



UNIVERSIDAD  
**EL BOSQUE**

**GESTIÓN DE RIESGO EN UN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN UNA  
INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN  
LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

**ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**PRESENTADO POR  
MARIA PAULA URREGO HERRERA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**2021**



UNIVERSIDAD  
**EL BOSQUE**

**GESTIÓN DE RIESGO EN UN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN UNA  
INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD  
DE BOGOTÁ**

**PRESENTADO POR  
MARIA PAULA URREGO HERRERA**

**DOCENTE  
MARIA ZORAIDA ROJAS MARIN**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**2021**



## AGRADECIMIENTOS

Principalmente quiero agradecer a Dios por darme la fortaleza y no dejarme desfallecer en los momentos que más sentía que no iba a ser capaz de llevar a cabo mi trabajo de grado.

Doy gracias a la profesora Maria Zoraida Rojas quien fue la impulsó en momentos de adversidad en la realización de este trabajo y además me guio en cada paso para cumplir mi objetivo final.

De manera especial dedico este logro más a la memoria de Sonia Herrera Osorio, pues gracias a ella, a su tenacidad y amor de madre he cumplido cada meta que me he propuesto. A mi padre que en todo momento estuvo para mí apoyándome y dándome una voz de aliento para culminar este proyecto. Gracias a mi familia que me brindo su apoyo y motivación en todo momento.



## TABLA DE CONTENIDO

Glosario .....	5
Introducción.....	7
Planteamiento del problema .....	8
Plataforma institucional.....	11
Contexto institucional.....	11
Plataforma estratégica.....	11
Políticas institucionales .....	12
Política de seguridad del paciente .....	12
Portafolio de servicios .....	12
Diagnóstico situacional -árbol de problemas.....	13
Justificación .....	15
Objetivos.....	16
Marco de referencia .....	17
Seguridad del paciente.....	17
Eventos adversos .....	18
Gestión del riesgo .....	19
Metodología amfe.....	20
Metodología.....	22
Marco lógico - indicadores .....	24
Cronograma .....	25
Presupuesto.....	26
Bibliografía.....	28

## GLOSARIO

- ❖ **Riesgo en salud:** Conjunto de acciones que van dirigidas a una población caracterizada, con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado o negativo para la salud de la persona, que a su vez puede empeorar una condición previa y/o la necesidad de que se requieran más bienes y servicios. (1)
- ❖ **Gestión del riesgo en salud:** Es una estrategia transversal de la política de atención integral en salud, que se enfatiza en la articulación de los diferentes actores en salud para identificar, evaluar, medir e intervenir desde la prevención el riesgo en salud de las personas, orientada al cumplimiento de resultados en salud y el bienestar de la población. (2)
- ❖ **AMFE:** Es una metodología cualitativa que permite relacionar de manera sistemática los posibles fallos y evaluar los efectos y el impacto que se puedan desencadenar en un proceso. (3)
- ❖ **Acciones de reducción del riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se han en procesos de atención en salud, para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas como el análisis probabilístico del riesgo o reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido. (4)
- ❖ **Seguridad del paciente:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. (4)
- ❖ **Acción Insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. (4)
- ❖ **Riesgo:** Probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. (4)
- ❖ **Incidente:** Evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. (4)
- ❖ **Evento adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser:

- **Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
  - **No Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencia (4)
- 
- ❖ **Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores. (4)
  - ❖ **Barrera de seguridad:** Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. (4)
  - ❖ **Cultura de seguridad:** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. (4)

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente según la Organización Mundial de la Salud (5) es una disciplina que surgió de la evolución de la complejidad de los servicios de salud y el aumento de los daños a los pacientes, en donde busca prevenir y reducir los riesgos y daños que sufren las personas durante la atención, todo esto basado en evidencia científica que soporte cada practica segura.

