

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DURANTE LA PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS EN INSTITUCIONES DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS**

**ADRIANA RAMOS VARGAS  
CAMILO RAMOS DURANGO  
SAHDEN USTA AVILEZ**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD  
MONTERIA  
2020**

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
EN INSTITUCIONES DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS**

**ADRIANA RAMOS VARGAS  
CAMILO RAMOS DURANGO  
SAHDEN USTA AVILEZ**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR TITULO DE ESPECIALIZACION EN  
AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**ASESORA  
CONCEPCIÓN AMADOR AHUMADA**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD  
MONTERIA**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

**Montería, enero 25 de 2021**



## **DEDICATORIA**

A Dios y a la Virgen por darme fortaleza para superar todas las situaciones que se me presentaron en la realización de este trabajo. A mi esposo por todo su apoyo para no rendirme y poder alcanzar este logro. A mis compañeros por toda su colaboración. A todas esas personas que me brindaron su voz de aliento.

**Adriana Juanita Ramos Vargas**

Agradezco a Dios por regalarme la bendición de lograr esta meta. A mi familia por creer en mí. A mis padres por su apoyo incondicional y fomentar en mí el deseo de superación y triunfo. A mis amigos y compañeros quienes han estado conmigo en este proceso. Y a los docentes de la Universidad que nos transmitieron su conocimiento para la realización de este trabajo.

**Sahden Usta Avilez**

A Dios por darme el don de la vida, a mi esposa por su apoyo incondicional en cada paso que doy, a mi hija por ser el motivo de mi felicidad. A mis compañeros por su entrega y dedicación.

**Camilo Ernesto Ramos Durango**

## CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN- ABSTRACT.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
1. METODOLOGÍA.....	7
1.1. TIPO DE ESTUDIO.....	7
1.2. OBJETIVOS.....	
1.2.1 GENERAL.....	7
1.2.2. ESPECIFICOS.....	
1.3 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	7
1.4 POBLACIÓN.....	8
1.5 MUESTRA.....	8
1.6 FUENTES BIBLIOGRÁFICAS DE INFORMACIÓN.....	8
1.7 MÉTODOS.....	8
1.8 ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	9
1.9 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	9
1.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	9
1.11 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	9-10
2. MONOGRAFÍA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN INSTITUCIONES DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS.....	10
2.1 PROCESOS A SEGUIR EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD.....	10- 11
2.1.1 Procesos.....	10
2.1.2 Procesos de prestación de servicios de salud.....	15
2.1.3 Pacientes e identificación.....	19

<b>2.2 RESULTADOS INVESTIGATIVOS ACERCA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN INSTITUCIONES DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS.....</b>	<b>22</b>
2.2.1 Investigación.....	22
2.3.2 Investigación propia de instituciones de salud acerca de eventos adversos, errores e incidentes de seguridad relacionados con la identificación del paciente.....	25
2.3.2.1 Instituciones de salud.....	29
<b>2.3 FACTORES QUE FAVORECEN LOS ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.....</b>	<b>30</b>
2.3.1	
Factores.....	30
2.3.2 Elementos Conceptuales de Política Seguridad Paciente.....	32
2.3.3	
Errores.....	42
2.3.3.1 Evento Adverso.....	45
<b>3. CONSIDERACIONES</b>	<b>49</b>
<b>FINALES.....</b>	<b>49</b>
<b>4. CONCLUSIONES.....</b>	<b>52</b>
<b>5. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>53</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>54</b>

## RESUMEN

Al momento de realizar los procesos de gestión en una organización, se deben tener en cuentas sus características principales entre ellas su plan estratégico, políticas, talento humano, recursos económicos, medición, medidas correctivas y preventivas, auditorias, seguimientos, desempeño y planes de mejora, que todo en conjunto favorece la eficacia de todos los procesos prioritarios que accionan las instituciones prestadoras de salud o las que hacen las veces de las mismas, en miras a disminuir o eliminar errores en la atención en salud durante la prestación de los servicios; siendo uno de estos procesos a validar la identificación correcta de los pacientes en los servicios de salud de cualquier nivel de atención y complejidad. La identificación del paciente tiene dos propósitos: determinar de forma segura que el paciente es el receptor legítimo del tratamiento o procedimiento y para garantizar que el procedimiento sea cual sea el que se va a realizar efectivamente el paciente lo necesite. Estudios arrojan muchas investigaciones en este campo concluyendo que la utilización de manillas con codificación es la práctica segura de mayor implementación para la identificación de pacientes durante la prestación del servicio, evitando así eventos adversos con riesgo a la vida del paciente.

**Palabras clave:** Nivel de atención, pacientes, admisión del paciente, seguridad.



## **ABSTRACT**

When carrying out management processes in an organization, its main characteristics must be taken into account, including its strategic plan, policies, human talent, financial resources, measurement, corrective and preventive measures, audits, monitoring, performance and improvement plans. That all together favors the effectiveness of all the priority processes that are activated by health-providing institutions or those that act as them, with a view to reducing or eliminating errors in health care during the provision of services; being one of these processes to validate the correct identification of patients in health services of any level of care and complexity. Patient identification serves two purposes: to determine safely that the patient is the legitimate recipient of the treatment or procedure, and to ensure that whatever procedure is to be performed, the patient actually needs it. Studies show many investigations in this field concluding that the use of coded wrist bands is the most widely implemented safe practice for identifying patients during service provision, thus avoiding adverse events with risk to the patient's life.

Keywords: Attention level, patients, patient admission, safety

## INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Seguridad del Paciente como un principio fundamental de la atención que tiene como objetivo prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren éstos durante la prestación de la asistencia en salud. Para la seguridad se han definido barreras blandas y duras, una de ellas es la identificación, entendida según el Protocolo Identificación de pacientes del Hospital Civil de Ipiales como un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención, este procedimiento se debe verificar de manera verbal, mediante pulseras o manillas de identificación o, a través de la historia clínica del paciente. (1,2)

En cada paso del proceso de atención en salud hay una probabilidad de generar daño o riesgo de incidentes y eventos adversos, lo cual requiere una amplia gama de acciones encaminadas a prevenirlos, promovidas por la gestión estratégica de seguridad del paciente de cada institución de salud. (3)

Los errores en la identificación del paciente de acuerdo a lo planteado por Cuadrado-Cenzual M.A., García Briñón M., De Gracia Hills Y. representan uno de los problemas con mayor índice de riesgo en provocar un evento adverso, dentro de ellos se encuentran errores en la administración de medicamentos, errores transfusionales, errores en la toma de muestra para exámenes de laboratorio, errores en los registros de signos vitales, nombres de pacientes iguales, procedimientos en la persona incorrecta, historias clínicas duplicadas, entrega equivocada de recién nacidos, entre otros. Además, los relacionados con la prescripción, dispensación y administración de fármacos. (4)

Los relacionados con la identificación de pacientes son la segunda causa de error en el medio hospitalario, por lo cual la minimización de estos errores es uno de los retos al que hay que enfrentarse porque representa riesgo valorable para la seguridad del paciente. (5)

Los profesionales del sector salud suelen despersonalizar a los pacientes y es frecuente que se refieran a ellos por el número de camas o por su enfermedad y no por su nombre, se suele ser excesivamente confiado en lo que a la identificación de pacientes se refiere. Y es que el paciente merece ser reconocido como el ser humano que es y, merece ser tratado de manera holística porque es más que una cirugía, una patología, un tratamiento o por lo que le duele o necesita para su recuperación. (3)

Por otro lado, los factores administrativos involucrados que llevan a que recepcionistas o personal de admisión llenen los datos en forma deficiente o incompleta, conllevan a mal identificar los pacientes provocando una mala praxis. (5)

Para la identificación de los pacientes es necesario tener en cuenta según lo expresa la Guía de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud: las pulseras de identificación, pulseras de control, pulseras de seguridad o pulseras de control de acceso son brazaletes de distintos materiales y apariencias que lleven a identificar al paciente, para vencer las barreras que pueden llevar a errores en la prestación del servicio. Por lo anterior el equipo investigador se ha formulado la pregunta: ¿Cuáles son las evidencias que existen acerca del procedimiento para la identificación del paciente durante la prestación de servicios en instituciones de salud en los últimos diez años? (3)

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ubicó la mejora en la identificación del paciente como el primer lugar de sus objetivos para la seguridad del paciente y continúa siendo un requisito para la acreditación. Además, la incluye

dentro de las nueve soluciones para la seguridad del paciente, a fin de ayudar a reducir daños relacionados con la atención médica. (6)

Luego, en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud dentro del cual se encuentra la Seguridad del Paciente, definida como 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; para lo cual la identificación del paciente ha sido catalogada como una de las barreras blandas en la prevención de eventos adversos en las instituciones de salud.(3)

Por ello, es necesario identificar cómo se lleva a cabo la identificación de los pacientes en la prestación de los servicios de salud, con el fin de implementar prácticas seguras ante las fallas encontradas, con lo cual se beneficiarán los pacientes, el personal de salud, los auxiliares de admisión y la población general; todo ello enmarcado dentro del contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente que conduzcan a reducir al máximo el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud debido a la mala identificación de los pacientes.

Asimismo, de los estudios que se tienen en cuenta en esta investigación, se percibe que los investigadores desde su rol de profesionales de salud pretenden aportar a la sociedad algunas herramientas de auditoría físicas para mitigar fallas en la identificación y disminuir los riesgos, de manera que la seguridad del paciente se vea fortalecida en todos los escenarios de atención, buscando con ello, de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos, ya que una correcta identificación del paciente por parte del personal de salud es de suma importancia para prevenir y disminuir errores en el proceso asistencial, teniendo en

cuenta que una mala identificación puede incluso llegar a tener consecuencias fatales.(7)

La verificación de este proceso debe ser llevado a cabo en las auditorías a las instituciones de salud para el mejoramiento de la calidad en los servicios prestados, con el fin de llegar a niveles óptimos de calidad mediante el seguimiento, la evaluación, la identificación de problemas y soluciones en la prestación de los servicios salud. (7)

Este estudio servirá para promover la adherencia que deben tener las instituciones de salud al proceso de seguridad del paciente, aportando información relacionada con la identificación del paciente que permita disminuir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos. Además, contribuirá a fortalecer la línea de investigación “Cuidado de la Salud y Práctica Profesional” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba, puesto que la seguridad del paciente es un aspecto muy importante para la calidad de los cuidados de enfermería.

# **1. METODOLOGÍA**

## **1.1 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo, tipo monografía científica de enfoque investigativo, analizando procesos que se llevan a cabo en la identificación del paciente en instituciones de salud de cualquier nivel de complejidad, mediante la revisión de estudios investigativos relacionados con el tema.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 GENERAL**

Describir las evidencias que existen acerca del procedimiento y que se llevan a cabo para la identificación de los pacientes en la prestación de servicios en las instituciones de salud en los últimos diez años.

### **1.2.2 ESPECIFICOS**

- Compilar los documentos existentes sobre los procesos a seguir en la identificación de los pacientes durante la prestación de los servicios en salud.
- Documentar los resultados investigativos que se han descrito acerca de la identificación del paciente en instituciones de salud en los últimos diez años
- Verificar la documentación sobre los factores que favorecen los errores o fallas en la identificación del paciente.

## **1.3. UNIDAD DE ANÁLISIS**

La documentación existente sobre el procedimiento para la identificación de los pacientes a nivel legal, teórico, conceptual, histórico, ético y estadístico, como también las investigaciones realizadas al respecto en los últimos diez años.

## **1.4 POBLACIÓN**

Para la monografía se utilizaron como población de referencia 100 documentos entre libros, artículos, revistas, informes consultados, ensayos y registros web de sitios oficiales, que hagan referencia al tema a investigar.

## **1.5. MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por 87 documentos integrados por 7 libros, bases de datos de Elsevier, Scielo, Scind Direct, de universidades, 40 artículos y 40 revistas, referentes al tema.

## **1.6. FUENTES DE INFORMACIÓN**

Por ser monografía, las fuentes bibliográficas de información serán primarias como libros, bases de datos, artículos originales en revistas, informes utilizados, así mismo se utilizarán fuentes secundarias y terciarias como informes departamentales, nacionales e internacionales que compilan las estadísticas del evento en estudio.

## **1.7 MÉTODOS**

Para el desarrollo de la monografía se utilizarán dos mecanismos o métodos en fases sucesivas para la gestión del conocimiento; el primero de ellos es la fase Heurística o de búsqueda y selección, en la cual el equipo autor busca la información de interés en las redes bibliográficas, seleccionando aquellos tópicos de su interés. La segunda es la fase hermenéutica o de asimilación, la cual consiste en la redacción de los textos por parte de los autores con base en sus conocimientos especializados y experiencia, de tal manera que las ideas y conceptos que están textuales tendrán el formato de cita breve o de cita extensa según en caso; con lo

cual se presupone que el resto de la información ha sido reprocesada, o redactada de nuevo por el equipo de autores. Finalizada la fase hermenéutica con el desarrollo de las Consideraciones finales desde la perspectiva del auditor se responderán las preguntas para obtener las conclusiones y de ellas extraer las recomendaciones.

