

# La seguridad del paciente en el Hospital Pío XII (Putumayo, Colombia). Un factor inalienable de los derechos humanos

Jesús Alberto López Martínez

## Autor

### Jesús Alberto López Martínez

Especialista en derechos humanos y administrador público de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP). Funcionario de la Empresa Social del Estado de Segundo Nivel Hospital Pío XII, Colón, Putumayo.

**Contacto:** [jesusalberto1856@hotmail.com](mailto:jesusalberto1856@hotmail.com).  
Número móvil: +57312 3067248

## Cómo citar este artículo

López Martínez, J. (2016). La seguridad del paciente en el Hospital Pío XII (Putumayo, Colombia). Un factor inalienable de los derechos humanos. *Nova et Vetera*, 24. Recuperado de <http://esapvirtual.esap.edu.co/ojs/index.php/novaetvetera/article/view/97>

Fecha de recepción: 13-7-2016

Fecha de aprobación: 16-9-2016

## Resumen

Reflexionar sobre la seguridad del paciente como factor inalienable de los derechos humanos y base estructural del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Salud en una institución prestadora de servicios de salud tiene una importancia significativa. Antes de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la salud no era considerada como un derecho, y para defenderla era necesario argumentar la conexidad con la vida. El sistema de salud debe ser inclusivo, es decir, que demande el derecho de corresponder al desarrollo de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos para permitir la incorporación equilibrada del individuo sano con bienestar a una sociedad autónoma, responsable y diversa. Es evidente que en la actualidad se está desarrollando una cultura más humana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el manejo de riesgos determina la génesis de la seguridad del paciente. Es más, el sistema constitucional y el social asumen de manera figurada la salud. Y por el contrario, se enmarcan en un sistema judicial, cada vez, más inclusivo. En otras palabras, la alta dirección de las instituciones de salud está adquiriendo cada vez más responsabilidad y compromiso frente a la seguridad del paciente, no solo como uno de los factores de control económico y financiero, sino por la humanización de la salud en todos sus campos de acción, de lo que se concluye la trascendencia de la salud a un derecho fundamental.

## Palabras clave

Administración de la seguridad, seguridad del paciente, derechos humanos, salud.

## The patient's security, an inherent factor of the human rights in Pío XII Hospital (Hospital Pío XII)

## Abstract

Reflecting upon the patient's security is highly important, it is both, an inherent factor of the human rights and the structural base of the mandatory system of quality health services for institutions providers of health services. Before the statutory law 1751 of 2015 health was not considered a right; accordingly, for its defense, actions linked to life were necessary: the health system should be inclusive and demand girls', boys', adolescents' and adults' rights to be met to allow the balance involvement of the healthy individual experiencing welfare, in an autonomous, responsible and diverse society. It is evident that a more human culture, in the general system of the social and health security, is being developing. Additionally, the risks management determines the patient's security genesis; in fact, health is adopted by the constitutional and social systems in a figurative way and are inconsistently framed in the increasingly inclusive judiciary system. In other words, the patient's security is getting more responsibility and commitment by the health institutions managers, not only as one economic-financial control factor, but also, for the health's humanization in all the action areas, to see the health's transcendence to a fundamental right.

## Key words

Security administration, patient's security, Human rights, health.

## A Seguridade do Paciente: um fator inalienável dos Direitos Humanos no Hospital Pío XII

### Resumo

A reflexão sobre a seguridade do paciente como fator inalienável dos direitos humanos e como base estrutural do Sistema Obrigatório de Garantia da Qualidade da Saúde é significativa para uma instituição prestadora de serviços de saúde. Antes da Lei Estatutária 1.751 de 2015 a saúde não era considerada um direito e para que sua defesa fosse exequível era necessária a conexão com a vida. No entanto, o sistema de saúde deve ser inclusivo, isto é, estabelecer o direito ao desenvolvimento infantil, de adolescentes, jovens e adultos de modo a garantir a incorporação equilibrada do indivíduo saudável e com bem-estar em uma sociedade autônoma, responsável e diversa. É evidente que, na atualidade, está desenvolvendo-se uma cultura mais humana no Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde e que o manejo de riscos determina a gênese da seguridade do paciente. Os sistemas constitucionais e social assumem de maneira figurada a saúde, mas o sistema jurídico assume marcas cada vez mais inclusivas. Em outras palavras, à alta direção de instituições de saúde têm sido atribuídas cada vez mais responsabilidade e compromissos no que se refere à seguridade do paciente, que não é apenas como um fator de controle econômico-financeiro, mas de humanização da saúde em todos seus campos de ação, de onde se conclui a transcendência da saúde a um direito fundamental.