La seguridad del paciente es una dimensión clave para la calidad asistencial que se encarga de incluir actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los eventos adversos evitables, que se generan en el proceso de atención en salud. (6)

El riesgo se puede clasificar como primario que hace referencia a la probabilidad de la aparición de nueva morbilidad o como la probabilidad de que ocurran eventos derivados de las fallas en la atención en salud (1). De allí nace la necesidad de comprender el concepto de riesgo en salud, sus determinantes y mecanismos por los cuales se genera, esto se hace indispensable para poder determinar estrategias para prevenir y mitigar el riesgo. (2)

La gestión del riesgo (7) se encarga de identificar el riesgo y buscar aprovechar las oportunidades de mejora para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal, por esta razón de la importancia de la articulación de gestión del riesgo y seguridad del paciente, que mediante la identificación y análisis de los riesgos inherentes a la atención en salud, busca implementar practicas seguras y procesos para evitar que el riesgo se materialice y se convierta en un evento adverso.

Una gestión eficaz de los riesgos se basa en dos estrategias de abordaje, orientadas a la gestión reactiva que resulta de las cosas que han salido mal y de la gestión proactiva que se enfoca en desarrollar actividades preventivas para mitigar o incluso evitar la ocurrencia de riesgos. Como lo permite el análisis modal de fallos y efectos AMFE. (8)

El presente trabajo pretende implementar una estrategia (AMFE) para la gestión eficaz de riesgo en un servicio de consulta externa de una institución de primer nivel en la ciudad de Bogotá, por medio de la identificación de riesgos tanto de manera reactiva, con los eventos que ya se han presentado y analizado en la institución como de manera proactiva identificando los puntos críticos del ciclo de atención, en donde se puede materializar el riesgo identificado, se pretende realizar el AMFE de manera general como prueba piloto para posteriormente implementarlo por cada uno de los servicios, con cada uno de los líderes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Plan Decenal de Salud pública, PSDP, 2012 – 2021, adoptado por la resolución 1841 de 2013, describe el riesgo en salud como un conjunto de acciones que van dirigidas a una población caracterizada, con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado o negativo para la salud de la persona, que a su vez puede empeorar una condición previa y/o la necesidad de que se requieran más bienes y servicios (1).

El riesgo se puede clasificar como primario que hace referencia a la probabilidad de la aparición de nueva morbilidad o como la probabilidad de que ocurran eventos derivados de las fallas en la atención en salud (1). De allí nace la necesidad de comprender el concepto de riesgo en salud, sus determinantes y mecanismos por los cuales se genera, esto se hace indispensable para poder determinar estrategias para prevenir y mitigar el riesgo. (2)

La gestión integral del riesgo es una estrategia transversal de la política de atención integral en salud, que se enfatiza en la articulación de los diferentes actores en salud para identificar, evaluar, medir e intervenir desde la prevención el riesgo en salud de las personas, orientada al cumplimiento de resultados en salud y el bienestar de la población. (2)

El informe "To Err is Human: building a Safer Health System" (9), en el cual se estudian los errores médicos en Estados Unidos y se estima que hasta 98000 personas mueren en un año por errores médicos. Este estudio además afirma que el problema no es que las personas que atienden a los pacientes sean malas en el cuidado de la salud, sino que las buenas personas están trabajando en malos sistemas que necesitan ser más seguros.

El evento adverso se atribuye más a la atención en salud que a la condición propia del paciente, que incluso puede conllevar a diferentes escenarios como el deterioro en el estado de salud, lesiones tanto físicas como psicológicas, incapacidad permanente e incluso puede llegar a ocasionar la muerte, y todo esto no solo genera implicaciones al paciente y su familia sino que también afecta al profesional o profesionales directamente implicados en el evento, comprendiendo esto es indispensable realizar acciones para la gestión del riesgo en salud. (9)

La normatividad colombiana en calidad de servicios de salud está estrechamente ligada a la seguridad del paciente, basada en el Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos, conocido como Protocolo de Londres que comprende los factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica para que suceda un evento adverso, y comprende todas aquellas condiciones que predisponen una acción insegura, acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño o evento adverso. Los factores contributivos por su origen, se clasifican en paciente, ambiente, infraestructura, individuo, tarea y tecnología, siendo estos dos últimos ámbitos los de principal interés en esta revisión bibliográfica por su repercusión en auditoria de la calidad y seguridad del paciente. (7)

Es por esta razón que la gestión del riesgo y seguridad del paciente deben actuar de manera conjunta para la ejecución y el planteamiento de nuevas estrategias o barreras de seguridad, actuando así de manera proactiva en las instituciones para mejorar la salud de la población y evitar daños en el proceso de atención en salud por diferentes factores y a su vez prestar una atención de calidad como está planteado en el plan de mejoramiento continuo.