## **1.8 ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

El documento estuvo organizado en cinco capítulos, el primero es la metodología, el segundo la monografía propiamente dicha, el tercero las consideraciones finales en la cual los autores expresan su saber desde la perspectiva del auditor de calidad en salud; los capítulos cuarto y quinto son respectivamente las conclusiones y recomendaciones.

## **1.9 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Los resultados, se presentan en texto, esquemas, figuras, y demás utilizando el paquete ofimático Microsoft Office versión 2013.

## **1.10 ASPECTOS ÉTICOS**

Los aspectos éticos se basarán en los principios de beneficencia pues la monografía tendrá una utilidad para los pacientes usuarios de las instituciones del estudio; el principio de veracidad pues la información será procedente de fuentes confiables.

## **1.11. ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL**

La responsabilidad de las opiniones emitidas en el documento, es responsabilidad de los autores Adriana Ramos Vargas, Camilo Ramos Durango y Sahden Usta Avilez, quienes conservarán la propiedad intelectual de los productos prácticos elaborados para ésta. Se respetará al dar crédito a los autores en las referencias tenidas en cuenta en el cuerpo del trabajo y en las listas de referencias.



## **2. MONOGRAFÍA**

### **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN INSTITUCIONES DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS**

#### **2.1 PROCESOS A SEGUIR EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD.**

##### **2.1.1 Procesos**

El proceso de identificación correcta de los pacientes hace parte de uno de los componentes relacionados con el alcance de los procesos prioritarios a cumplir por parte de los prestadores en salud, sin embargo, antes de hablar de esto, es importante especificar desde la definición de proceso y como este cumple función importante en la parte de planeación de una empresa.

Ludwing Von Bertalanffy (1986) fue el creador de la teoría del sistema, para él “un sistema es un complejo de elementos interactuantes”, acuñando la Teoría General de los Sistemas (TGS) la cual refiere que es una corriente de pensamiento encargada del estudio de los aspectos generales de los sistemas, su relación entre sí, su orden y desorden, sus patrones de comportamiento y sus cambios en el tiempo, si tiene uso adecuado, puede ofrecer muchas ventajas como una estrategia de investigación.(8,9)

La TGS aborda el tema de los Sistemas como modelo de organización, los cuales son aplicables, en general, a todos los enfoques de estudio de la misma, con carácter integrador y holístico, en donde lo más importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ella emergen. Se reconoce al sistema como un todo y no cómo la suma de partes individuales y en donde pesa con mucha importancia no sólo los elementos que la conforman si no las interrelaciones entre ellos, ya que las acciones de unos afectan el comportamiento de los otros, y del sistema completo;

los conceptos de propósito u objetivo y globalidad o totalidad reflejan dos características básicas en un sistema. (10)

Asimismo, de los cambios y de los ajustes continuos del sistema se derivan dos fenómenos el de la entropía y el de la homeóstasis. El primero es esa tendencia que tiene un sistema a entrar en un proceso de desorden interno, de desgaste, de desintegración. A medida que la entropía aumenta, los sistemas se descomponen en estados más simples y el segundo es el equilibrio dinámico entre las partes de dicho sistema; los sistemas tienen tendencia a adaptarse con el fin de alcanzar un equilibrio interno frente a los cambios externos del medio ambiente. (11)

Teniendo en cuenta todo lo anterior, lo que más importa de la Teoría de Sistemas, son sus características y parámetros que establece para todos los sistemas. Según Hidalberto Chiavenato, los sistemas se caracterizan por determinados parámetros:

- **Entrada o insumo o impulso (input):** es la fuerza de arranque del sistema, que provee el material o la energía para la operación del sistema.
- **Salida o producto o resultado (output):** es la finalidad para la cual se reunieron elementos y relaciones del sistema. Los resultados de un proceso son las salidas, las cuales deben ser coherentes con el objetivo del sistema. Los resultados de los sistemas son finales, mientras que los resultados de los subsistemas son intermedios.
- **Procesamiento o procesador o transformador (throughput):** es el fenómeno que produce cambios, es el mecanismo de conversión de las entradas en salidas o resultados. Generalmente es representado como la caja negra, en la que entran los insumos y salen cosas diferentes, que son los productos.
- **Retroacción o retroalimentación o retroinformación (feedback):** es la función de retorno del sistema que tiende a comparar la salida con un criterio preestablecido, manteniéndola controlada dentro de aquel estándar o criterio.

- **Ambiente:** es el medio que envuelve externamente el sistema. Está en constante interacción con el sistema, ya que éste recibe entradas, las procesa y efectúa salidas. La supervivencia de un sistema depende de su capacidad de adaptarse, cambiar y responder a las exigencias y demandas del ambiente externo. Aunque el ambiente puede ser un recurso para el sistema, también puede ser una amenaza. (12)

Los sistemas están conformados por procesos que funcionan entre sí para dar funcionalidad a este. La palabra Proceso proviene del latín *processus* que significa: avance, progreso; es un conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas, que se caracterizan por requerir ciertos insumos (inputs: productos o servicios obtenidos de otros proveedores) y actividades específicas que implican agregar valor, para obtener ciertos resultados (outputs). (9,13)

Por otra parte, la norma ISO 9000:2000 (International Organization for Standardization) define proceso como el “conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”. (14,15)

Las organizaciones buscan un enfoque que logren la eficiencia y eficacia en sus procesos, donde exista la interacción e interrelación entre ellos, buscando la forma de sistematizar cada uno de ellos, dando como resultado que sus organizaciones estén fundamentadas en un **enfoque basado de procesos**, utilizando la metodología conocida **PHVA** (Planificar, hacer, verificar y actuar). (12)

De acuerdo a la Norma Técnica de la Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009, un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entradas en resultados. Los procesos tienen unas características básicas:

- Se orientan a obtener resultados

- Responden a la misión del centro educativo
- Crean valor añadido en los usuarios.
- Dan respuesta a la misión del centro educativo como organización. (16)

Por otra parte, en cuanto a la calidad, se representan tres niveles que son: sistema, proceso y producto, desarrollándose cada uno de la siguiente forma: en primer lugar, se dan una serie de modelos (herramientas) de calidad que se enmarcan en el producto, olvidando los procesos y los sistemas. Después la línea de calidad se orientó a los sistemas surgiendo entonces un conjunto de estándares y normativas y finalmente el enfoque se ha centrado en los procesos que han conseguido un importante desarrollo en todos los trabajos de calidad. (17)

De igual forma, en Colombia, todo lo relacionado al aseguramiento de las personas, entidades prestadores de salud y la estructura de la prestación de los servicios en salud es regido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y a su vez, las cualidades, todas condiciones mínimas para la atención en salud es regido por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, definido como aquel 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 de salud en el país.(18)

Rodríguez *et al* afirman que debido a la poca participación de los profesionales en salud en la construcción de las políticas claras para dicha profesión, existe una baja remuneración económica y poco reconocimiento de la profesión como actor en la calidad en el sistema de Salud. Debido a ello, en Colombia, con el Decreto 1011 de 2006, se logra establecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), que establece los estándares mínimos de funcionamiento para entidades prestadoras de salud, donde su finalidad es la disminución y/o minimización del riesgo en la prestación de los servicios y mejorar su calidad, con el propósito de que se convierta en cultura y no en requisito. (19)

También, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro componentes: Sistema único de habilitación, Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, Sistema único de acreditación y Sistema de la información de la calidad. (20, 21)

En el sistema único de habilitación, según la resolución que esté vigente, cuenta con siete estándares que brindan la oportunidad de conocer los requisitos mínimos que deben cumplir los prestadores para su habilitación. El estándar quinto es el de procesos prioritarios, en el que los componentes relacionados con su alcance son todas las actividades, guías, protocolos de atención y procesos que proporcionan el resultado final previsto cumpliendo con esa calidad esperada. (22)

Teniendo en cuenta lo anterior, el proceso de Seguridad del Paciente hace parte de esos procesos prioritarios importantes que lideran la atención en salud. La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología basada en evidencias científicas que han sido probadas y que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Por esta razón, en la atención en salud, la garantía de la seguridad de los pacientes es uno de los procesos más importantes que se llevan a cabo con el fin de mitigar y/o prevenir eventos adversos, uno de ellos es la correcta identificación del usuario. En otras palabras, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. (3,23)

### **2.1.2 Procesos de prestación de servicios de salud**

Para la OMS, un sistema de salud, es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud; dicho

sistema necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y que sean justos desde el punto de vista financiero. El principal responsable del desempeño global del sistema de salud de un país es el Gobierno Nacional, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los entes de control de cada municipio y cada una de las instituciones sanitarias. (24)

De igual forma, según la OMS, un sistema de salud, es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud; dicho sistema necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y que sean justos desde el punto de vista financiero. El principal responsable del desempeño global del sistema de salud de un país es el Gobierno Nacional, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los entes de control de cada municipio y cada una de las instituciones sanitarias. (24)

La Constitución Política Nacional de la República de Colombia expedida en 1991 afirma que la seguridad social es “un servicio público de carácter obligatorio garantizando el derecho irrenunciable a la seguridad social” (artículo 48), y la atención en salud y el saneamiento ambiental como “servicios públicos a cargo del Estado el cual debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación” (artículo 49), donde puede haber participación de agentes privados y públicos.(25)

La concepción de un sistema de salud puede llevarse a cabo desde varias perspectivas; Macinco, Montenegro, Nebot y Etiene proponen dos esquemas esenciales: uno basado en la Atención Primaria en Salud (APS), que es una

estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad; sus acciones básicas se proyectan hacia el compromiso de dar respuesta a las necesidades básicas de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad, la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad.(24)

Asimismo, la otra perspectiva que, según los mismos autores, es esencia en los sistemas de salud, son aquellos centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad. Pero incluso éstos deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las intervenciones basadas en la población, para lograr la atención integral e integrada. (24)

La Ley 100 de 1993, creó el Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS). Dentro del sistema de la ley 100 se estableció una afiliación obligatoria a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales administran los recursos de las cotizaciones, ofertando un paquete de servicios o Plan Obligatorio en Salud (POS) distinguiéndose un régimen contributivo y régimen subsidiado, concediendo en el POS un Plan Único de carácter obligatorio e integral, la prestación de los servicios se da por medio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). (26)

De igual forma, el sistema de protección del régimen contributivo se unificó en torno al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), buscando equilibrar recursos y condiciones de equidad mediante una unidad de pago por capitación, ajustada a grupos de edad, actualmente ADRESS, siendo su eje central el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El plan es brindado por las diversas instituciones prestadoras públicas y privadas de servicios de salud (IPS). (27)

En cuanto al aseguramiento de los colombianos al Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona de la siguiente forma, todo comienza con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que son las Entidades Promotoras de Salud tanto del Régimen Contributivo y Subsidiado, asimismo, las Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud. (26)

Siguiendo con lo anterior, la afiliación al sistema es de carácter obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada. (26)

Las instituciones prestadoras en salud manejarán según ciertos criterios, una clasificación que indicara que niveles de atención tienen, que cobertura y servicios se prestarían. Para esto, es necesario primero definir que son niveles de atención, forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención:

- El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos



que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza también, por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes; permitiendo una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

- En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.
- El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. (28)

A eso súmanle, la complejidad, es decir, el resultado de la emergencia de procesos que interactúan cumpliendo las propiedades de los sistemas complejos, siendo divididos en:

- El primer nivel de Complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales.
- El segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, y demás.