### Palavras-chave

Administração da Seguridade, seguridade do paciente, direitos humanos, saúde.

## La sécurité du patient dans l'hôpital Pie XII (Putumayo, Colombia) un facteur inaliénable des droits de l'homme

### Résumé

Elle est significative, l'importance de réfléchir à la sécurité du patient, comme facteur inaliénable des droits de l'homme et base structurelle du Système Obligatoire de la Garantie de la Qualité de la santé dans une institution prestataire de services de santé. La santé avant la Loi De statut 1751 de 2015, n'était pas considéré comme un droit et n'était défendu qu'en cas de pronostic vital, le système de santé doit être inclusif c'est-à-dire qui demande le droit de co - répondre au développement des enfants, de petites filles, d'adolescents, jeunes et adultes, qui permettent l'incorporation équilibrée et qualitative de l'individu sain à une société autonome, responsable et diverse. Il est évident, qu'actuellement une culture plus humaine se développe dans le Système Général de Sécurité sociale dans la Santé et que la gestion des risques détermine la genèse de la sécurité du patient, plus exactement, les systèmes constitutionnels et sociaux prétendent assumer la santé. Et au contraire, ils sont encadrés dans un système judiciaire, chaque fois, plus inclusif. En d'autres termes, la sécurité du patient devient chaque fois plus responsable et engagée par la haute direction des institutions de santé non seulement comme l'un des facteurs d'un contrôle économique-financier, mais aussi par l'humanisation de la santé sur tous ses champs d'action d'où la transcendance de la santé devient un droit fondamental.

### Tesauro Unesco

2.80, 6.10, 6.15

### Mots-clés

Administration de la Sécurité, Sécurité du patient, droits de l'homme, santé.

## Introducción

La Superintendencia Nacional de Salud emitió la Circular 030 de 2006 con el objetivo de que las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) reportaran cada semestre indicadores de gestión que evidenciaran la calidad en la prestación del servicio como base del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad. Este sistema fue la

base para que el Gobierno nacional generara un modelo de vigilancia que propendiera por la creación de una cultura corporativa de seguridad en salud.

Así pues,

la seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe

un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. (Ministerio de la Protección Social, 2009, p. 8)

Cabe anticipar aquí que en Colombia se están desarrollando algunas estrategias para intervenir el problema de seguridad del paciente, teniendo en cuenta que en el marco del Decreto 1011 de 2006 se estructura un sistema de información en salud que permite detectar, analizar los errores y hacer seguimiento a los eventos adversos, con el fin de controlar los efectos desfavorables que se pueden evitar, a través de planes y medidas legislativas, en la prestación del servicio de salud.

Añádase a esto que el Ministerio de la Protección Social (2009) de Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, cuyo objetivo es prevenir las 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. (p. 8)

Es conveniente subrayar que la seguridad del paciente, que implícitamente garantiza la vida humana, prescribe tácitamente la salud como un derecho.

Como respuesta a una nueva política pública, el Ministerio de Salud y otras instituciones promueven la guía técnica *Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud*. Es conveniente resaltar lo expuesto en la parte introductoria del mencionado documento respecto a su impacto.

A pesar de que han pasado 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte "Errar es humano", debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica. (Ministerio de la Protección Social, 2009, p. 9)

Con base en lo anterior, se pretende identificar la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del área de salud y su relación e incidencia con los derechos humanos en el Hospital Pio XII. Así pues, se parte de la pregunta: ¿cómo ha sido la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del área de la salud, en armonía con los dere-

chos humanos, en el Hospital Pio XII? Por consiguiente, la tesis del texto se perfila desde el ámbito cultural.

En un contexto de incumplimiento de las obligaciones de regulación, garantía y protección de los derechos del paciente por parte de las EAPB y las IPS respecto a la seguridad del paciente, la mejor opción ha sido la implementación del Sistema de Garantía de la Calidad, que ha permitido la producción de reglas de protección, la adopción de metodologías y técnicas propias de seguridad en salud, así como la disminución y, en algunos casos, erradicación de eventos adversos.

Para el desarrollo de los temas y la defensa de la tesis, en este texto se procederá de la siguiente manera: primero, se hará una presentación conceptual y argumentativa de los elementos estructurales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la atención en salud, centrando la atención de manera especial en el Sistema de Información para la Calidad, que permite validar el impacto de los eventos adversos y su disminución, al aplicar la política de seguridad del paciente. Segundo, se desarrolla una sección de carácter interpretativo-metodológico frente a las implicaciones de los derechos humanos en el sector salud, articulados por la jurisprudencia constitucional desde el hecho concreto del incumplimiento de las obligaciones de regulación y garantía en la prestación de los servicios de salud.