Álzate C, Posada SP, Quintero IC, Rodríguez JA evidenciaron que toda IPS debe contar con un programa de seguridad del paciente que proporcione una caja de herramientas para reducir y en lo posible eliminar eventos adversos prevenibles, para poder mejorar la calidad en la atención en salud. (10)

Desde la problemática en servicios ambulatorios y de consulta externa, las evidencias son limitadas, sin desconocer el problema real y creciente. En este contexto, en la revisión sistemática, según Villatorio en atención primaria el 96% de los casos no provocan daños graves al paciente pero si se evidencian errores administrativos y de comunicación, lo cual urge en implementar medidas que contrarresten la situación como el cambio cultural con respecto a seguridad del paciente y la implementación de prácticas seguras. (11)

Según una revisión de literatura que buscaba factores contributivos asociados a la seguridad del paciente en servicios de salud de primer nivel (12) concluye que hay un gran vacío de la información con respecto al reporte de incidentes y eventos adversos. En la revisión se lograron identificar los principales errores que se relacionan con diagnóstico errado, errores administrativos y comunicación deficiente, los cuales no representan mayor riesgo al paciente y por lo tanto se desconoce la ocurrencia del evento, no hay registros y esto conlleva a que no se implementen acciones pertinentes. Además, menciona que la seguridad del paciente tiene gran influencia en la percepción de calidad en un servicio de salud y es directamente proporcional, no solo aplica a la atención sino en todos los ámbitos como infraestructura, tecnología e individuos, esto repercute positivamente en indicadores de satisfacción al usuario.

El estudio APEAS (13) en donde se plantea que hay trabajos escasos sobre eventos adversos en atención primaria, plantea una hipótesis que al menos al 3% de los sujetos atendidos se le generan eventos adversos y que al menos el 40% de ellos pueden ser evitados. Los resultados evidenciados del estudio revelan que 96047 pacientes asistieron a una consulta de atención primaria de su centro de salud. En 452 profesionales se identificaron 2059 alertas que corresponden a 1932 consultas. La prevalencia de eventos adversos fue de 18.63%, la de incidentes fue de 7.45%. El 54.7% se consideraron eventos leves, 38% moderados y 7.3% graves. La prevención de eventos adversos en atención primaria se hace prioritaria ya que el 70% de los eventos adversos son evitables.

Un estudio en Perú de Llanos, Mayca Pérez y Navarro evalúa 4 hospitales públicos con cerca de 384 historias clínicas en el área de consulta externa, en donde se refleja la importancia de seguridad del paciente y que además determinan en parte la calidad del proceso asistencial en los servicios de prestación de servicios, en donde se encontró un fallas en los registros de la historia clínica funciones vitales (8,75%), para fecha y hora de consulta (13,7%), para firma y sello del prestador (54,7%) y llamativamente 56,6% para el examen físico. (14)

El riesgo y la seguridad del paciente no son conceptos diferentes sino situaciones de un continuo de mayor o menor grado de riesgo para el paciente. Esto genera un equilibrio dinámico en el cual si uno aumenta el otro disminuye, esto constituye una relación recíproca y de doble vía. (15)

Es evidente que la seguridad del paciente se ha enfocado más en el ámbito hospitalario en la práctica clínica que en la atención primaria en salud (APS), pero cuya predominancia se encuentra en la APS. Las normas legales vigentes en Colombia están orientadas a que las IPS ambulatorias tengan los contenidos mínimos de seguridad del paciente que están contemplados en habilitación y acreditación. (15)

Luego de percibir algunas fallas con datos cuali-cuantitativas en el servicio ambulatorio de la IPS tales como error en facturación de exámenes, fallas en la correcta identificación del paciente, fallas en los registros clínicos, preparación inadecuado o falta de preparación para exámenes diagnósticos, no pertinencia en el envío de paraclínicos, fallas en la comunicación del equipo de trabajo, para un total de 234 fallas identificadas en el primer periodo del año 2021 desde enero hasta mayo, las cuales son repetitivas a lo largo del tiempo los cuales generan reprocesos para la atención en salud, donde el paciente debe hacer trámites administrativos adicionales para la prestación del servicio, traslados adicionales de los usuarios a otras sedes, doble proceso de atención para la toma de muestras de laboratorio, reprogramación de citas.