- El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología. (29)

### 2.1.3 Pacientes e identificación

En la atención en salud ha variado mucho el nombre de la persona a la cual se le presta el servicio modificando la denotación de “paciente” ya que no lo ubica como centro de la atención en salud, y cambiándolo a “usuario”, porque introduce la idea de alguien con capacidad de decisión. Lemus *et al* (2015) cita al Dr. Priego el cual en un estudio realizado en 1995 afirma que paciente, es aquel “necesitado de cuidados (pasivo-vulnerable), asimismo, que “usuario” es un simple vocablo de preferencia del argot directivo y “cliente” es el término vinculado al mercantilismo. (30)

La Real Academia Española define *paciente* como palabra procedente del latín *patiens*, que representa la unión de dos vocablos que significan la acción de ‘padecer’, ‘sufrir’, ‘tolerar, aguantar’ haciendo clara referencia a las personas que padecen físicamente esto es a quien se halla bajo atención médica. De igual forma, al *usuario* como palabra procede del latín *usuarius*, que se define como esa persona que usa algo, asimismo como el derecho que tiene una persona de usar una cosa ajena con cierta limitación. Por último, a la palabra *cliente*, la define como aquella persona que compra en una tienda, o en otro caso que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa. (31)

Lo anterior hace referencia a la denominación de la persona sujeta de atención y cuidados; limitando el concepto de “usuario” a la persona que recibe un servicio. En ambos aspectos, la identificación errónea de la identidad o nombre propio del

paciente sigue produciendo a nivel mundial errores en la atención clínica, algunos de los cuales son los errores en la medicación y por eso forma parte de las soluciones para la seguridad del paciente propuestas por la colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (32)

La identificación incorrecta de pacientes continúa dando en la atención en salud errores de medicación, errores en la transfusión, errores de laboratorio, procedimientos en la persona incorrecta y altas de bebés que se entregan a las familias equivocadas. Una mala identificación puede llegar a tener consecuencias fatales y poner el riesgo la vida de las personas; tratándose de un problema generalizado a nivel mundial y que ocurre con una alarmante regularidad. (33)

El impacto que tiene un error en la identificación de los pacientes es tal, que la correcta identificación de los pacientes ha sido definida por la Comisión de Acreditación de los Estados Unidos (Joint Commission) como el objetivo nacional de problema cada vez más abundante. La Organización Mundial de la Salud también tiene a la correcta identificación dentro de sus primeras prioridades para avanzar en la seguridad de los pacientes. (33-34)

La identificación del paciente tiene dos propósitos: en primer lugar, determinar de forma segura que el individuo es receptor legítimo del tratamiento o procedimiento y, en segundo lugar, para garantizar que el procedimiento que se va a realizar sea efectivamente el que el paciente necesita. En la práctica diaria, uno puede percibir que la identificación del paciente es una etapa de la atención de enfermería que no recibe la atención adecuada, aunque puede influir en las otras etapas y es esencial para garantizar la calidad y la seguridad del servicio previsto. (35)

En el ámbito de la asistencia de enfermería, los errores más frecuentes relacionados se producen en la administración de medicamentos; en la entrega de pacientes y el intercambio de información; en trabajo en equipo y comunicación; en la incidencia

de caídas y úlceras por presión; en fallas en los procesos de identificación del paciente y en la incidencia de infección nosocomial, entre otros. Sin embargo, los errores en la identificación de paciente representan uno de los problemas con mayor índice de factor de riesgo en provocar un evento adverso en el paciente. (36, 37)

Durante la atención en salud, los errores en la identificación pueden originarse en el momento en que se ingresa al paciente en el sistema de asistencia; desde la introducción de datos con errores, en un registro computarizado, puede comprometer todo el proceso de atención. El proceso de identificación del paciente, incluida la verificación de los datos en la pulsera en relación con los registros del paciente y con la información confirmada por él o ella, puede verse como una etapa importante en la interacción entre el paciente y el equipo de salud. (38)

Con el fin de reducir los errores y ampliar el número de prácticas seguras, las instituciones de salud están invirtiendo en acciones que apuntan a la calidad de la atención y buscan difundir una cultura de seguridad para los pacientes, los profesionales y el medio ambiente. Estos cambios se centran en los seis objetivos de seguridad del paciente estipulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo la meta número uno la identificación correcta del paciente. (39)

Como estrategia, para mitigar y/o minimizar los eventos adversos por una mala correcta identificación de pacientes, se están utilizando por lo menos dos identificadores se puede asegurar que cada paciente reciba el medicamento y el tratamiento o procedimiento correctos, incluyendo las transfusiones sanguíneas, asimismo, un proceso de verificación hecho por dos personas o un proceso de verificación de una sola persona acompañada de la tecnología de identificación automática, como la de códigos de barras o barcoding también ha sido recomendada. Teniendo en cuenta esto, diversas iniciativas se han implementado a nivel internacional que incluyen la identificación de personas y el uso del código de barras o la tecnología RFID. (40)

## **2.2 RESULTADOS INVESTIGATIVOS ACERCA DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN INSTITUCIONES DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS**

### **2.2.1 Investigación**

La investigación es un proceso intelectual y experimental que comprende un conjunto de métodos que se aplican de manera sistemática, con el objetivo de indagar, ampliar o desarrollar el conocimiento de un tema específico, sea este científico, humanístico, social o tecnológico. Su finalidad es dar a conocer una realidad, descubrir algo, entender un proceso o encontrar un resultado, esto trae consigo incentivar la actividad intelectual, la lectura y el pensamiento crítico. (41)

Dentro del desarrollo de una investigación es importante la Ética, la cual se ocupa de la conducta adecuada del proceso de análisis en la investigación, influyendo en la calidad de la toma de decisiones de los individuos y organizaciones en el proceso de investigación. Por esto siempre se debe tener en cuenta este principio, ya que una investigación desprovista de ética carece de valor, afecta la imagen de una empresa y sus directivos, produce información de mala calidad y por ende malas decisiones. (42)

La investigación en el sector salud es de mucho interés en el ámbito local y mundial, por lo que es necesario identificar permanentemente problemas de salud pública no resueltos, planear estrategias sanitarias y acciones de prevención a los que ocurren con mayor frecuencia. En la búsqueda y solución de estos problemas las organizaciones de salud deben impulsar el desarrollo de la investigación, trayendo consigo el conocimiento científico para apoyar las decisiones que sustentan la práctica de la medicina y por ende la mejora en la calidad de los procesos de atención en salud. La publicación de los resultados de estas investigaciones es una parte fundamental del desarrollo científico y contribuye a fortalecer e identificar debilidades en el estado de la salud poblacional. (43)

La investigación de resultados en salud está dirigida a cuantificar, analizar e interpretar los resultados en salud que generan las distintas intervenciones sanitarias que van a ayudar al profesional sanitario a tomar decisiones más acertadas y razonables. Esta proporciona información de resultados percibidos y comunicados por los pacientes como indicadores únicos del impacto, por lo tanto, evalúa cómo las distintas opciones terapéuticas van a afectar la calidad de vida y el nivel de satisfacción de los pacientes. Además, evalúa la eficacia de los servicios sanitarios y es importante en la elaboración y conocimiento de indicadores que reflejen los resultados en salud existentes en la población, lo que servirá para conocer si las intervenciones sanitarias empleadas son las más adecuadas, o si habría que replantearse las políticas y estrategias sanitarias. (44)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención en salud. Las investigaciones sobre la seguridad del paciente aportan información y ofrecen instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura. La primera conferencia internacional sobre investigación en seguridad del paciente se celebró en Porto (Portugal) en septiembre de 2007, examinando a profundidad como las investigaciones sobre los incidentes de seguridad del paciente pueden constituir la base científica para diseñar y adoptar intervenciones, programas y políticas encaminados a mejorar la seguridad y la calidad de la atención en salud. La principal conclusión de la conferencia fue la necesidad imperativa de mayor financiación y colaboración a favor de la investigación sobre seguridad del paciente, con el fin de mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Las áreas que son objeto de mayor investigación son las asociadas a situaciones que frecuentemente causan daño a los pacientes como:

- La atención intrahospitalaria (nosocomiales). En los países desarrollados la proporción de los pacientes hospitalizados afectados oscila entre 5-10%, mientras que en países en desarrollo hasta la cuarta parte pueden sufrir alguna infección asociada a la atención intrahospitalaria.
- Eventos adversos relacionados con medicamentos. Entre un 7% a 10% de los pacientes experimenta algún evento adverso relacionado con medicamentos.
- Administración de inyecciones sin precauciones de seguridad. A nivel mundial hasta un 40% de las inyecciones se administran con jeringas y agujas reutilizadas sin esterilización previa.
- Productos sanguíneos inseguros. Entre un 5% a 15% de las infecciones por VIH en países en desarrollo se deben a transfusiones de sangre contaminada.
- Eventos adversos relacionados con dispositivos médicos. En países en desarrollo hasta la mitad de los dispositivos médicos disponibles son inutilizables o sólo parcialmente utilizables.
- Eventos adversos registrados en el quirófano (Cirugía y Anestesia). En países desarrollados los eventos adversos registrados en el quirófano representan al menos un 50% del total de eventos adversos registrados entre pacientes quirúrgicos. (45)

Entre los años 2007 a 2009 se realizó el estudio IBEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica) para estimar la prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Este estudio, realizado en Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, estuvo dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los ministerios de estos países. Se evaluaron 11.426 pacientes hospitalizados, en los cuales se determinó la prevalencia de eventos adversos (10.5%).

Para Colombia el estudio IBEAS determinó una prevalencia 11.6%. La proporción de vigilancia de eventos adversos se determina a partir de la relación entre el número total de eventos adversos detectados y gestionados y el número total de eventos. El indicador ha tenido una tendencia decreciente: pasó de 86.25% en 2009 a 6.64% en 2014. El 76% de las IPS en 2014 que reportaron el indicador tuvieron una tendencia decreciente. El indicador más alto para 2014 se encuentra en los departamentos de Vaupés (100%) y Guaviare (95.36%). El indicador más bajo se encuentra en Sucre (4.62%), Bogotá (2.46%) y Boyacá (2.18%). Los departamentos con mayores cambios en este indicador para el período analizado (2009- 2014) son: Antioquia que pasó de 86.6% a 11.08%, Atlántico que pasó de un 79.6% de gestión en los eventos adversos a 22.9% y Bogotá que reportó para el 2009 un 87.9% de gestión en los eventos adversos; sin embargo, para el 2014 presenta tan solo una gestión de 2.46%. Se evidencia que para el periodo comprendido entre el 2009 al 2014, aumentó el reporte del indicador, pasando de 3.242 reportes a 7.154.(46)

### **2.3.2 Investigación propia de instituciones de salud acerca de eventos adversos, errores e incidentes de seguridad relacionados con la identificación del paciente**

Se dispone de la publicación de varias investigaciones acerca de errores, incidentes y eventos adversos relacionados con la identificación del paciente en distintas instituciones de salud (en Colombia y otros países), dentro de las cuales destacamos a continuación las siguientes:

- Investigación acerca de Errores en la identificación del paciente, llevada a cabo en el Hospital El Bierzo del Municipio de León España. Esta tuvo como objetivo evaluar la frecuencia y precisión con la que los trabajadores sanitarios, verifican la identidad del paciente antes de realizar tareas comunes. Sus datos muestran que dentro del entorno sanitario la comprobación de la identidad del paciente constituye una de las constantes



en las rutinas de trabajo y uno de los objetivos de seguridad reiterados, pues teniendo los errores de identificación, una frecuencia desconocida sus graves efectos manifiesta de muy diversas formas (administración errónea de medicamentos, realización de pruebas e intervenciones erróneas, adjudicación de resultados de laboratorio erróneos. (47)

Por otra parte, plantea la cuestión de cómo se interpela al paciente acerca de su identidad, por ejemplo, preguntar de modo abierto: ¿cómo se llama usted? ó de modo cerrado: ¿es usted José Pérez?, ya que tiene diversas consecuencias que se adentran en terrenos como la relación profesional-paciente o la valoración cognitiva, en la que dicha cuestión puede resultar orientativa, sobre todo si se produce un cambio en el patrón de respuesta. (47)

Esta investigación concluyó que existe una amplia variabilidad entre los profesionales sanitarios a la hora de verificar la identidad de los pacientes mientras realizan su trabajo, valorando la necesidad de formación, cambios en los procesos y tecnología para mejorar la frecuencia y fiabilidad de la identificación de los pacientes. (47)

- Investigación acerca de Errores en la identificación del paciente según su estado cognitivo, comparando entre pregunta abierta y pregunta cerrada. Esta tuvo como objetivo cuantificar los errores de identificación en un grupo de pacientes mayores de 75 años ingresados con diagnóstico de fractura de cadera en el Hospital El Bierzo del Municipio de León España, así como su relación con el estado cognitivo del paciente y con el tipo de pregunta utilizada.

Sus datos muestran que el deterioro cognitivo valorado con el Test o Cuestionario corto de estado mental portátil - SPMSQ (siglas en inglés) es un

factor de riesgo a la hora de fallar en la respuesta a una pregunta de identificación. Con esos datos el uso de dispositivos de apoyo a la identificación del paciente (pulseras, clips de radiofrecuencia, marcadores biométricos: huella dactilar, lectura de iris) se justifica en aquellos que presenten la posibilidad de un deterioro cognitivo, pese a los problemas que puedan causar, ya que estos dispositivos por si solos no aseguran una correcta identificación si no se vinculan a un proceso sistemático de comprobación que incluya tanto la pregunta de identificación como la verificación de la identidad del paciente usando un dispositivo de apoyo.

Esta investigación concluyó que, aunque el riesgo de fallo de identificación sea bajo sus consecuencias son graves, pero justifican el uso de dispositivos de apoyo a la identificación del paciente. (48)

- Investigación acerca de Errores en la identificación del paciente y en muestras biológicas en el proceso analítico (EIPMB) llevada a cabo en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid España. Esta tuvo como objetivos detectar y analizar las causas de los errores de identificación de paciente y sus muestras biológicas en las solicitudes analíticas procedentes de Urgencias e implantar estrategias de mejora. Dentro de las diferentes estrategias implantadas, hubo tres que supusieron un cambio en la cultura de seguridad del paciente. La primera fue el desarrollo del proceso asistencial de la realización de una prueba diagnóstica orientada al desarrollo de una práctica segura como es la identificación del paciente. La segunda fue la implantación de la petición electrónica en el servicio de Urgencias para minimizar las solicitudes en las que el número de historia clínica no se incluía y aquellas en las que el número de historia clínica no coincidía con los datos demográficos del paciente. La tercera fue la formación en Cultura de seguridad del paciente, convirtiéndose en la estrategia más potente, sobre

todo en el laboratorio, pero también en el resto de los residentes del hospital, así como en las diferentes unidades del servicio de Urgencias, a todos los profesionales implicados en el proceso de obtención de muestras.