Para el tratamiento e interpretación de la tesis del presente ensayo se inicia con el análisis de la estructura del sistema de salud, con el fin de ahondar en los elementos estructurales del SOGC de la atención en salud.

El sistema de salud se compone básicamente de tres entidades, a saber: 1) el Estado, determinado inicialmente por el ciudadano que se desempeña como usuario-beneficiario del mismo y, seguidamente, por el Gobierno, que actúa bajo la premisa de coordinación, dirección y control, de donde se infieren tres organismos base: a) el Ministerio de la Salud y la Protección Social, b) la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y, por último, c) la Superintendencia Nacional de Salud. 2) Las aseguradoras se establecen como entidades privadas que tienen el objetivo de asegurar a la población y servir de administradoras de los recursos que provee el Estado, bajo el concepto de unidad de pago por capitación nombrada (UPC). Dichas entidades se clasifican en promotoras de salud (EPS) y administradoras de riesgos laborales (ARL). 3) Los prestadores, que son los hospitales, clínicas, laboratorios, entre otros, y se agrupan como (IPS), tienen como función primordial la prestación del servicio con el objetivo de recuperar la salud y prevenir la enfermedad. A este grupo también pertenecen los profesionales de la ciencia de la salud (médicos, enferme-

ras, psicólogos, etc.) y los transportes especializados de pacientes (ambulancias).

Es necesario aclarar que el sistema de salud se imbrica en los elementos estructurales del SOGC de la atención en salud, y este, a la vez, se compone de cuatro elementos base: habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, acreditación en salud y el sistema de información para la calidad.

En primer lugar, la habilitación se entiende como una evaluación de las condiciones mínimas de seguridad, manejo del riesgo y dignidad de los usuarios de una institución prestadora de servicios de salud; en segundo lugar, la auditoría para el mejoramiento de la calidad es una herramienta de evaluación interna, continua y sistemática que permite identificar el cumplimiento de los estándares de calidad que son básicos de la habilitación; en tercer lugar, la acreditación se define como un proceso voluntario de cumplimiento de estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa destinados a demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad; y por último, el sistema de información para la calidad permite monitorear el sistema de salud frente al cumplimiento de los estándares de calidad, que posteriormente se convertirán en la base estructural del sistema de seguridad del paciente.

Por este motivo, el SOGC se define como un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios en el país. En el SOGC se desarrolla la seguridad del paciente como una política de orden nacional e internacional que se limita por cuanto no se ha implementado de manera adecuada en las entidades de salud. Se debe advertir que en Colombia el término *cultura de seguridad del paciente* tiene su génesis en el SOGC, como se aludió arriba.

El campo de aplicación del SOGC se extiende a los prestadores de servicios de salud, entidades promotoras de salud, administradores del régimen subsidiado, empresas de medicina prepagada y entidades departamentales, distritales y municipales de salud, que deben desarrollar de manera integral acciones tendientes a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el paciente-usuario y que trasciendan la verificación estructural o documental de los procesos. De lo anterior se derivan cinco características esenciales del SOGC: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Este texto se centra en la característica de la seguridad, definida por el Ministerio de la Protección Social (2009)

así: “Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (p. 3).

Ahora bien, el concepto de *calidad de la atención en salud*, consignado en el Decreto 1011 de 2006, se entiende “como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (p. 6).

Al profundizar un poco más, Icontec (2005), bajo la norma técnica de calidad ISO 9000:2005 para el sector privado, en armonía con la norma técnica de calidad para la gestión pública NTGCP 1000:2009, define la *calidad* como: el grado en el que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos; y el requisito se define como la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Entre tanto, *satisfacción* se define como la percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos. Lo anterior con el fin de mostrar que el sistema busca obligar y garantizar la calidad, y esta debe propender por la seguridad del paciente-usuario como uno de los elementos inherentes a la prestación de los servicios de salud.

De la definición de *seguridad*, enunciada en el Decreto 1011 de 2006, se extrae lo siguiente: “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías” (p. 6), que se pueden clasificar o valorar como unos requisitos que van a determinar la satisfacción del usuario frente a esa característica dentro del sistema, de donde se colige que la percepción depende del cumplimiento de esos requisitos.

Antes de continuar, es preciso dejar en claro dos puntos: el primero, que la seguridad del paciente es inherente a la prestación de servicios de salud y trasciende a un derecho fundamental, y, segundo, que la satisfacción del mismo se determina de acuerdo con la percepción de sus requisitos.