Teniendo en cuenta lo anterior y la información proporcionada por la institución de primer nivel de la ciudad de Bogotá, en donde se actúa de manera reactiva frente a los riesgos y/o eventos adversos, nace la necesidad de plantear este proyecto de gestión en el cual se puede realizar identificación del riesgo de manera proactiva, es decir, antes de que se presente el error en el área de consulta externa, para así poder mitigar el efecto que pueda tener en la población.

## **PLATAFORMA INSTITUCIONAL**

### **CONTEXTO INSTITUCIONAL**

La institución prestadora de servicios de salud CCSF de primer nivel de atención se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá hace parte de una corporación de derecho privado sin ánimo de lucro, pertenece al sistema de subsidio familiar y al sistema de protección y seguridad social Colombiano, desde hace 64 años viene prestando servicios como caja de subsidio familiar y en el año 1962 amplió su campo de acción a la seguridad social de todos los colombianos naciendo así los servicios de salud entre otros; con un portafolio de servicios bastante amplio.

### **PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

#### **Misión**

Generar oportunidades para el cierre de brechas sociales.

#### **Visión**

Ser la empresa social de los colombianos.

#### **Objetivos institucionales:**

- ❖ Asegurar solidez financiera para la equidad
- ❖ Transparencia y gobierno corporativo
- ❖ Contar con el mejor talento humano
- ❖ Contribuir a la conservación del medio ambiente
- ❖ Generar desarrollo humano integral

#### **Valores:**

- ❖ Integridad: Coherentes con la razón de ser, actuando con rectitud, honestidad, responsabilidad y total transparencia exigiendo a todos sus colaboradores.
- ❖ Compromiso Social: Conscientes de la trascendencia que tienen los programas y servicios sociales que prestan, para una transformación positiva de las condiciones de vida de los colombianos.
- ❖ Respeto: Valorando la dignidad del ser humano y reconociendo los derechos de todos nuestros grupos de interés.
- ❖ Vocación de Servicio: Teniendo un interés genuino por satisfacer las necesidades de las poblaciones a cargo y con la mejor disposición de brindarles un servicio diferencial, impecable y con proyección social.
- ❖ Diligencia: Estar comprometidos con el logro de los objetivos y metas de Colsubsidio, haciendo las cosas bien, con interés, prontitud y efectividad.

- ❖ Sostenibilidad: Responder en equilibrio por los impactos económicos, sociales y ambientales para garantizar la perdurabilidad de la organización.
- ❖ Innovación: Transforma las ideas en productos, servicios o procesos que solucionen una necesidad de manera más efectiva que la usada tradicionalmente.

## **POLÍTICAS INSTITUCIONALES**

La institución cuenta con políticas dentro de las cuales está la política de seguridad del paciente la cual se describe a continuación.

### **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La política de seguridad del paciente busca establecer la seguridad del paciente de manera permanente, teniendo en cuenta 10 componentes esenciales.

1. El usuario es el centro de todas las acciones de seguridad del paciente y humanización.
2. Todos los colaboradores deben aplicar los principios de calidad de atención en salud.
3. Construcción de una cultura de seguridad y confianza por parte de todo el personal.
4. Seguridad del paciente somos todos.
5. Es obligación de todos alertar sobre el error.
6. El reporte se emitirá a través de una cultura justa, no punitiva que protege la confidencialidad.
7. El no reporte del error u ocultamiento es motivo de acciones disciplinarias.
8. Articulación con los programas de farmacovigilancia, tecno vigilancia, reactivo vigilancia, hemo-vigilancia, control de infecciones, biovigilancia, gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo y docencia servicio según corresponda.
9. Promover la divulgación y mejoramiento continuo del programa de seguridad del paciente.
10. Todos los acuerdos de servicio para la atención en salud que se generen deben acogerse a los direccionamientos de seguridad del paciente, humanización y experiencia de servicio.