Esta investigación concluyó que las estrategias de mejora aplicadas demostraron ser eficaces en la detección de EIPMB, así como en su prevención. (49)

- Investigación dirigida a Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales dentro del Proceso de gestión de calidad y mejora continua de la Clínica Girón E.S.E. en el Departamento de Santander, la cual tuvo como objetivo desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la identificación de los pacientes y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos relacionados.

La investigación hace énfasis en estandarizar los procesos de atención, determinar cuáles son las fallas más comunes que conllevan a los errores en la identificación de los pacientes, cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar eventos adversos relacionados con la identificación del paciente y cómo implementar prácticas seguras para evitar errores en la identificación de los pacientes, teniendo en cuenta las estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.

La finalidad del estudio fue garantizar su socialización en todos los servicios de la Clínica que le aplicaba, dejando evidencia en acta y lista de asistencia de los grupos de profesionales involucrados en el proceso. (50)

### **2.3.2.1 Instituciones de salud**

El concepto de *Institución de salud* no se encuentra definido en ninguna norma que haga parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin embargo, según lo establecido en el artículo 155 en la Ley 100 de 1993, las instituciones de salud, públicas, privadas o mixtas son parte integrante de este sistema; teniendo en cuenta esto, las instituciones de salud se conocen con el nombre de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). La Corte Constitucional en la Sentencia C-064 de 2008 estableció que las IPS son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen como principios básicos la calidad y la eficiencia, contando con autonomía administrativa, técnica y financiera. (51)

De acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS) de Colombia, existen cuatro categorías de clasificación para los prestadores: profesionales independientes, entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y transporte especial de paciente. En Colombia solo existe un estudio publicado con clasificación de IPS, y en este se utilizan las categorías del REPS, esta clasificación deja de lado aspectos relevantes en la estructura como su tamaño y funcionalidad.

En Colombia, las IPS se han clasificado, de acuerdo con su naturaleza jurídica, en públicas, privadas y mixtas (solo para las públicas existe una categorización de acuerdo con el nivel complejidad de la institución, esto no sucede con las IPS privadas). La clasificación de prestadores por niveles de complejidad nace con la Ley 10 de 1990, en la cual se establecieron responsabilidades a municipios y departamentos en la prestación de servicios, de acuerdo con tres niveles de atención.

El Decreto 1760 de 1990, fijó los criterios para definir el grado de complejidad. Así, las instituciones de primer nivel ofrecen atención por personal general, técnico y auxiliar, tecnología de baja complejidad y cobertura de atención tanto a la población del municipio como a la de aquellos municipios cercanos que no tuvieran cobertura. Las instituciones de segundo nivel ofrecen atención por personal especializado, tecnología de mediana complejidad y cubrían poblaciones con uno o más municipios. Las instituciones de tercer nivel cuentan con personal especializado, subespecializado y tecnología de alta complejidad.

La Resolución 1043 y el Decreto 1011 de 2006, establecieron las condiciones que deben cumplir los prestadores públicos y privados para habilitar sus servicios, indicándose los niveles de complejidad como un atributo de cada servicio habilitado y no de la institución. (52)

La Circular 018 de 2015 tiene por finalidad clasificar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para facilitar el análisis diferenciado de IPS según el impacto en el sector y el contexto en el que ofrecen los servicios, además de facilitar un acompañamiento y una supervisión eficaz y pertinente por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Las IPS de naturaleza pública, privada y mixta, son clasificadas según tamaño, el número de servicios habilitados y ubicación, en siete grupos: Grupo A, Grupo B, Grupo C1, Grupo C2, Grupo D1, Grupo D2, Grupo D3. (53)

## **2.3 FACTORES QUE FAVORECEN LOS ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

### **2.3.1 Factores**

El concepto de factor es un elemento que influye en algo. De esta manera, los factores son los distintos aspectos que intervienen, determinan para que una cosa suceda; riesgo es cualquier característica, rasgo o exposición de una persona que

aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Hay factores genéticos, alimenticios, hábitos de salud y la práctica de ejercicio, la insuficiencia de talla y peso ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene; todos ellos en conjunto condicionan la salud de una persona. (54)

Uno de los factores que en ocasiones es ignorado es el factor humano. Ocurre cuando se analiza técnicamente una situación, valorando todos los apartados posibles, pero sin incluir la condición humana, es decir, la personalidad o el temperamento que va a relacionarse con los factores. No hay que olvidar que todo, directa o indirectamente, tiene relación con el ser humano y esta evidencia es ignorada en más de una ocasión. El factor humano es, probablemente, el más importante entre todos los factores. Si algo es positivo por una serie de motivos técnicos, pero es impopular entre la gente, puede provocar que lo positivo pierda su valor y sea visto como negativo. (1,54)

Ahondando en materia de riesgos, podemos afirmar que el riesgo asistencial se podría definir como la probabilidad de que se produzca un resultado indeseable o la ausencia de un resultado deseable, durante cualquiera de los componentes de la prestación de un servicio. Los riesgos que rodean la atención de un paciente son múltiples y, con frecuencia, se gestionan de forma descoordinada y sin disponer de la información precisa para ello. Existen planes de evacuación, normas de prevención de la infección hospitalaria, identificación de pacientes, de seguridad transfusional y demás. Por otra parte, los riesgos de las entidades de salud son variados y pueden afectar a:

- Las personas: pacientes, personales asistenciales o, directivos y demás trabajadores.
- Las instalaciones: edificios, equipos y dispositivos médicos, mobiliario, medio ambiente

- Los recursos económicos: inversiones, fondos de crecimiento y desarrollo, recursos de investigación
- El prestigio y el renombre de la institución y sus profesionales: satisfacción del personal, reputación, propiedad intelectual, relevancia, atracción de clientes. (3)

Puede concluirse, entonces, que es necesario que la organización estructure una política sobre el tratamiento de factores y riesgos que pueden incidir en la identificación de los pacientes; se deberá incluir en la misma, la consideración del factor humano y los planes y programas asistenciales con participación coordinada de las dependencias concernidas para una acertada identificación y atención del paciente.

### **2.3.2 Elementos conceptuales de política seguridad paciente**

Desde la Alta Dirección, incluyendo las diferentes dependencias y los trabajadores de la organización, se deberá estructurar, planear y aplicar una política de gestión del riesgo que propenda por la seguridad del paciente. Se discriminan seguidamente, algunos elementos relevantes, que deben ser tenidos en cuenta para diseñar la política referida.

1. Mirar Técnicamente: Usar métodos científicos para sustentar conceptos, modelos y herramientas que permitan entender la ocurrencia de errores, eventos adversos e intervenirlos.
2. Teoría del Queso Suizo: Entre los peligros y daños se encuentran las deficiencias y fallas del proceso. Reason explica por qué ocurren fallas, accidentes, desastres en sistemas complejos; por lo tanto, es un modelo que funciona muy bien para el análisis, gestión y prevención de riesgos. La administración es un segmento, la asignación de recursos es otro segmento, infraestructura, programa de seguridad, controles de calidad, programas de calificación y competencia, soporte operativo, cultura, liderazgo, todos los elementos de un sistema. Sin embargo, estos

elementos no son perfectos, por supuesto, contienen defectos y debilidades. Por lo tanto, cada uno de estos componentes se representa como lonchas de queso suizo porque los agujeros de queso representan estas deficiencias. (56)

Si estas debilidades se alinean en cada segmento, es decir, un “agujero” común en cada capa, tendrá un desastre. En este modelo, asumimos que pequeñas fallas pueden llevarnos a grandes eventos. Reason aportó algunas ideas que condujeron a la construcción de esta teoría integrada llamada queso suizo:

- Los accidentes generalmente son causados por la coincidencia o convergencia de múltiples factores.
- Los factores pueden variar desde actos individuales hasta errores organizativos o sistémicos.
- Las fallas que pueden contribuir a un evento catastrófico no tienen un impacto significativo cuando ocurren de forma aislada.
- Los seres humanos son propensos a errores operativos y, por lo tanto, requieren sistemas que estén diseñados adecuadamente para mitigar estos riesgos. (56)

Muchos factores que contribuyen a un accidente están latentes, es decir, a veces están alineados pero inactivos, esperando el detonante que los desencadenará en cualquier momento. Según el modelo, casi todos los eventos adversos ocurren debido a la combinación de dos factores: fallas activas y latentes. (56)

La falla activa es cuando alguien en algún momento decide, por ejemplo, no usar equipo de seguridad, no seguir el procedimiento estándar o cualquier otra actividad que eventualmente se requiera. (56)



Una falla latente es una falla incrustada en el proceso, procedimiento, máquinas o cualquier otra cosa. Estas son fallas que esperan ser activadas por una falla activa:(56)

1. Respuesta organizacional no punitiva ante la ocurrencia de eventos o errores: La cultura justa del Dr. Reason, es una cultura en la que no se castiga a los operadores de primera línea o a otras personas por sus acciones, omisiones o decisiones de acuerdo con su experiencia y formación, pero en la que no se toleran las negligencias graves, las infracciones deliberadas y los actos destructivos. (57)
2. Involucrar al paciente y su familia: Mostrar aptitud de resarcir o mitigar el daño.
3. Promover, cultura de seguridad acompañada de herramientas prácticas; Compartir valores y principios que promueva entorno seguro al paciente.
4. Definir y mantener un foco claro sobre los resultados: A través de cuadro de mando de seguridad del paciente o indicadores de calidad (tangibles y medibles).

La gestión de riesgos hace parte de la cultura proactiva de la calidad y de la seguridad, esto requiere que todos los profesionales y personal en general se sientan comprometidos en la seguridad de la atención a la salud. La presencia de los riesgos, junto con la posibilidad de producirse errores en sistemas complejos, hace necesaria una adecuada gestión de riesgos, que implica una gran responsabilidad, por parte de los profesionales, para adoptar una actitud proactiva orientada al uso de metodologías que permitan identificar los problemas, y las causas que los originan, con el fin de desarrollar estrategias que los prevengan o reduzcan su repetición. (58)

La gestión del riesgo asistencial, también denominado como riesgo clínico, es clave para la seguridad de estos y combina tres tipos de riesgos interdependientes:

- El riesgo inherente al paciente en sí mismo, relacionado con el proceso que padece y que a su vez puede estar condicionado por factores como la edad, la comorbilidad, el nivel educativo u otros factores.

- El relacionado con las decisiones médicas sobre las estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
- El ocasionado por la implementación de estas decisiones que se van tomando y que tienen que ver con ámbitos como la comunicación, el trabajo en equipo.

Toda atención en salud lleva inherente el riesgo de que puedan presentarse eventos adversos que afectan al paciente y su familia. Una de las prioridades actualmente es establecer sistemas adecuados de gestión del riesgo, para poder elaborar sistemas preventivos y así prevenir la ocurrencia de errores que puedan generar daño en el paciente; dentro de estos sistemas preventivos se destaca la educación a los trabajadores, usuarios y su familia, por ello es clave conocer y apropiarse de las definiciones de seguridad del paciente. (59)

La finalidad de la atención sanitaria es el cuidado de la salud, esto es, la prevención de enfermedades, el tratamiento de éstas y, en general, la mejora de la calidad de vida de las personas. Pero, la atención de la salud como cualquier otra actividad compleja desarrollada por el ser humano también entraña ciertos riesgos. (60)

Por su parte el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia considera que la seguridad del paciente 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, lo que implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.(3)

La (OMS, Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente, 2008) organización mundial de la salud define como objetivos de la seguridad del paciente los siguientes:(3)

1. Promover una atención segura en la atención en salud a los pacientes a través del diseño de procesos seguros y direccionando las políticas institucionales hacia la seguridad de ellos.
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes a través de la implementación de las actividades y estrategias definidas para la seguridad.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante la identificación de riesgos, elaboración de planes de acción preventivos, 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.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema (pacientes, profesionales, aseguradoras) hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles a través de indicadores de seguimiento para la toma de decisiones y la mejora.
5. 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.
6. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias. (3)

Existen factores de riesgo, que afectan las condiciones del ambiente y de la organización del trabajo que pueden afectar al trabajador o generar un efecto negativo en la empresa. Trabajar es una forma de ser del hombre y una manera de recibir remuneración, aunque pueda significar, también, una posibilidad de adolecer. (61)

Los trabajadores de salud, por las características de su trabajo que incluye situaciones desgastantes a las que se enfrentan en sus actividades cotidianas, con altas exigencias y múltiples factores psicosociales, así como la transferencia que reciben de sus pacientes, constituyen un grupo de alta vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el estrés. (62)

En el mismo sentido, en Colombia, la primera encuesta nacional de condiciones de salud y trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales, encontró en mayor porcentaje factores de riesgo asociados a las condiciones ergonómicas y a los agentes psicosociales, entre los cuales se identificaron trabajo monótono y repetitivo, atención al público, acoso por parte de los superiores, compañeros o subordinados, cambio frecuente en el desarrollo de tareas y poca claridad en la definición de responsabilidades.(63)