Ahora bien, según el Estudio IBEAS<sup>1</sup>, los efectos adversos prevalecen en hospitales de Latinoamérica y se resalta la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los sucesos adversos y el clima de la seguri-

1 IBEAS es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud.

dad del paciente. Estos resultados sugieren que en las instituciones se trabaje por la reflexión interpersonal acerca de la calidad de los servicios asistenciales, así como por el establecimiento de redes de trabajo que permitan el intercambio de experiencias y trabajos posteriores. (2009, p. 107)

Por último, es conveniente resaltar el estudio realizado por Sammer, Lykens, Singh, Mains y Lackan (2010)

Que indica la existencia de siete subculturas de comportamiento profesional que aportan al entendimiento de la cultura de seguridad del paciente: liderazgo, trabajo en equipo, práctica basada en evidencia (EBP), comunicación, actitud de aprendizaje, justicia y práctica centrada en el paciente. Las autoras llaman la atención de considerar la cultura de seguridad como un fenómeno complejo que en el ejercicio profesional cotidiano no es fácil de operacionalizar, que debe estudiarse continuamente dentro de las organizaciones y sistemas de salud a escala mundial. (p. 2)

Con base en lo anterior, entiéndase la seguridad del paciente como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de la atención en salud. El Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud, determina como una política pública la seguridad del paciente, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como:

Un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo. (Ministerio de la Protección Social, 2008, p. 2)

Es conveniente revisar un análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Aunque el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) expresa que hay poca experiencia empírica en los servicios de salud sobre este tema, la evidencia que se desprende de los análisis en organizaciones con tradición en una cultura de seguridad (aviación, industria química, eléctrica, etc.) señala que este es uno de los rasgos críticos de sus logros en esta materia. En nuestro ámbito, según las recomendaciones del National Quality Forum, la cultura sobre seguridad sería esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición, necesaria para diseñar actividades que la mejoren.

Lo anterior permite identificar que en Colombia la temática de seguridad del paciente en salud comienza a ser estudiada en otros tipos de organizaciones, aunque no específicamente en el área de la salud; así lo evidencian algunos estudios. De igual manera, prima lo esencial en el manejo de efectos adversos y se sugiere la medición de su incidencia y el grado de impacto en el servicio.

Según el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), se han identificado las fortalezas y debilidades en el clima de seguridad que pueden servir para diseñar estrategias de mejora en los hospitales del SNS español. A la vista de los resultados obtenidos, las propuestas de intervención para mejorar el clima de seguridad en nuestros hospitales serían las siguientes:

Fomentar la notificación interna y discusión de los errores que puedan ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos es una fortaleza que debe ser aprovechada.

Tratar los temas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual. La buena percepción de la importancia de la interrelación en las diversas unidades o servicios debe ser, así mismo, aprovechada.

Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que se puedan ver sometidos. Ya que en este ámbito es donde se percibe la existencia de debilidades u oportunidades de mejora.

Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre unidades y servicios. Particularmente en hospitales de tamaño grande y mediano se percibe la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios, y debería, por tanto, desarrollarse una estrategia tendiente a hacer extensiva la sensación de trabajo en equipo entre todas las unidades.

Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la Gerencia. (p. 20)

Esto permite determinar que en el Centro Hospital Pío XII es necesaria una medición de la seguridad del paciente, con el fin de identificar, a través de indicadores, la frecuencia de episodios de un evento adverso, con el objetivo de diseñar una estrategia de mejoramiento que atienda las prioridades que ha indicado dicha medición. Por ejemplo, la clasificación propuesta por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) es la tabla 1.

**Tabla 1.** Dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen

A. Resultados de la cultura de seguridad	
1. Frecuencia de eventos notificados	a) Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (pregunta 40). b) Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (pregunta 41). c) Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (pregunta 42).
2. Percepción de seguridad.	a) Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (pregunta 15). b) Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (pregunta 18). c) No se producen más fallos por casualidad (pregunta 10). d) En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente" (pregunta 17).
B. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio	
3. Expectativas y acciones de la dirección, supervisión de la unidad, servicio que favorecen la seguridad	a) Mi superior / jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (pregunta 19). b) Mi superior / jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (pregunta 20). c) Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (pregunta 21). d) Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (pregunta 22).
Aprendizaje organizacional/mejora continua	a) Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (pregunta 6). b) Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (pregunta 9). c) Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (pregunta 13).
Trabajo en equipo en la unidad/ servicio	a) El personal se apoya mutuamente (pregunta 1). b) Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (pregunta 3). c) En esta unidad nos tratamos todos con respeto (pregunta 4). d) Cuando alguien está sobrecargado de trabajo suele encontrar ayuda en los compañeros (pregunta 11).
Franqueza en la comunicación	a) Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente habla de ello con total libertad (pregunta 35). b) El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (pregunta 37). c) El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta (pregunta 39).