## **PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

La IPS cuenta con 206 trabajadores y un jefe de centro médico. Es una sede con dos pisos, dividida por un centro de programas y un centro básico. Presta servicios de:

### **Centro de Programas:**

- Atención a la primera infancia.
- Atención integral a la gestante.
- Atención de enfermedades crónicas.
- Procedimientos (toma de pruebas rápidas)

### **Centro Básico:**

- Laboratorio clínico.
- Toma de citologías.

- Consultorio para atención COVID.
- Medicina General.
- Odontología.
- Procedimientos menores.
- Especialidades (ortopedia, ginecología y otorrinolaringología).

## **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL -ÁRBOL DE PROBLEMAS**

La institución prestadora de servicios de salud CCSF, cuenta con diferentes protocolos y programas orientados a la seguridad del paciente, atención humanizada y de calidad, orientados a generar prácticas seguras para la atención del usuario y su familia. A pesar de contar con esto se pueden identificar diferentes condiciones que pueden conllevar a situaciones de riesgo generando así un daño potencial al paciente, dichas condiciones son identificadas de manera retrospectiva, es decir, cuando se ha presentado el error y generado reprocesos al paciente durante el proceso de atención.

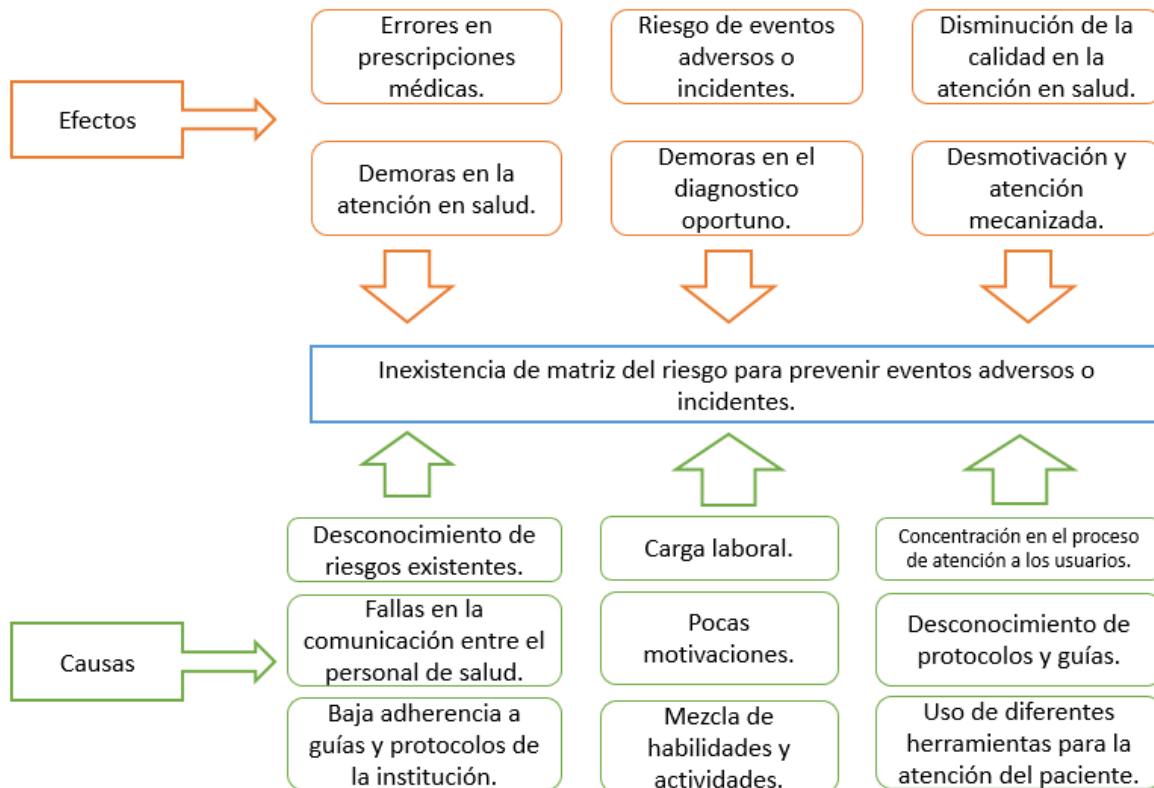
A continuación, se muestran algunas necesidades y/o problemas que se presentan en la institución que se han identificado de los reportes que realizan los colaboradores, en el reporte de acto inseguro que se cuenta en la IPS.