Siempre tienen buena relación y apoyo de sus compañeros, 61% considera que no tienen control sobre el tiempo y cantidad de trabajo que realizan. El pago del salario no es puntual y los trabajadores tienen muy pocas posibilidades de ascenso y además sienten que la empresa muy pocas veces se preocupa por su bienestar. La prevalencia de nivel más alto de riesgo correspondió a un 76% por exceso de carga laboral, por alta exigencia de esfuerzo mental un 75% y está relacionado con el poco control sobre el trabajo en un 57%. Los trabajadores se exponen a jornadas laborales extensas, poco tiempo de descanso, cansancio y falta de sueño por jornadas nocturnas, escasa interacción con la familia y el contacto constante con situaciones de extremo sufrimiento y dolor. (64)

En el mundo entero, el reporte “Errar es humano” de 1999 del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud creó la antigua alianza mundial por la seguridad de los pacientes, denominado Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son, “gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones”. (3)

En Colombia en el 2005 el “Sistema Único de Acreditación en salud” introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. Posteriormente el componente de habilitación definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente. (65)

La existencia del programa de gestión de riesgos sanitarios puede proporcionar beneficios para todos los involucrados en la atención a la salud:

- Los pacientes, a quienes aporta una mayor seguridad en la atención recibida.
- Los profesionales, incrementando la seguridad en sus actuaciones y una mayor satisfacción y sosiego en el desempeño de su actividad.
- Los responsables de la administración y la financiación, a los que proporciona un mayor rigor en la gestión de sus propias responsabilidades. (66)

Desde otra mirada, tomando como punto de partida las actividades, la gestión del riesgo implica una combinación entre el aprendizaje de aquellas cosas que han funcionado mal (enfoque reactivo) y la prevención de riesgos potenciales para evitar que tengan consecuencias e impacto sobre las actuaciones que realizamos (enfoque proactivo) que nuestra organización presta (proactivo). Esta combinación es un proceso tan efectivo como costoso de implementar. Combinando tanto la visión reactiva como la prospectiva consideraremos las fases, técnicas y herramientas con que se lleva a cabo de forma habitual la gestión de riesgos. (66)

Omayda Urbina refiere que el personal de enfermería tiene que cumplir con ciertas responsabilidades en cuanto a las acciones para el cumplimiento de los procesos terapéuticos, todo ello a partir en primer lugar de la identificación de los pacientes, la notificación de cambios del estado de salud, la detección oportuna de complicaciones y el registro de todos éstos en la historia clínica. (67)

La identificación del paciente es un paso esencial para la seguridad del paciente en el proceso de atención. El fallo en la correcta identificación de un paciente, se relaciona directamente con la posibilidad de brindar una intervención clínica ya sea al paciente incorrecto, equivocación en el lugar del procedimiento, errores de administración de medicamentos, error de transfusiones y errores en los exámenes complementarios; esto es un problema reconocido en todo el mundo como fuentes de errores en el proceso de atención. (68)

Solucionar este problema que se ha hecho de interés en salud pública, es considerado una meta para todas las entidades que trabajan en el tema de la seguridad del paciente; una de las estrategias implementadas son las pulseras de identificación que es puesta al paciente y dura toda la estadía de este para evitar error en el proceso de la atención. Para el personal de enfermería es muy significativo, desplegar una cultura de calidad y participar en los programas que implementan para la calidad y cuidados de los pacientes, pues el personal de enfermería es el grupo más grande de los proveedores del cuidado de la salud, además de ser una parte importante en los equipos de multidisciplinario hallando soluciones para la seguridad del paciente. (69)

Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales, debe iniciar desde el ingreso. Los datos de identificación obligatorios para el registro de un paciente están conformados por los nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), el tipo de documento de identificación y el número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico. Todos los datos deben corroborados verbalmente y diligenciados bien sea en papel o en el sistema electrónico cuando aplica (chips, códigos de barras). En el proceso de la identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de pacientes:

- Adulto con documento de identidad (CC o CE o PA ó NU)
- Adulto sin documento de identidad.

- Recién nacidos y menores de edad sin número de identificación
- Para el parto normal o cesárea de un solo bebe.
- Para parto normal o cesárea de embarazo múltiple
- Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto.

Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio es necesario que los procesos pre-analíticos, analíticos y post-analíticos se articulen tanto en las instituciones hospitalarias como en las ambulatorias, para generar resultados seguros y confiables. En este marco, la identificación del paciente es crítica y debe desarrollarse acorde con los lineamientos nacionales e internacionales. Algunas organizaciones como el College of American Pathologists CAP ha identificado como uno de los primeros errores cometidos en el laboratorio, durante la fase analítica y post-analíticos, corresponde a la identificación del paciente, durante los procesos de control de calidad externa desarrollados por esta institución. Para este efecto los procesos organizacionales deben incluir elementos esenciales para la identificación correcta y segura del paciente, como se menciona a continuación: (70)

1. La definición de los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en la institución, seguida del proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos pre analíticos, analíticos y post-analíticos.
  2. La participación activa del paciente durante los procesos de identificación y validación de la información del paciente.
  3. La comunicación oportuna y eficaz entre el equipo de salud involucrado.
  4. Entre los datos básicos de identificación del paciente, se recomienda incluir al menos dos de los siguientes: - Nombre Completo. - Número de Identificación: Cédula, Tarjeta Identidad, Pasaporte, Licencia de conducción. - Número de identificación adicional: record, consecutivo, otro. - Fecha de nacimiento. - Fotografía. - Bandas de identificación por colores (menores, alergias, etc.). – Otros.
- (3)

Para conocer “puntos débiles” de una institución, para gestionar los riesgos debe previamente conocer en profundidad del servicio, las actividades, nuestros clientes -aquellos cuya necesidad son la razón de ser, la existencia- y su entorno. Esta primera fase del ciclo de gestión de riesgos, servirá como referente y contribuirá a hacer más efectivo el abordaje de las siguientes fases. La metodología y herramientas que se emplean como apoyo en esta primera fase del ciclo de gestión de riesgos persiguen alinear cada uno de los procesos que componen el servicio que presta una organización con los objetivos de la misma y con los destinatarios de dicho servicio.

El análisis DAFO, acrónimo de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, es una de las herramientas más utilizada para realizar este diagnóstico de situación y contexto. El beneficio que se obtiene con su aplicación es conocer la situación real en que se encuentra una cierta la organización, así como el riesgo y oportunidades que le brinda el entorno en que presta su servicio. (71,72)

El objetivo del análisis DAFO es lograr que todas las partes involucradas en la actividad identifiquen aquellos factores que en forma de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades puedan afectar en mayor o menor medida a la consecución de la los resultados y objetivos pretendidos. Los factores a analizar son los siguientes:

- Debilidades o puntos débiles. que son aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de la función de la propia organización y deben, por tanto, ser controladas y mejoradas. Pueden referirse a los recursos humanos (formación, adecuación) recursos materiales, organización, liderazgo, organización.



- Amenazas que están formadas por todos aquellos factores del entorno económico y sanitario que bien pueden impedir o dificultar la consecución de los resultados y objetivos de una organización, bien reducir su efectividad, bien incrementar los riesgos de la misma, o bien los recursos que se requieren para su funcionamiento.
- Fortalezas, también denominadas puntos fuertes, son capacidades, experiencia, recursos, resultados, impacto, prestigio alcanzado, que proporcionan ventajas que deben y pueden servir para explotar oportunidades.
- Oportunidades: son todos aquellos factores del entorno que pueden suponer una ventaja para la propia operativa de una organización, o bien representar una posibilidad para mejorar la eficacia de su servicio. Las debilidades y fortalezas pertenecen al ámbito interno de la organización en tanto que las amenazas y oportunidades pertenecen siempre al entorno externo de la organización. (73)

Las debilidades y fortalezas pertenecen al ámbito interno de la empresa, al realizar el análisis de los recursos y capacidades; este análisis debe considerar una gran diversidad de factores relativos a aspectos de producción, marketing, financiación, generales de organización.

Las amenazas y oportunidades pertenecen siempre al entorno externo de la empresa, debiendo esta superarlas o aprovecharlas, anticipándose a las mismas. Aquí entra en juego la flexibilidad y dinamicidad de la empresa.

### **2.3.3 Errores**

Etimológicamente la palabra error proviene del latín *-ōris*. *El diccionario de la Lengua Española Edición Tricentenario* señala las siguientes acepciones:(74)

1. Concepto equivocado o juicio falso.
2. Acción desacertada o equivocada.
3. Cosa hecha erradamente.

4. Vicio del consentimiento causado por equivocación de buena fe, que anula el acto jurídico si afecta a lo esencial de él o de su objeto.
5. Diferencia entre el valor medido o calculado y el real.
6. Equivocación de buena fe. (75)

En la práctica médica, las acepciones más aplicables son “Juicio falso”, “acción desafortunada” y equivocación de buena fe”, teniendo en cuenta que esta última que un acto de mala fe implica dolo y por lo tanto daño intencional y estaría sujeto a una sanción o al ejercicio de una acción penal.

Existen dos aproximaciones al problema de la falibilidad humana: el personal y el sistémico; la personal se enfoca en los errores del individuo culpándolo por olvidos, inatenciones, o debilidad moral. El sistémico se focaliza en las condiciones bajo las cuales el individuo trabaja y trata de construir barreras para advertir la posibilidad del error o mitigar sus consecuencias. (76)

Un sistema de salud maduro tiene en cuenta la creciente complejidad de los entornos de atención sanitaria, que hace que los seres humanos sean más propensos a cometer errores. Por ejemplo, un paciente hospitalizado puede recibir un medicamento equivocado por una confusión con otro medicamento con un empaquetado similar. En este caso, la receta pasa por diferentes niveles de atención, empezando por el médico del ala correspondiente, pasando por la farmacia y terminando por el enfermero que administra el medicamento equivocado al paciente. Si hubiera existido un proceso de garantía de la seguridad en los diferentes niveles, este error se podría haber identificado y corregido rápidamente.

En esta situación, la falta de procedimientos normalizados para el almacenamiento de medicamentos que se parecen, la mala comunicación entre los diferentes proveedores, la falta de verificación antes de la administración del medicamento y la falta de participación de los pacientes en su propio cuidado podrían ser factores subyacentes que condujeron al error. Tradicionalmente, el proveedor individual que

cometió activamente el error (error activo) asumiría la culpa del incidente y podría ser castigado por ello. Desafortunadamente, este enfoque no permite tomar en consideración los factores del sistema descritos anteriormente que condujeron a que se produjera el error (errores latentes). Cuando se alinean múltiples errores latentes es cuando el error activo afecta al paciente. (1)

Errar es humano, y esperar un rendimiento impecable de personas que trabajan en entornos complejos y muy estresantes no es realista. Asumir que la perfección individual es posible no mejorará la seguridad. Para evitar que las personas cometan errores hay que situarlas en un entorno a prueba de errores en el que los sistemas, las tareas y los procesos estén bien diseñados. Por tanto, es necesario centrarse en el sistema que permite que se produzca el daño para que haya una mejora, la cual solo puede producirse en un entorno abierto y transparente en el que prevalezca una cultura de seguridad. Se trata de una cultura en la que se concede gran importancia a las creencias, los valores y las actitudes en materia de seguridad y que es compartida por la mayoría de las personas en el lugar de trabajo. (1)

Hoy la seguridad del paciente es una preocupación universal dado que a diario se producen en los hospitales fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo. Esto demuestra que la preocupación por la ocurrencia de eventos adversos es mundial y su estudio viene de años atrás. En este sentido, el estudio denominado "To Errar is Human", expresa, que se ha roto el silencio inherente a los errores médicos y sus consecuencias. No obstante, no se busca señalar con el dedo o etiquetar a los profesionales de la salud que cuidan y que cometen errores, porque después de todo, errar es humano. (77, 78)

De esta forma, para poder llegar al estudio de los eventos adversos se requiere de la notificación de su ocurrencia. La idea es no estigmatizar a los profesionales que se ven involucrados en este tipo de hechos, ya que de esta forma solo se promoverían actitudes no deseables, como la evasión u ocultamiento de los casos.