Feedback y comunicación sobre errores	<p>a) Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (pregunta 34).</p> <p>b) Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (pregunta 36).</p> <p>c) En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (pregunta 38).</p>
Respuesta no punitiva a los errores	<p>a) Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (pregunta 8).</p> <p>b) Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa buscan un "culpable" (pregunta 12).</p> <p>c) Cuando se comete un error el personal teme que eso quede en su expediente (pregunta 16).</p>
Dotación de personal	<p>a) Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (pregunta 2).</p> <p>b) A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (pregunta 5).</p> <p>c) En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (pregunta 7).</p> <p>d) Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (pregunta 14).</p>
10. Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del paciente	<p>a) La Gerencia o la Dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (pregunta 23).</p> <p>b) La Gerencia o la Dirección del hospital muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (pregunta 30).</p> <p>c) La Gerencia o la Dirección del hospital solo parecen interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso (pregunta 31).</p>
<b>C. Dimensiones de la cultura de seguridad en todo el hospital</b>	
11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	<p>a) Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (pregunta 26).</p> <p>b) Los servicios / unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (pregunta 32).</p> <p>c) Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (pregunta 24).</p> <p>d) Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios / unidades (pregunta 28).</p>
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	<p>a) La información de los pacientes se pierde en parte cuando estos se transfieren desde una unidad /servicio a otra (pregunta 25).</p> <p>b) En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (pregunta 27).</p> <p>c) El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (pregunta 29).</p> <p>d) Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (pregunta 33).</p>

Fuente: adaptado de la Ministerio de Salud (2009).

A esto se añade Da Silva, et al. (2013). El impacto de los resultados del informe To Erris Human (Error humano), publicado en 1999, puso en alerta a las instituciones sanitarias en cuanto a la magnitud de los eventos adversos

generados por problemas relacionados con la falta de seguridad en dichas instituciones.

Dicho estudio permite evidenciar que uno de los problemas radicales y que requiere ser estudiado detenidamente es la seguridad del paciente, porque afecta la salud de la

persona y, por ende, incide en el incumplimiento por parte del Estado a la hora de garantizar la vida humana. Al profundizar un poco más, a partir de 2001 la seguridad es considerada por el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos una de las seis dimensiones o atributos claves de la calidad de los servicios de salud.

Antes de continuar, consideramos pertinente hacer una digresión a fin de determinar la incidencia de la educación en la construcción de cultura como base de la política de seguridad del paciente. Se comprende que la cultura se desliza, corre, fluye o evoluciona desde la educación, pero al situar nuestra reflexión en lo educativo para luego trascender a la salud, se debe tener en cuenta que la cultura está presente en todos los ámbitos humanos y no solo en los sistemas educativos organizados e institucionalizados.

La educación es una actividad organizada de la sociedad moderna que integra a todos sus miembros con la tradición científico-cultural; además, implica desempeñarse con competencia en la producción de bienestar y proyectarse con optimismo hacia el futuro. La educación es un proceso complejo en el cual intervienen diferentes actores sociales en la tarea de la formación y, aunque la escuela no es el único espacio educativo, reúne condiciones que la constituyen en un lugar de encuentro entre dos generaciones protagonistas en la construcción de un imaginario social. Por eso es relevante que el proceso educativo-escolar se evalúe y regule, no solo en una parte didáctica —como estrategia operacional de la pedagogía que se desarrolla en la ejecución de la enseñanza—, sino en su conciencia crítica en el proceso de formación humana.

La tarea educativa se ve desde dos fenómenos: la formación humana y la capacitación. La formación humana tiene que ver con el desarrollo del educando como persona que crea espacios humanos de convivencia en su crecimiento, como un ser capaz de vivir en el autorrespeto y el respeto por el otro, donde fortalece la identidad y la confianza en sí mismo. La capacitación se orienta a la adquisición de habilidades y capacidades de acción, apoyada en recursos operacionales; además, consiste en la creación de espacios de acción donde se ejerciten las habilidades que se desea desarrollar, creando un ámbito de ampliación de las capacidades de hacer en la reflexión sobre ese hacer y convergiendo en la competencia, término que se analizará más adelante.

Terminada esta digresión, la educación se relaciona como formadora de cultura y de la seguridad del paciente, si se retoma la definición de seguridad del paciente como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles, producidos durante el proceso de la atención en salud. Se puede colegir que el proceso de atención debe ser desarrollado por

el personal que presta el servicio de salud y este, a su vez, debe ser formado y capacitado. Por esa razón, dicho personal debe ser gestionado bajo la política de seguridad del paciente, con el fin de interiorizar el concepto en el Centro Hospital Pío XII. Dentro de este marco ha de considerarse el primer apartado relacionado con el SOGC y su aporte a la política de seguridad del paciente.