- ❖ Facturación errada de exámenes: Al momento de la facturación de exámenes para impresión de etiquetas, no se ingresan todos los exámenes ordenados.
- ❖ Errores en la correcta identificación al en facturación de exámenes de laboratorio: Al momento de facturación de exámenes no se aplican los protocolos de correcta identificación del paciente, ni verificación de datos demográficos, lo que genera demoras en la atención de salud, reimpresión de stickers para marcación de muestras y congestión del servicio de toma de muestras.
- ❖ Falta de preparación de pacientes para imágenes diagnosticas: Los usuarios agendan cita para radiografías por los diferentes canales digitales, al momento de agendar la cita el usuario no se percata de descargar la preparación y el día de la cita llegan sin la preparación lo que genera reprogramación de la cita.
- ❖ Fallas en los registros clínicos: Se identifican fallas en los registros clínicos al momento de la administración de biológicos, ya que en el área de vacunación se verifica edad del paciente y se alistan y descargan en sistema los biológicos según esquema PAI sin previa anamnesis al paciente, al momento de ingresar el usuario se percatan de la situación y se debe realizar devolución del biológico y cargue de nuevos biológicos, por esquemas atrasados o no pertinentes. En cuanto a formulación de medicamentos se evidencia fallas en dosis de medicamentos mipres, por lo cual realizan devolución y no se hace entrega del medicamento a los usuarios.
- ❖ No pertinencia en envió de paraclínicos: Se evidencian fallas al momento de solicitar algunos exámenes de laboratorio para diagnostico pertinente como lo es el examen

de VIH, se evidencia no adherencia a guía de práctica clínica, para la toma glucosa basal se evidencia ordenamiento de glucometria en vez de glucosa basal.

- ❖ Fallas en la comunicación por parte del equipo: Se evidencian fallas en la comunicación al momento de direccionar a los usuarios por parte del equipo médico.
- ❖ Fallas relacionadas con el procesamiento de las muestras de laboratorio: Se evidencian muestras mal centrifugadas que llegan a la central de procesamiento y requieren separación manual y doble centrifugación; lo que puede generar errores en la lectura del examen.
- ❖ Ausencia de equipos para la prestación del servicio: En ocasiones no se cuentan con todos los equipos ya que están en mantenimientos correctivos y preventivos, lo que genera la no prestación del servicio y genera desplazamientos adicionales de los pacientes a otras sedes.
- ❖ Fallas relacionadas con trámites administrativos: Durante la prestación del servicio se presentan una serie de trabas administrativas para la prestación del servicio en el cual el paciente llega sin todos los documentos o consentimientos necesarios para la toma de muestras como es el caso de la toma del examen para VIH.
- ❖ Error en lectura de imágenes diagnosticas: Se evidencia que en algunas lecturas de radiografías no hay concordancia con las imágenes diagnósticas.

### Priorización de las necesidades a intervenir – Esquema árbol de problemas



De acuerdo con lo anterior, la necesidad a la cual se va priorizar con este proyecto es la generación de una matriz de riesgo la cual servirá como una herramienta valiosa de identificación de riesgos relevantes y evaluar los efectos y el impacto que se puedan desencadenar para la seguridad de los pacientes.

## **JUSTIFICACIÓN**

La seguridad del paciente según la Organización Mundial de la Salud (5) es una disciplina que surgió de la evolución de la complejidad de los servicios de salud y el aumento de los daños a los pacientes, en donde busca prevenir y reducir los riesgos y daños que sufren las personas durante la atención, todo esto basado en evidencia científica que soporte cada practica segura.

En la actualidad el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGCS) de Colombia está compuesto por 4 elementos como son: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud; en el cual se establece la calidad en la atención en salud que se entiende como la provisión de servicios de salud de manera accesible y equitativa, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, todo esto con el propósito de lograr satisfacción de dichos usuarios. (12)

La gestión del riesgo (7) se encarga de identificar el riesgo y buscar aprovechar las oportunidades de mejora para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal, por esta razón de la importancia de la articulación de gestión del riesgo y seguridad del paciente, que mediante la identificación y análisis de los riesgos inherentes a la atención en salud, busca implementar practicas seguras y procesos para evitar que el riesgo se materialice y se convierta en un evento adverso.