Debemos utilizar la gestión por competencias como elemento estratégico para formar, evaluar y desarrollar a nuestros profesionales y, además, para seleccionar buenos jefes. Es evidente que la estructura jerárquica de nuestras instituciones sanitarias es mejorable. Las causas de desmotivación son las siguientes: El sentimiento de injusticia (real o no) percibida por el trabajador, la falta de reconocimiento de los méritos y esfuerzos realizados, la amonestación o la crítica delante de otros, el hacer promesas y no cumplirlas, la falta de interés del jefe por sus colaboradores, la dirección caprichosa, el esquivar la responsabilidad en los momentos delicados, el mal humor, el descontrol y la irritación infundada del jefe, el incumplimiento por parte del jefe de lo que exige a sus colaboradores. Se observa que la mayor parte de las causas de desmotivación tienen que ver con la actitud, el comportamiento o la forma de ser del jefe. Una organización no puede ser eficiente si no tiene buenos jefes, entendiendo por jefes a todas aquellas personas que dirigen personas, con independencia del nivel que tengan en la organización. (79)

### **2.3.3.1 EVENTO ADVERSO**

Es pertinente, ahora, establecer la caracterización del evento adverso entendiéndolo como un acontecimiento, suceso, accidente, efecto u ocurrencia adversa; o cualquier lesión no intencional causada por el manejo médico que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente. (76)

En ese sentido, es oportuno distinguir entre un evento reportable y una complicación. El primero se considera como el daño no intencional al paciente causado por el proceso asistencial que se consideran prevenibles o no, mientras que el segundo, consiste en un acontecimiento ligado a factores intrínsecos del paciente. A partir, de lo dicho es factible diferenciar los eventos adversos de acuerdo con criterios que corresponden a su naturaleza, severidad o condición de prevenibles, origen, entre otros, sin que sea una clasificación estricta. En la dirección anotada, encontramos eventos según la causa básica u origen del evento,

la severidad, la discapacidad restante, su origen, momento de aparición, naturaleza quirúrgica o no, relación con medicamentos y tipos de medicamentos, operatorios o no operatorios, edad, periodo previo a hospitalización, durante o post. (80)

De otra parte, según su severidad, será severo y no severo; definiéndose el primero como aquél que produce la muerte o deja una incapacidad mayor a seis meses. También, se halla la distinción conforme el efecto del evento adverso en grave (produce la muerte o incapacidad residual alta), moderado (prolonga la hospitalización un día) y leve (ocasiona lesión sin prolongación hospitalaria). (3)

Otro criterio de diferenciación es de acuerdo a la prevención del evento adverso. Así se describe el prevenible, cuyo resultado no deseado se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponible en un momento determinado. Y está el no prevenible, cuyo resultado no deseado se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponible en un momento determinado. (81)

Dentro de las formas de prevenir los errores en la práctica clínica, está una serie de recomendaciones dirigidas a los funcionarios y también a los empleados, entre ellas se encuentran: evitar confiar en la memoria y en la vigilancia, simplificar y estandarizar los procesos, identificar las funciones, protocolos y listas de chequeo, mejorar el acceso a la información. (82)

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos: Los servicios que incluyan dentro de sus actividades administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los 10 correctos desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos.

1. Usuario correcto
2. Medicamento correcto
3. Dosis correcta

4. Hora correcta
5. Vía correcta
6. Verificar fecha de vencimiento del medicamento
7. Educar e informar al paciente sobre el medicamento
8. registrar el medicamento aplicado
9. Indagar sobre posibles alergias y estar enterados de posibles alteraciones
10. Preparar, administrar y registrar usted mismo el medicamento. No administre un medicamento que usted no haya preparado. (83)

Cuando se produce un evento adverso surge una cascada de víctimas. Ha de entenderse como víctima a quien sufre la adversidad en un determinado entorno bio-socio cultural. Ahora bien, cuando se produce un evento adverso se pueden generar, en principio, tres víctimas: el paciente, el profesional de la medicina y las familias de ambos, que en el caso del médico pueden extenderse a la institución en la que labora, y por último el entorno social. (3)

En el caso del paciente, que suele ser la primera víctima del evento adverso, si sobrevive a éste, deberán tenerse en cuenta factores como su personalidad, la familia que, eventualmente, lo apoya y el entorno social en el que se desenvuelve. Pues todos ellos pueden agravar su situación o darle una transición hacia la superación del evento adverso, lo cual, por supuesto, debe ser considerado por el médico en el diseño del tratamiento posterior al evento.

En relación con el médico, esos mismos factores pueden impactar su situación, si como consecuencia del evento adverso adquiere una patología.

Ahora bien, la tercera categoría de víctimas tiene como ramificaciones a las familias del paciente y del médico, que verán y sentirán afectaciones de tipo psicológico y de angustia por los padecimientos de sus seres queridos. Pero, no ha de olvidarse que tanto la Institución en la que labora el médico, que se verá privada, muy posiblemente, de los servicios profesionales del médico y la sociedad, como tal, que

sentirá como un profesional estimado y valorado socialmente, reducirá o eventualmente, no podrá seguir prestando un servicio en beneficio de la comunidad. (84)

Los motores de búsqueda de jurisprudencia, en Colombia, no arrojaron algún caso directamente relacionado con evento adverso por identificación de paciente, sin embargo, hubo dos casos que tuvieron alguna notoriedad en los medios de comunicación y con base en los cuales los afectados anunciaron que interpondrían las acciones judiciales pertinentes. Si bien, los casos no se generan por un evento de identificación propiamente dicho, si existen errores protuberantes en la determinación del órgano a intervenir, lo que supone que no hubo la debida diligencia para identificar con claridad la ubicación de la patología del paciente. (85)

Por otra parte, acudiendo a los estudios médicos sobre el tópico que ocupa la atención de este discernimiento, se encuentran dos casos de errónea identificación de pacientes. (86)

El primer evento, se trató de una ginecóloga que removió los ovarios de una paciente equivocada luego de haber obtenido su consentimiento informado solo para hacer una histerectomía vaginal. La ginecóloga atendió a dos pacientes con el mismo apellido, siendo programadas para las respectivas cirugías, una para la histerectomía y la otra para la remoción de ovarios. El día de la cirugía, a pesar de haber sido advertida por la enfermera de qué tipo de cirugía se debía practicar, la ginecóloga tratante, confiando en su memoria, consideró que el procedimiento indicado para la paciente concernida era la remoción de ovarios y así se realizó. Después, cuando verificó la documentación, se percató del error, asumiendo su responsabilidad. (34)

El segundo evento, se dio en un centro de cirugía ambulatoria cuando un anestesiólogo verificó la identidad de una paciente observando la pulsera que portaba. De tal suerte, que alertó a la enfermera que se trataba de una paciente

equivocada. Al revisar los antecedentes, se constató que la enfermera había llevado al quirófano a la paciente que tenía el turno siguiente para una cirugía, y el error consistió en que la enfermera le leyó a la paciente el nombre y el procedimiento a realizar, a lo cual, dicha paciente, asintió; en vez de preguntarle a ella su nombre y qué cirugía se le iba a practicar, con lo cual hubiese determinado la información de manera correcta. (86)

### **3. CONSIDERACIONES FINALES**

Dentro de las nueve soluciones para la seguridad del paciente que plantea la organización mundial de la salud (OMS), se encuentra la identificación del paciente, con el objetivo de reducir los daños relacionados con la atención en salud de todos los usuarios.

Respecto a lo anterior nos damos cuenta que es de suma importancia la estandarización de los procesos de atención en la organización, para la seguridad del paciente durante su estancia se pueden utilizar como primera medida las bandas de identificación del paciente, siendo está una de las formas más importantes para reducir los riesgos de la atención.

Hoy en día, la Seguridad del paciente en Colombia ha tenido un incremento en las instituciones de salud, desarrollando muchas capacitaciones para el personal de salud y evitando efectos adversos en los pacientes, conforme los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente en la Resolución 0112 del 2012 del Ministerio de



Salud y Protección Social. Solucionar este problema que se ha hecho de interés en salud pública, es considerado una meta para todas las entidades que trabajan en el tema de la seguridad del paciente.

La identificación inadecuada de los pacientes en los procesos asistenciales está determinada como la causa fundamental de muchos errores en el desarrollo de la atención del paciente en las instituciones de salud, y debe considerar fallas como captura incompleta de datos, ausencia de identificación en los pacientes con urgencia vital, manillas con información incorrecta, similitud de nombres y datos inexactos, traslados del paciente con inadecuado proceso de identificación, ausencia de manillas, inexistencia de protocolos estandarizados, procedimientos del lugar equivocados, errores de medicación, los errores de transfusión y los errores de las pruebas de diagnóstico.

Entre las causas encontradas que pueden generar errores en la identificación de los pacientes están: falta de documentación de identidad al ingreso del paciente; procesos de captura de datos incompletos, de mala calidad o errados; identificación de los pacientes por medio de datos diferentes a los personales (ej. número de la habitación, enfermedad); ausencia de manillas de identificación; no verificación de datos del paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos; inexistencia o falla en el seguimiento de estándares de identificación correcta por parte del personal asistencial.

Desde el punto de vista de los factores que favorecen errores en la identificación de pacientes, se puede afirmar que si bien existen varios, como por ejemplo los genéticos, la falta de ejercicio, insuficiencia de talla o peso, los estudios indican que debe centrarse la atención en un factor importante que es la condición humana, es decir, la personalidad o temperamento del paciente pero, igualmente debe hacer el examen de este factor en relación con los trabajadores de las instituciones de salud. Esa confluencia, marca un hito antropocéntrico de la gestión del riesgo, que debe incluirse como elemento de análisis en los planes de acción y programas de gestión

para mejorar competencias del personal médico-asistencial y su interacción con los pacientes.

Un elemento a tener en cuenta, como elemento de gestión empresarial y de calidad en la gestión del riesgo, es que las instituciones de salud deben determinar el contexto de las partes interesadas en los procesos de prestación del servicio, teniendo como objetivo prevalente al cliente, que para el caso viene a ser el paciente. La calidad del servicio se expresa en una eficiente y eficaz política de administración del riesgo, con el fin de prevenir los eventos adversos. Al respecto, se deben dejar las evidencias documentales de la trazabilidad de la gestión, para determinar responsabilidades, si hubiere lugar a ello.

Cobra especial importancia la estructuración de la política de seguridad del paciente, la cual tiene componentes técnicos y científicos para determinar el origen de los eventuales errores, y en ello juega papel importante la consideración de concebir la prestación del servicio, como uno de los elementos del sistema de salud, inscrito dentro del engranaje de procesos que permitan optimizar la calidad del servicio que se brinde.

Las organizaciones deben tener presente la normatividad vigente, a la que se ha hecho alusión en este estudio, con el fin de acogerse a las políticas que el Estado diseña para cumplir con los fines constitucionales de la prestación del servicio de salud a los ciudadanos, a través de la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, que apuntan a generar la seguridad de los pacientes como uno de los fines del sistema de salud. No se olvida, que dichos fines son impulsado por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud.

En este estudio se ha determinado la existencia de errores en la identificación de pacientes, a partir de investigaciones en diversas entidades de salud, que fueron referenciadas.

#### **4. CONCLUSIONES**

Para lograr una correcta identificación de los pacientes durante la prestación de los servicios en la atención en salud, es necesario la promoción de herramientas que contribuyan a ello, por eso el uso de manilla de los pacientes, es una estrategia que está tomando fuerza durante la atención en salud, siendo considerada el elemento más adecuado de identificación de pacientes, en los que las características principales deben ser: nombre apellido e identificación, si está en hospitalización el número de cama y sala para ser más específicos; asimismo, insistir al personal de atención sobre la responsabilidad de realizar de manera oportuna y verás la identificación del usuario, cada vez y cada persona que tenga contacto o se tenga contacto con el paciente, para minimizar fallas en la atención.

Se han descrito varios resultados investigativos de este tema en instituciones de salud a nivel nacional e internacional, proporcionando información vital y necesaria para los distintos planes de intervención sanitaria, incidiendo en la práctica eficaz de los profesionales de la salud, y, por ende, en la disminución de eventos adversos en la identificación de pacientes.

La mitigación o minimización de la ocurrencia de eventos adversos es de importancia que en el interior de cada institución prestadora se encuentre definida de forma clara y concisa, cada una de las funciones y responsabilidades que cada trabajador y alta dirección deben cumplir como prioridad, con el fin de generar un sistema de calidad donde los procesos que se desarrollen durante la prestación en salud sea optima, efectiva, eficaz y eficiente.

Continuando con lo anterior, es necesario que la institución en el caso de la identificación correcta del paciente, implemente la utilización de documentación que permita tener la trazabilidad del servicio que tenga relación con dicho proceso, por lo que es esencial establecer un protocolo para la correcta identificación de los pacientes; la elaboración de un plan de acción preventivo; la elaboración de metodologías científicamente aprobadas que contengan prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establecer utilización mínima obligatoria de dos identificadores.

## **5. RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta los resultados del análisis y las conclusiones de este trabajo de investigación, la unidad investigativa presenta las siguientes recomendaciones:

A la Universidad de Córdoba se le recomienda abrir nuevos espacios y temas de investigación en el área de seguridad del paciente de tipo cuantitativo y cualitativo, donde los estudiantes puedan innovar y proponer en los procesos de investigación, siendo estos apoyados por los docentes y directivas en mejora de los procesos educativos.

A los docentes, utilizar nuevas herramientas de motivación para la investigación por parte de los estudiantes.

Con respecto, a los estudiantes de Auditoria de la Calidad en Salud se recomienda diseñar programas de auditoría que fortalezcan cada uno de los procesos prioritarios que las instituciones prestadoras en salud deben cumplir y hacer partícipes como miembros principales su talento humano, sin excepción.