En esa misma línea es significativa la importancia que tiene la seguridad del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, más aún, con la sanción de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. En el artículo segundo se definen su naturaleza y contenido como derecho fundamental así

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. (Ley Estatutaria 1751 de 2015)

Por lo tanto, se fija como política de Estado asegurar la salud. Así, adquiere amplia relevancia la seguridad dirigida al paciente e imbricada en el sistema de calidad. De igual manera, se convierte en un derecho fundamental enmarcado tácitamente en la declaración de los derechos humanos (artículos 3 y 25): “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. Y “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, y el bienestar, y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]”, respectivamente.

Su origen normativo surge desde las leyes, la jurisprudencia y la Constitución. Con la promulgación de la Ley 100 de 1993 se reformó el anterior Sistema Nacional de Salud, que se encontraba vigente desde el año 1976, y se instituyó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de conformidad con el título 2 de la Constitución Política de Colombia (1991), que establece que

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a to-



das las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. (art. 49)

#### De igual manera

Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia. (art. 50)

Por lo tanto, en la Constitución Política de Colombia se reconoce a la vida como derecho, pero no a la salud. Ahora bien, para la Organización de Naciones Unidas (ONU) la salud es un derecho humano básico. El cuidado y la seguridad del paciente están basados en la dignidad de la persona, que se enmarca en la vigencia de los derechos humanos, prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona (Lagarde, 2003). De lo anterior se concluye que el cuidado y la seguridad del paciente no se limitan a una asistencia sanitaria, sino que trascienden a la creación de conciencia, conocimiento científico y tácito —sabiduría— en el colectivo y, en especial, en el personal de salud de las entidades que prestan sus servicios, para que se apropien con responsabilidad el cuidado y la seguridad del paciente.

Dorothea Orem, define el cuidado como: “el conjunto de acciones que realiza una persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer la vida o desarrollo propio o ajeno” (2007, p. 4). De igual forma, sostiene que el cuidado es la ayuda que se le da a un individuo para que lleve a cabo y mantenga por sí mismo acciones de autocuidado que conserven su salud y vida, que le permitan recuperarse de la enfermedad o afrontar las consecuencias de esta.

Es conveniente resaltar que la Constitución Política de Colombia, como aludí arriba, no consagra como derecho fundamental el derecho a la salud, no obstante, la Corte Constitucional, a partir de la Sentencia T-402 del 1992, señaló que la salud sí debía ser entendida como un derecho fundamental. Por ejemplo, el derecho a la salud, no siendo inherente a la persona, tampoco es derecho fundamental ni tiene aplicación inmediata, pero tratándose de los niños sí adquiere carácter fundamental. De lo que se deduce que el derecho a la salud se fundamenta por conexidad, por especial protección y por ámbito básico. Al ahondar un poco más, la conexidad corresponde con tres derechos: el primero a la vida, el segundo a la integridad personal y el tercero a la dignidad humana. De igual manera, cuando se presenta la especial protección que se ve determinada por el contexto del tutelante

Entonces, a la vista de los resultados obtenidos en el ámbito de los hospitales estudiados, se puede evidenciar que se debe aprovechar la buena percepción de la interrelación interna en las diversas unidades / servicios, prestar atención a la racionalidad de la dotación de personal, fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre unidades / servicios y mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia. Además, los servicios de farmacia y servicio quirúrgico, y la profesión de enfermería constituyen factores fuertemente asociados a la percepción positiva de la cultura de seguridad, y deberían probablemente servir de benchmark para otros servicios y profesionales. (Da Silva, De Souza y Saturno, 2013, p. 291)

A esto se añade la propuesta de la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) del Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2005) para la implementación de una política de la seguridad del paciente en siete pasos

el primero, construir una cultura de seguridad; el segundo, liderazgo del equipo de personas; el tercero, integrar las tareas de gestión a los riesgos; el cuarto, promover que se informe; el quinto, involucrar y comunicarse con pacientes y público; el sexto, aprender y compartir las lecciones de seguridad, y por último, el séptimo, implementar soluciones para prevenir daños. (p. 5)

Hasta aquí es claro que existe una relación inalienable de la salud como derecho humano y de la satisfacción en la prestación del servicio desde el concepto de seguridad del paciente, que tiende a solucionar el evento adverso en ocurrencia y a evitar su generación. En concordancia

con el Ministerio de Salud y Protección Social (2009) “En ocasiones, el error es interceptado antes de que se materialice en la atención” (p. 9).

