&titulo=IPS%20ACREDITADAS>.(Citado 25 de agosto 2014).
 13. Resolución 1441 de 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. *Ministerio de Salud y Protección Social*. <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%201441%20DE%202013.pdf>(Citado -19-06-2014).
 14. Resolución 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. *Ministerio de Salud y Protección Social*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf(Citado 23 – 07- 2014).
 15. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS*. Madrid. España; 2006.
 16. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad y Consumo. *Estudio APEAS*. Estudio sobre la Seguridad de los pacientes: *En Atención Primaria de salud*. Madrid. España; 2008.
 17. Reyes R. Taxonomía en seguridad del paciente: ¿Hablamos todos el mismo idioma? *Revista Páginas en enfermería*. 2011; 3(10): 12- 16.
 18. Organización Mundial de la Salud. *La Cirugía segura salva Vidas*. Paris. Francia; 2008.
 19. Ministerio de salud y Protección Social. *Lista De Chequeo Para Las Buenas Prácticas De Seguridad de pacientes obligatorias*. Bogotá. Colombia; 2013.
 20. Ministerio de la protección social. *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la Atención en Salud*. Bogotá. Colombia: Fundación FITEC; 2007.
 21. Organización Mundial de la salud. *Marco Conceptual De La Clasificación Internacional Para La Seguridad Del Paciente*. Ginebra. Suiza; 2009.
 22. Aibar C, Aranaz J. La investigación sobre seguridad del paciente: Necesidades y perspectivas. *Medicina Clínica* 2008; 3 (131): 12-17.
 23. Maderuelo J, Astier M. (2010). Cómo empezar a trabajar. Cómo se trabaja en seguridad del paciente en un equipo de atención primaria. Implementando la respuesta. Implicando a todos los

- profesionales del equipo. La misión y el contexto. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* 2010; 18 (1): 29-40.
24. Ministerio de Sanidad y Política social de España. *Estudio IBEAS, Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica*. Madrid. España; 2010.
25. Tejedor M, Fernández I. *Programas de Seguridad del Paciente en las Unidades de Tratamiento del Dolor*. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2013.
26. Santacruz-Varela J, Hernández F. Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. *Cirugía y Cirujanos* 2010; 6 (78): 515-526.
27. Saturno P. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Calidad Asistencial* 2009; 3 (24): 124-130. Trías M. (2009). Las 5 W + H y El ciclo de mejora en la gestión de procesos. *InnotecGestion* 2009; 1 (9): 20-25.
28. Caldera J. La fórmula de comunicación de Lasswell como método para implementar bases de datos documentales en los medios audiovisuales. *Investigación Bibliotecológica* 2004. 3 (37): 111-129.
29. Ministerio de la protección social. *Pautas de Auditoría para El Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá. Colombia; 2007.
30. Ministerio de la protección social. Manual para La Elaboración de planes de mejoramiento en Acreditación. Bogotá. Colombia; 2008.