Así mismo, se recomienda a las instituciones prestadores de salud realizar un filtrado de manera exhaustivo en el proceso de identificación correcta de los pacientes, que haya compromiso por parte de los entes involucrados, desde la parte administrativa hasta la asistencial para facilitar la adherencia al proceso y la mejora de la calidad y seguridad del paciente y así, minimizar y/o mitigar ocurrencias de eventos adversos.

Del mismo modo, se sugiere que las entidades promotoras de salud realicen seguimiento de los procesos de forma concurrente a las instituciones prestadoras para velar que están cumpliendo con la normativa vigente.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Disponible desde [www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/patientsafety](http://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/patientsafety).
2. Revelo AM, Caicedo J, Ortega VH. Protocolo Identificación de Pacientes. Identificación de riesgos del Hospital Civil de Ipiales. Disponible desde: [www.hospitalcivilese.gov.co/site/images/seguridadpac/seguridad%20de%20Pacientes%20HCl.pdf](http://www.hospitalcivilese.gov.co/site/images/seguridadpac/seguridad%20de%20Pacientes%20HCl.pdf)
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Paquetes Instruccionales Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”. Seguridad Del Paciente Y La Atención Segura. Versión 2.0. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
4. Cuadrado-Cenzual M.A., García Briñón M., De Gracia Hills Y. Errores en la identificación del paciente y en muestras biológicas en el proceso analítico. Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5257503>.

5. Moya Sáenz, Olga Lucia (2018). La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido?. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 17(34). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20\(2018-I\)/54555308008/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-34%20(2018-I)/54555308008/)
  
6. Organización Mundial de la salud. Seguridad del paciente: Temas de salud de la Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
  
7. Alzate Pareja C. *et al.* Diseño del Modelo de Seguridad del Paciente en una ESE de Primer Nivel del Suroeste Antioqueño. Universidad de Cess. Facultad de Medicina. 2016. Disponible en: [https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/661/2/Diseno\\_modelo\\_seguridad\\_%20paciente.pdf](https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/661/2/Diseno_modelo_seguridad_%20paciente.pdf)
  
8. Domínguez Ríos, V., & López Santillán, M. (2019). Teoría General de Sistemas, un enfoque práctico. Tecnociencia Chihuahua, 10(3), 125-132. Recuperado a partir de <https://148.229.0.27/index.php/tecnociencia/article/view/174>
  
9. Betancourt O, Valle J. - Enfoques Ecosistémicos en Salud y Ambiente. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Ana\\_RiviereCinnamond/publication/304676277\\_Salud\\_humana\\_en\\_America\\_Latina\\_y\\_el\\_Caribe\\_analisis\\_desde\\_una\\_perspectiva\\_ecosistemica/links/5776d5f008ae4645d60d813a/Salud-humana-en-America-Latina-y-el-Caribe-analisis-desde-una-perspectiva-ecosistemica.pdf#page=66](https://www.researchgate.net/profile/Ana_RiviereCinnamond/publication/304676277_Salud_humana_en_America_Latina_y_el_Caribe_analisis_desde_una_perspectiva_ecosistemica/links/5776d5f008ae4645d60d813a/Salud-humana-en-America-Latina-y-el-Caribe-analisis-desde-una-perspectiva-ecosistemica.pdf#page=66)
  
10. Peralta E. Teoría general de los sistemas aplicada a modelos de gestión. Vol.7, Nº.1, 2016, Pág. 122-145.2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6832738>

11. Estévez Torres Z E. Evaluación del grado de aplicación de la teoría de sistemas en empresas seleccionadas que aplican el perfeccionamiento empresarial. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/332240730\\_sistemas](https://www.researchgate.net/publication/332240730_sistemas)
12. Mallar, M.A. La Gestión por Procesos: Un Enfoque de Gestión Eficiente, Revista Científica “Visión de Futuro” Vol.13, Núm.1. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3579/357935475004.pdf>
13. Zamora Mauro H. Teoría de la Gestión por Procesos: Un Análisis del Centro de Fórmulas Lácteas Infantiles del Hospital Sor María Ludovica de La Plata. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/61203>
14. Cantón Mayo, I. Introducción a los Procesos de Calidad REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, Vol. 8, Núm. 5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55119084001>
15. Cadena Castro, N., Díaz Arias, L. C. Etapa documental del proceso de ajuste de la norma NTC ISO 9001:2008 a los servicios de la clínica de Optometría de la Universidad de La Salle. Disponible en: <https://ciencia.lasalle.edu.co/optometria/51>
16. Cruzado Herrera I, Moreno Rodríguez G. Monografía: Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad en Salud Integrador de las Normas: NTCGP 1000, SOGCS e IWA 1. Disponible en: <https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/2102/Cruzadoingrid2012.pdf;jsessionid=EB234D293CC31412DE7ACB6A4D3EF195?sequence=3>
17. Cantón Mayo I., Vázquez Fernández J.L. Los Procesos en Gestión de Calidad. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, Vol.8, Núm. 5. Disponible en: [http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/1535/2010\\_Cant%C](http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/1535/2010_Cant%C)

[3%B3n\\_Los%20procesos%20en%20gesti%C3%B3n%20de%20calidad.%20Un%20ejemplo%20en%20un%20centro%20educativo.pdf?sequence=1](#)

18. Cardozo S., Zulma J., Martínez M., Trujillo Ochoa L.A. El papel del auditor de salud en Colombia como gestor de la Calidad y la seguridad del paciente. Disponible en: <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/14733>

19 Rodríguez Ibagué L.F., Sánchez Medina A.F., Zamora Restrepo P.A., Araya Veliz L.A. Análisis comparado de los procesos de calidad en fisioterapia/kinesiología de Colombia y Chile. Revista Ciencias de la Salud, Vol.13, Núm.2. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56238625004>

20. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud. [Decreto 1011 de 2006](#). Consultado el 9 de Junio de 2020.

21. Medina Ruiz, L Z et al. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) en su componente “Sistema Único de Acreditación en Colombia”. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/21020>

22. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. Colombia. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf)

23. Rocco C., Garrido G. Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. Volumen 28, Issue 5, 2017, Pages 785-795. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268?via%3Dihub>



24. Ocampo-Rodríguez, M. V., et al. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12010/9400>.
25. Bernal O, Barbosa S. La Nueva Reforma a la Salud en Colombia: El Derecho, El Aseguramiento y El Sistema de Salud. *Salud publica mex.* 2015;57(5):433-440. [https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=.+Bernal+O%2C+Barbosa+S.++La+Nueva+Reforma+a+la+Salud+en+Colombia%3A+El+Derecho%2C+El+Aseguramiento+y+El+Sistema+de+Salud.+Salud+publica+mex.+2015%3B57%285%29%3A433-440.&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=.+Bernal+O%2C+Barbosa+S.++La+Nueva+Reforma+a+la+Salud+en+Colombia%3A+El+Derecho%2C+El+Aseguramiento+y+El+Sistema+de+Salud.+Salud+publica+mex.+2015%3B57%285%29%3A433-440.&btnG=)
26. Guerrero R, Gallego A II, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex* 2011;53 (supl 2):144-155. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/es>
27. Sojo, A. Condiciones Para el Acceso Universal a la Salud en América Latina: Derechos Sociales, Protección social y Restricciones Financieras y Políticas. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600002>
28. Vignolo, J, Vacarezza, M, et al. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Disponible en [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es).
29. Esteban-Pérez, M; Grau, Inmaculada Concepción et al. Complejidad Asistencial en la Atención al final de la vida: Criterios y Niveles de Intervención en Atención Comunitaria de Salud. Disponible en: <10.1016/j.medipa.2013.03.007>
30. Lemus Alcántara S., Hamui Sutton A. et al. Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Revista Conamed* Vol. 22

Núm. 2, 2017 Artículo de Opinión Folio: 418 /2017. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con172h.pdf>

31. Real Academia Española. Disponible en: <https://dle.rae.es/>

32. Diana Duma C F. Percepción de las/os enfermeras/os sobre la identificación inequívoca del paciente, previa a la administración de medicación. Disponible en: [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150346/Diana\\_Duma\\_CarinaFrancisca.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150346/Diana_Duma_CarinaFrancisca.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

33. Joint Commission. 2011. National Patient Safety. Disponible en Internet: [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

34. Vitolo F., Identificación de pacientes. Noble Compañía de Seguros. Biblioteca Virtual NOBLE. Diciembre, 2011. Disponible en: [http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS\\_NOBLE/68.pdf](http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/68.pdf)

35. Bernabe Ascencio, M. L., Nivel de conocimiento y aplicación de la medida de Identificación Correcta del Paciente por la enfermera en los servicios quirúrgicos, H.N.G.A.I.-ESSALUD 2017. Repositorio Institucional Universidad Autonoma De Ica, Facultad De Ciencias De La Salud, Enfermería. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/336>

36 Considine J. and Currey J., Ensuring a proactive, evidence-based, patient safety approach to patient assessment, Journal of Clinical Nursing, 24, 1-2, (300-307),(2014)

[https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Considine++J.+and++Currey+J.%2C+Ensuring+a+proactive%2C+evidence%E2%80%90based%2C+patient+safety+approach+to+patient+assessment%2C+Journal+of+Clinical+Nursing%2C+24%2C+1-2%2C+%28300-307%29%2C+%282014%29&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Considine++J.+and++Currey+J.%2C+Ensuring+a+proactive%2C+evidence%E2%80%90based%2C+patient+safety+approach+to+patient+assessment%2C+Journal+of+Clinical+Nursing%2C+24%2C+1-2%2C+%28300-307%29%2C+%282014%29&btnG=)

37 Álvarez López C., Ortega Madueño I. et al. La Seguridad del Paciente en el Laboratorio Clínico. Implantación de un Protocolo de Identificación Inequívoca de Paciente. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888400811001255>

38. Peate I., Care Certificate Standard 11: safeguarding children; and 12: basic life support, British Journal of Healthcare Assistants, 10, 4, (194), (2016).

[https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Peate+I.%2C+Care+Certificate+Standard+11%3A+safeguarding+children%3B+and+12%3A+basic+life+support%2C+British+Journal+of+Healthcare+Assistants%2C+10%2C+4%2C+%28194%29%2C+%282016%29.&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Peate+I.%2C+Care+Certificate+Standard+11%3A+safeguarding+children%3B+and+12%3A+basic+life+support%2C+British+Journal+of+Healthcare+Assistants%2C+10%2C+4%2C+%28194%29%2C+%282016%29.&btnG=)

39. Sterner A., Ramstrand N. et al. Novice nurses' perceptions of acute situations – A phenomenographic study, International Emergency Nursing, (2017).

[https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Sterner+A.%2C+Ramstrand+N.+et+al.+Novice+nurses%27+perceptions+of+acute+situations+%E2%80%99+A+phenomenographic+study%2C+International+Emergency+Nursing%2C+%282017%29.&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Sterner+A.%2C+Ramstrand+N.+et+al.+Novice+nurses%27+perceptions+of+acute+situations+%E2%80%99+A+phenomenographic+study%2C+International+Emergency+Nursing%2C+%282017%29.&btnG=)

40. Fabiani D., Benitez S. et al., Implementación de pulseras de identificación unívoca de pacientes: el primer paso hacia el Barcoding. Infolac, Guadalajara, 2011.

Disponible en:

[https://www.researchgate.net/profile/Fernan\\_Quiros/publication/267950158\\_Implementacion\\_de\\_pulseras\\_de\\_identificacion\\_univoca\\_de\\_pacientes\\_el\\_primer\\_paso\\_hacia\\_el\\_Barcoding/links/54b64fd10cf2bd04be31fa76/Implementacion-de-pulseras-de-identificacion-univoca-de-pacientes-el-primer-paso-hacia-el-Barcoding.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fernan_Quiros/publication/267950158_Implementacion_de_pulseras_de_identificacion_univoca_de_pacientes_el_primer_paso_hacia_el_Barcoding/links/54b64fd10cf2bd04be31fa76/Implementacion-de-pulseras-de-identificacion-univoca-de-pacientes-el-primer-paso-hacia-el-Barcoding.pdf)

41. Coelho F. Significado de Investigación Artículo. Disponible

en: <https://www.significados.com/investigacion/>

42. Contreras Aranda S. Metodología de la Investigación Científica y Sistemática para la Toma de Decisiones (Cap.1, Num.1.4). Disponible en: <https://cristiancastrop.files.wordpress.com/2013/04/metodologc3ada-de-la-investigac3b3n-cientc3adfica-y-sistc3a9mica.pdf>.

43. Toledo Ocampo E. La Importancia de la investigación de salud. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco México. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48727474001.pdf>

44. Soto Álvarez J. Investigación de Resultados en Salud Artículo PM Farma México. Disponible desde: <http://www.pmfarma.com.mx/articulos/223-investigacion-de-resultados-en-salud.html#:~:text=La%20investigaci%C3%B3n%20de%20resultados%20en,%2C%20productos%20sanitarios%2C%20etc>

45. Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en Seguridad del Paciente. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)

46. Ministerio de Salud Colombia. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015 (Cap.6, Num.6.3). Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>.