Ahora bien, como se expresó anteriormente, el evento adverso procede en razón de quien ejecuta la acción, en este caso, el talento humano. Es preciso definir el vocablo competencia para relacionarlo posteriormente con el concepto laboral. Competencia es polisémico, de él se derivan dos verbos, a saber, competir y competir; el primero se refiere a pertenecer, a incumbir, estar a cargo de una cosa, poseer una cualidad de excelencia, en otras palabras, que cierta persona sea quien está obligada a encargarse de la acción, a preocuparse por el otro (es altruista); y el segundo se refiere a contender entre sí por algo, una rivalidad (ser competitivo). De ahí se infiere que en la competencia preexista la esencia del hombre determinada por el juego-ismo de la acción.

Según Torres y Muñoz (2009), competencia se debe entender como el talento de operacionalizar el pensamiento a través del saber, del saber hacer-hacer saber y del ser, de una manera integral en las diferentes interacciones de la persona durante la vida, con el fin de que el ser evolucione en los diferentes entornos para su propia satisfacción y la de otros, imbricados en una sociedad. Sin embargo, Mira, J.J., Cho, M., Montserrat, D. y Santacruz J. (2013) determinan que

la gestión del conocimiento generado por este tipo de análisis solo es posible si se cuenta con sistemas de notificación (SN) funcionales que garanticen la recolección de los datos relacionados con los ISD y los EA de forma estructurada y según pautas que permitan su codificación, el análisis de los elementos vulnerables del sistema y la disseminación de la información a los profesionales. (p. 2)

Baste lo anterior para determinar la estrecha relación de la seguridad del paciente como parte integral del SOGC y, por ende, con el concepto de salud como un derecho fundamental.

## Conclusiones

Como se aludió arriba, la seguridad del paciente se define como una prioridad en la prestación de los servicios de salud que determina riesgos, no obstante, el sistema aún no cuenta con la capacidad de garantizar la erradicación de eventos adversos por la actuación limitada del talento humano.

Es conveniente precisar que el sistema de seguridad del paciente lleva muy poco tiempo de aplicación en Colom-

bia, aunque es uno de los elementos estructurales del SOGC. Como es evidente, la mejora para el control está determinada en el sistema de información de la calidad, que es una de las estrategias para intervenir el problema que surge del interrogante ¿cómo ha sido la cultura de seguridad del paciente por parte de los trabajadores del área de la salud, en armonía con los derechos humanos? De lo que se razona, un sistema capaz de detectar, analizar los errores y hacer seguimiento a los eventos adversos.

La superación del problema, la mejora en la prestación de los servicios de salud y la garantía de calidad en la seguridad del paciente dependen, indudablemente, de la cultura de las organizaciones y de los profesionales de la salud. Es conveniente precisar que la cultura organizacional en salud implica el desarrollo de competencias laborales bajo cuatro elementos: el primero es el saber, determinado por dos tipos de conocimientos, el científico, que se adquiere en la universidad y el tácito, que se deriva de la experiencia; el segundo elemento es el ser, que está determinado, influenciado y afectado por la actitud; el tercero es el saber-hacer, que se define como la destreza motora, la práctica; y el último elemento es el hacer-saber, que afecta la habilidad cognitiva. En otras palabras, la cultura se ve perturbada por las conductas humanas que se desarrollan en el medio laboral a través de la competencia laboral.

En este contexto, la competencia laboral de los profesionales del área de la salud incide directamente sobre la *seguridad del paciente*. Recordemos la definición aludida en aparte anterior, respecto a prevenir, reducir y, de ser posible, eliminar la posibilidad de eventos adversos que afecten al paciente, en razón de que es ejecutada por el talento humano.

Una de las estrategias que permiten intervenir el problema del acaecimiento del evento adverso es la capacitación del talento humano frente a la seguridad del paciente en un ambiente de calidad. De ello se deriva que la calidad, y por ende la seguridad de la atención en salud, son temas prioritarios en Colombia, y deben ser abordados de manera articulada con los diferentes actores que componen el sistema de salud y que ofrecen una oportunidad competitiva que elevará los estándares de habilitación y acreditación, respectivamente.

En consecuencia, las prácticas seguras en la prestación de los servicios de salud deben ser implementadas de acuerdo a planteamientos basados en la evidencia y bajo métodos rigurosos y protocolos debidamente probados que permitan validar la evidencia en la prestación del servicio de salud.

Baste lo anterior para dar respuesta a la hipótesis planteada respecto a que los eventos adversos que afectan a los pacientes se pueden evitar o disminuir en su impacto cuando se tiene conocimiento de la seguridad del paciente. En otras palabras, se puede aprender de cada incidente ocurrido, de cada evento adverso o incidente sin daño, utilizando la propia experiencia para reducir el riesgo de un nuevo evento.