Una gestión eficaz de los riesgos se basa en dos estrategias de abordaje, orientadas a la gestión reactiva que resulta de las cosas que han salido mal y de la gestión proactiva que se enfoca en desarrollar actividades preventivas para mitigar o incluso evitar la ocurrencia de riesgos. Como lo permite el análisis modal de fallos y efectos AMFE. (8)

Una de las estrategias de articular seguridad del paciente y gestión del riesgo es establecer alguna metodología como AMFE o análisis modal de fallos es una metodología cualitativa que permite relacionar de manera sistemática los posibles fallos y evaluar los efectos y el impacto que se puedan desencadenar en un proceso. Con el fin de modificar las fallas para anticiparse a que se presente el efecto o minimizar su impacto. (3)

Esta metodología se utiliza en el mundo industrial, en la cual se aplica a un producto concreto para determinar los posibles fallos e impacto del mismo, aplicar esta herramienta en salud es

de gran utilidad para poder determinar de manera prospectiva o proactiva los posibles fallos, además de priorizarlos para finalmente mejorarlos y actuar para minimizar su impacto. (8)

La identificación, caracterización y priorización de los riesgos inherentes a la atención en salud que se relacionan directamente con la seguridad del paciente, contribuyen a brindar una atención con calidad, disminuyendo así de manera progresiva la presentación de eventos adversos e incidentes presentes en la institución, es por esto la importancia de contar con una metodología o herramienta que permita identificar los riesgos presentes en el ciclo de atención, identificando los puntos críticos de la ruta para así plantear las posibles barreras de seguridad para, bien sea, evitar o minimizar la presentación del error.

Teniendo en cuenta el panorama previo surge la necesidad de establecer una herramienta como el AMFE para la identificación de los riesgos analizando las posibles fallas y bloqueando las causas de los errores que se presentan en la IPS CCSF para así brindar una atención de calidad, reduciendo costos para la institución, mejorando la satisfacción del usuario en la atención, disminuyendo los errores y reprocesos que se puedan generar durante este proceso.

Esto con el fin de proponer o implementar las buenas prácticas o barreras de seguridad que tienen el propósito de contar con evidencia científica que apoyen el proceso asistencial disminuyendo así los errores o eventos que se puedan presentar. (16)

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Implementar una estrategia (AMFE) para la gestión eficaz de riesgo en un servicio de consulta externa de una institución de primer nivel en la ciudad de Bogotá.

### **Objetivos Específicos**

- ❖ Identificar los riesgos potenciales derivados de la atención en salud en el centro básico (medicina general, unidad de toma de muestras, odontología, procedimientos y enfermería).
- ❖ Identificar los riesgos potenciales derivados de la atención en salud en el centro de programas (AMAR, LATIR y Primeros Años, y enfermería).
- ❖ Clasificar los riesgos de acuerdo con los posibles modos de fallo: Alto, medio y bajo.
- ❖ Proponer barreras de seguridad y estrategias que anulen o minimicen la presencia de eventos adversos.

## MARCO DE REFERENCIA

### SEGURIDAD DEL PACIENTE

Seguridad del paciente se hizo visible en el mundo con el estudio estadounidense "To Err is Human: building a Safer Health System" (7) en el cual se describió la alta prevalencia de eventos adversos, en el que mostraba que solo en Estados Unidos morían alrededor de 100.000 pacientes al año y no precisamente por la complejidad de sus enfermedades sino por el resultado de los errores en la atención en los servicios de salud. Por esto la OMS (5) en el año 2004 ha facilitado mejorar la seguridad del paciente estableciendo retos mundiales con respecto al tema, menciona que la seguridad del paciente es fundamental para la prestación de servicios de salud de calidad y para que esto suceda se deben prestar servicios de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente. Además, menciona que para evitar que las personas comentan errores debemos contar con un entorno a prueba de errores en el que los procesos estén bien diseñados.