47. Meijome Sánchez X. Errores de identificación de pacientes: 2011. Artículo de Editorial Elsevier Doyma, Revista Enfermería Clínica. Disponible en: [https://www.academia.edu/8029337/Errores\\_de\\_identificaci%C3%B3n\\_de\\_pacientes](https://www.academia.edu/8029337/Errores_de_identificaci%C3%B3n_de_pacientes)

48. Meijome Sánchez X., Aránzazu González C. Error en la identificación del paciente según su estado cognitivo: comparación entre pregunta abierta y pregunta cerrada: 2017. Revista Tiempos de Enfermería y Salud de la Asociación Española de Enfermería y Salud. Disponible en: [https://www.academia.edu/35346450/Error en la identificaci%C3%B3n del paciente seg%C3%BA\\_n su estado cognitivo comparaci%C3%B3n entre pregunta abierta y pregunta cerrada](https://www.academia.edu/35346450/Error_en_la_identificaci%C3%B3n_del_paciente_seg%C3%BA_n_su_estado_cognitivo_comparaci%C3%B3n_entre_pregunta_abierta_y_pregunta_cerrada)

49. Cuadrado-Cenzual M., García Briñón M., De Gracia Hills Y. Errores en la identificación del paciente y en muestras biológicas en el proceso analítico: 2015. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5257503>

50. Rondón P. Leydy A. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales: 2018. Proceso: Gestión de Calidad y Mejora Continua de la Clínica Girón E.S.E. Disponible en: [https://eseclinicagiron.micolombiadigital.gov.co/sites/eseclinicagiron/content/files/000293/14604\\_proto-asegurar-la-correcta-identificacion-del-paciente-en-los-procesos-asistenciales.pdf](https://eseclinicagiron.micolombiadigital.gov.co/sites/eseclinicagiron/content/files/000293/14604_proto-asegurar-la-correcta-identificacion-del-paciente-en-los-procesos-asistenciales.pdf)

51. Actualícese Revista Web. Institución de salud: ¿Qué es? Disponible en: <https://actualicese.com/institucion-de-salud-que-es/>.

52. Prada-Ríos S., Pérez-Castaño A., Rivera-Triviño A. Clasificación de instituciones prestadoras de servicios de salud. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00051.pdf>.

53. SUPERSALUD. Abecé Circular Externa 018. Grupos de Clasificación de Instituciones. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MemoriasEventos/ABECE%20circular%20externa%20018%20de%202015.pdf>.

54. Valle Muñoz A, Hospital Marina Salud. Denia. Alicante  
<https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/falta-ejercicio-sedentarismo.html>

55. Montaña Sinisterra, M; Palacios Cruz, J; Gantiva, C. Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 3, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 81-107  
[https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Monta%C3%B1o+Sinisterra%2C+M%3B+Palacios+Cruz%2C+J%3B+Gantiva%2C+C.+Teor%C3%ADas+de+la+personalidad.+Un+an%C3%A1lisis+hist%C3%B3rico+del+concepto+y+su+medici%C3%B3n+Psychologia.+Avances+de+la+disciplina%2C+vol.+3%2C+n%C3%BAm.+2%2C+julio-diciembre%2C+2009%2C+pp.+81-&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Monta%C3%B1o+Sinisterra%2C+M%3B+Palacios+Cruz%2C+J%3B+Gantiva%2C+C.+Teor%C3%ADas+de+la+personalidad.+Un+an%C3%A1lisis+hist%C3%B3rico+del+concepto+y+su+medici%C3%B3n+Psychologia.+Avances+de+la+disciplina%2C+vol.+3%2C+n%C3%BAm.+2%2C+julio-diciembre%2C+2009%2C+pp.+81-&btnG=)

56. Monise C. Modelo del queso suizo para el análisis de riesgos y fallas 3 septiembre 2019. <https://blogdelacalidad.com/modelo-de-queso-suizo-para-el-analisis-de-riesgos-y-fallas/>

57. Desde la cabina de vuelo. Disponible en:  
<https://desdelacabinadevuelo.com/2018/08/30/la-cultura-justa-en-aviacion-aprender-de-los-errores/>

58. Tamayo Ortiz D, Cavalli, Gòmez L. Recomendaciones para fortalecer la cultura organizacional en seguridad y salud en el trabajo a partir de una búsqueda bibliográfica en el periodo 2000 -2015 Grupo de investigación observatorio de la salud pública línea salud ocupacional y ambiental. Facultad de medicina. Universidad Cess. Mayo/2017. Disponible en:  
[https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2815/1/Recomendaciones\\_Fortalece\\_r\\_Cultura\\_Organizacional.pdf](https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2815/1/Recomendaciones_Fortalece_r_Cultura_Organizacional.pdf)

59. Almanza Calderin D Sánchez Riquett L, 2020, Impacto de la Infraestructura de las Instituciones de Salud en la Seguridad del Paciente, disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/3016/Almanzacaldierindarly-Sanchezriquettllorena.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

60. Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. Recuperado en 02 de enero de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es).

61. Cruz Robazzil ML; Chaves Mauro MY; Marchi Barcellos RDC; Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista cubana de enfermería* versión impresa ISSN 0864-0319versión On-line ISSN 1561-2961 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0864-0319&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0864-0319&lng=es&nrm=iso)

62. Aldrete Rodríguez M G. Navarro Meza C. González Baltazar R. Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-24492015000100007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000100007)

63. Ministerio de la protección Social. Colombia. Primera Encuesta Nacional de condiciones de salud y trabajo en el sistema general de riesgos profesionales. 2007. [https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0,5&as\\_ylo=2021&q=Ministerio+de+laprotecci%C3%B3n+Social.+Colombia.+Primera+Encuesta+Nacional+de+condiciones+de+salud+y+trabajo+en+el+sistema+general+de+riesgos+profesionales.+2007](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2021&q=Ministerio+de+laprotecci%C3%B3n+Social.+Colombia.+Primera+Encuesta+Nacional+de+condiciones+de+salud+y+trabajo+en+el+sistema+general+de+riesgos+profesionales.+2007)

64. Gómez Bustamante E., Rodríguez Méndez A.S, Ordosgoitia Montero K.J., Rojas López M.C., Severiche Sierra C.A., Riesgos psicosociales en personal de asistencia

de una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena de Indias en 2016, Pág. 79.  
Disponible en:

<https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/nova/article/view/1960/2181>

65. Díaz Morelo M J., Vásconez Mestra Y.P., Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la empresa social del estado camu del Prado, de Cereté Córdoba-2019. Disponible en:

<https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/2925/Informe%20michael%20diaz-%20yoseli%20vazconez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

66. Aranz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Mira Solves J.JGestión sanitaria: Calidad y seguridad de los pacientes. Disponible en:

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=kjWBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA241&dq=La+existencia+del+programa+de+gesti%C3%B3n+de+riesgos+sanitarios+pu+ede+proporcionar+beneficios+para+todos+los+involucrados+en+la+atenci%C3%B3n+a+la+salud:+%E2%80%A2%09Los+pacientes,+a+quienes+aporta+una+mayor+seguridad+en+la+atenci%C3%B3n+recibida.+%E2%80%A2%09Los+profesionales,+incr&ots=bK45bmJMb7&sig=AlaZvrmS6B3OisHgyYiaZzG\\_p6w#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=kjWBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA241&dq=La+existencia+del+programa+de+gesti%C3%B3n+de+riesgos+sanitarios+pu+ede+proporcionar+beneficios+para+todos+los+involucrados+en+la+atenci%C3%B3n+a+la+salud:+%E2%80%A2%09Los+pacientes,+a+quienes+aporta+una+mayor+seguridad+en+la+atenci%C3%B3n+recibida.+%E2%80%A2%09Los+profesionales,+incr&ots=bK45bmJMb7&sig=AlaZvrmS6B3OisHgyYiaZzG_p6w#v=onepage&q&f=false)

67. Urbina Laza, O. Competencias de enfermería para la seguridad del paciente. En: Revista cubana de enfermería [online], Julio-Septiembre 2011, no. 3. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n3/enf08311.pdf>

68. Dackiewicz, N. et al. Evaluación de la opinión del equipo de salud y padres sobre la identificación de los pacientes pediátricos. En: Archivos argentinos de pediatría [online], Marzo-Abril 2011, no. 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v109n2/v109n2a03.pdf>



69. Castañeda, H. et al. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. En: Ciencia y Enfermería XIX [online], Julio 2013, no. 2. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art\\_08.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art_08.pdf)

70. Ministerio de Salud y protección Social. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio. Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20correcta%20identificaci%C3%B3n%20del%20paciente%20y%20las%20muestras%20de%20laboratorio.pdf>

71. Análisis FODA: conoces realmente sus beneficios para tu empresa o marcas. Disponible en: <https://magentaig.com/analisis-foda-conoces-realmente-sus-beneficios-para-tu-empresa-o-marcas/>

72. Marketing en el Siglo XXI. 5ª Edición. Capítulo 2. Marketing estratégico. 6. Análisis DAFO/FODA/SWOT. Disponible en: <https://www.marketing-xxi.com/analisis-dafo-18.htm>

73. Aibar-Remón C., Aranaz-Andrés J., Recio Segoviano M. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Zaragoza en el marco del contrato nº 201607CM0015. Disponible en: <https://cursos.seguridadelpaciente.es/courses/cur002/05/01-contenidos.pdf>

74. Real Academia Española. Disponible en: <https://dle.rae.es/error>

75. Aguirre. Gas H., Vasquez Estupiñan F. El error humano y eventos adversos. Cirugía y Cirujanos, vol. 74, núm. 6, noviembre-diciembre, 2006, pp. 495-503. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4BnLQJqo1AMC&oi=fnd&pg=PA495&dq=Concepto+de+error&ots=G2haWzYL&sig=OK46TE8RmpIH8H13Z\\_mf1OpjX7w#v=onepage&q=Concepto%20de%20error&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4BnLQJqo1AMC&oi=fnd&pg=PA495&dq=Concepto+de+error&ots=G2haWzYL&sig=OK46TE8RmpIH8H13Z_mf1OpjX7w#v=onepage&q=Concepto%20de%20error&f=false)

76. Rodríguez L, La atención en salud no es segura. Importancia del factor humano. Disponible en: <https://es.scribd.com/presentation/482729679/La-atencion-en-salud-no-es-segura-Importancia-del-factor-humano-1>

77. Ministerio de la protección social. Colombia. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

78. Linda T. Kohn, Jnet M. Corrigan y Molla S. Donaldson. To errar is human, Building a safer Health System, Comité de Calidad del cuidado de la salud en los estados Unidos del Institute of Medicine (EE.UU); Washington (DC): National Academies Press (EE.UU.).  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225187/>

79. Calvo Sanz, P. (2015). Gestión por competencias como factor de mejora de calidad asistencial. Madrid, Spain: Ediciones Díaz de Santos.  
<https://ezproxyucor.unicordoba.edu.co:2422/es/ereader/unicordoba/62938?page=46>

80. Ministerio de la protección social. Colombia. 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”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

81. Alcaldía de Santiago de Cali, Secretaría de salud Pública municipal, seguimiento a eventos adversos.

[http://calisaludable.cali.gov.co/seg\\_social/2012\\_Seguridad\\_Paciente/Comites/2\\_comite\\_5\\_dic\\_11\\_definiciones.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/seg_social/2012_Seguridad_Paciente/Comites/2_comite_5_dic_11_definiciones.pdf)

82. Ministerio de Salud y Protección Social. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. Paquetes instruccionales. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/SEGURIDAD%20MEDICAMENTOS.pdf>

83. Chasillacta Amores, FB. Aimacaña Guayta EJ. Aplicación de los 10 correctos en la administración de medicación por parte del personal de enfermería en el hospital provincial general docente Ambato. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/browse?type=author&value=Chasillacta+Amores%2C+Fabiola++Beatriz+Lic.+Mg.>

84. Mella Laborde M. Análisis de la cultura institucional entre los profesionales sanitarios y no sanitarios en un hospital universitario. Universidad Miguel Hernández. Departamento de Patología y cirugía. Alicante 2017  
[https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Mella+Laborde+M.+An%C3%A1lisis+de+la+cultura+institucional+entre+los+profesionales+sanitarios+y+no+sanitarios+en+un+hospital+universitario.+Universidad+Miguel+Hern%C3%A1ndez.+Departamento+de+Patolog%C3%ADa+y+cirug%C3%ADa.+Alicante+2017&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Mella+Laborde+M.+An%C3%A1lisis+de+la+cultura+institucional+entre+los+profesionales+sanitarios+y+no+sanitarios+en+un+hospital+universitario.+Universidad+Miguel+Hern%C3%A1ndez.+Departamento+de+Patolog%C3%ADa+y+cirug%C3%ADa.+Alicante+2017&btnG=)

85. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. Versión 2.0. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf>

86. Parra S, Darío. (2013). La obligación de informar al paciente: Cuestiones sobre el derecho a ser informado. *Revista médica de Chile*, 141(12), 1578-1583. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200012>

87. Mustelier Duanes, Y. (2018). Intervenciones de enfermería en pacientes con cirugía ambulatoria de enfermedades anorectales. *Revista Cubana De Enfermería*, 34(1). Recuperado <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1463/340>