Es conveniente precisar que la gestión de la información para determinar el evento adverso depende del sistema de información de la calidad y de los indicadores establecidos para tal fin. De igual manera, depende de la oportunidad, continuidad, pertinencia y validez del dato recolectado, además, del procesamiento de dicho dato bajo una estrategia de comunicación transversal.

Por último, la seguridad del paciente se convierte en un factor inalienable de los derechos humanos que se evidencia y establece en Colombia a través de dos normas base: la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que establece la salud como derecho fundamental, y el Decreto 1011 de 2006, que estructura un sistema de información en salud en pro de mejorar la calidad en la prestación del servicio.

En definitiva, el Centro Hospital Pío XII debe implementar la medida tendiente a solucionar el problema de atención bajo el esquema de seguridad del paciente expuesto a lo largo del presente escrito.

## Financiación

Ninguna

## Conflictos de interés

Ninguno

## Referencias

- Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) del Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2005). *Seguridad del paciente en siete pasos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica Centro de Publicaciones.
- Casares, J. (2007). *Diccionario ideológico de la lengua española*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, SL.
- Comisión Séptima del Senado de la República de Colombia. (2008). *La salud en la Constitución Política de Colombia*. Bogotá: Senado de la República de Colombia.
- Constitución Política de Colombia de 1991*.
- Gama, Z. A. D. S., Oliveira, A. C. D. S., & Hernández, P. J. S. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos Españoles. *Cad. saúde pública*, 29(2), 283-293.
- De Colombia, C. P. (1991). Asamblea Nacional Constituyente. *Santafé de Bogotá, DC*.
- Delgado, B. M., Márquez, V. H., & Santacruz, V. J. (2012). La Seguridad del Paciente: eje toral de la calidad de la atención. *Alcántara BMA. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*, 12, 127-46.
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2011) *Norma técnica de calidad en la gestión pública*. DAFP. (NTCGP 1000). Bogotá: autor.
- Corte Constitucional de Colombia. (3 de junio de 1992). Sentencia T-402 [MP Eduardo Cifuentes Muñoz].
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21 Century*. Washington D. C.: National Academy Press.
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. (2005). *Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario*. (NTC-ISO 9000).. Bogotá: autor.
- Instituto Nacional de Salud. (16 de febrero de 2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. [Ley Estatutaria 1751 de 2015]. Recuperado de : <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201751%20DE%202015.pdf>
- Kohn, L.; Corrigan, J. y Donaldson, M. (Eds.). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D. C.: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press.
- Lagarde, M. (2003). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción (la enajenación cuidadora). En: *Congreso internacional SARE*.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad*

- dad del paciente*. Bogotá D. C.: Diseño e Impresión Buenos y Creativos.
- Ministerio de Protección Social. (2009). *Seguridad del paciente y la atención segura*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Norma general técnica sobre calidad de la atención: reporte de eventos adversos y eventos centinela*. Santiago. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articulos-6921\\_Norma.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articulos-6921_Norma.pdf).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (3 de abril 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. [Decreto 1011 de 2006]. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Paquetes instruccionales. *Guía técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Madrid: Artegraf, S. A.
- Ministerio de Sanidad y Política Social / OMS. (2009). Estudio IBEAS. *Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España; Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Ginebra, Suiza. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>.
- Mira, J. J.; Cho, M.; Montserrat, D.; Rodríguez, J. y Santacruz, J. (2013). Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*, 33(1), 1-7.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente: versión 1.1*. Ginebra. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf).
- Organización Mundial de la Salud / OMS. (2012). *Proyectos y programas. Una atención limpia es una atención más segura*, Ginebra: OMS.
- Prado, L.; González, M.; Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electrónico*, 36(6), Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- Procuraduría Delegada para los Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social. (2009). *Salud para todos: primer encuentro nacional de salud pública "salud y vida"*. Bogotá D. C.: Imprenta Nacional.
- Quinche, M. y Armenta, A. (2012). Igualdad, razonabilidad y género en los procesos de constitucionalización e internacionalización del derecho. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 14(2).
- Sammer, CE; Lykens K; Singh KP; Mains DA, Lackan NA. (2010) What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 42, 156-165.
- Donabedian, F. A., & Bañeres, J. (2003). Conceptos básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina*, 14(4), 265-269. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART8681/concepto.pdf>.
- Torres, Á. J. B., Gómez, A. M., y Morin, E. La caracterización en la modernización institucional de las entidades públicas de la frontera sur occidente Colombia-Ecuador.
- Taylor, SG. y Dorothea E. Orem (2007). *Teoría del déficit de autocuidado*. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6.ª ed. España: Elsevier; 2007, p. 267-295.
- Vargas, M. y Recio, M. (2008). *Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción*. Madrid: Artegraf, S. A.