La seguridad del paciente se ha convertido en uno de los pilares de cada institución en Colombia pues se ha convertido en prioridad y en uno de los parámetros más importantes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS) y en conjunto con la Resolución 3100 de 2019 de habilitación de la institución de salud es uno de los procesos prioritarios para poder brindar atención a los usuarios; es el principal pilar para la acreditación de todas las IPS pues se convierte en un eje de estándares superiores de excelencia y seguridad para las personas. (17)

Desde el 2008 en Colombia se ha promulgado la seguridad del paciente como uno de los aspectos importantes a abordar en las instituciones de salud con la política nacional de seguridad del paciente, en el año 2015 se divulgan los paquetes instruccionales, que buscan actualizar en temas de seguridad del paciente, buscando que todas las instituciones de manera proactiva se anticipen al error, con el aprendizaje basado en problemas, que está centrado en el aprendizaje y busca llevar a la reflexión para que se mire la realidad desde una dimensión más compleja a integral, esto pretende que las discusiones frente al problema sean enriquecedoras pero no para dar solución al problema sino buscar más problemas que conlleven al mejoramiento continuo (8) en busca de entender que el ambiente de las instituciones de salud es dinámico y cambiante.

La cultura de seguridad está definida como el esquema de comportamiento individual y de una organización que basado en creencias y valores compartidos buscan reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia del proceso de atención en salud. (18)

## EVENTOS ADVERSOS

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser:

- **Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **No Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencia (4)

Los eventos adversos se describieron con el estudio errar es de humanos (7) en donde se reportaron más muertes por errores en la atención en salud que por la misma condición clínica del paciente. La aparición de los mismos se debe a la atención de alta complejidad y todos los factores que intervienen para que se presente el evento y el cambio constante.

El evento adverso se atribuye más a la atención en salud que a la condición propia del paciente, que incluso puede conllevar a diferentes escenarios como el deterioro en el estado de salud, lesiones tanto físicas como psicológicas, incapacidad permanente e incluso puede llegar a ocasionar la muerte, y todo esto no solo genera implicaciones al paciente y su familia sino que también afecta al profesional o profesionales directamente implicados en el evento, comprendiendo esto es indispensable realizar acciones para la gestión del riesgo en salud. (7)

La mayoría de los eventos adversos pueden mitigarse con la implementación de políticas, estrategias o metodologías, teniendo en cuenta que la presentación de los mismos se da por las múltiples causas que conllevan al error. (19)

Durante la presentación de un evento adverso se puede presentar un evento centinela que se considera un suceso imprevisto en el cual el resultado no está relacionado con el curso natural de la enfermedad, sino que se da por la atención médica que puede producir la pérdida permanente de una función o un órgano; y en los casos más graves incluso la muerte. También se considera centinela cuando se realiza el procedimiento a la persona incorrecta o la cirugía en el lugar incorrecto. (20)

En España el grupo de seguridad del paciente de la Sociedad Española de Medicina en su artículo “prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria” (21) proponen una serie de estrategias para construir la seguridad del paciente en atención primaria como lo son promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente, en donde cada persona de la organización reconoce que tiene unas responsabilidades y se esfuerza en mejorar el proceso asistencial y reconociendo que a pesar de ello se pueden presentar errores que se deben mitigar. Otra propuesta es diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, ya que aunque se

cuenta con sistemas para el reporte de incidentes y eventos adversos hay resistencia por parte de los profesionales para notificar los casos. La tercera propuesta es implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud teniendo en cuenta cuales son los errores que más se comente. Por otra parte proponen promover la investigación en seguridad del paciente ya que en atención primaria es menos representada. Otra propuesta es la participación de los pacientes en la estrategia de seguridad del paciente ya que estos juegan un papel muy importante en la seguridad del paciente.

## **GESTIÓN DEL RIESGO**

El riesgo se puede clasificar como primario que hace referencia a la probabilidad de la aparición de nueva morbilidad o como la probabilidad de que ocurran eventos derivados de las fallas en la atención en salud (1). De allí nace la necesidad de comprender el concepto de riesgo en salud, sus determinantes y mecanismos por los cuales se genera, esto se hace indispensable para poder determinar estrategias para prevenir y mitigar el riesgo. (2)

La gestión integral del riesgo es una estrategia transversal de la política de atención integral en salud, que se enfatiza en la articulación de los diferentes actores en salud para identificar, evaluar, medir e intervenir desde la prevención el riesgo en salud de las personas, orientada al cumplimiento de resultados en salud y el bienestar de la población. (2)

La gestión integral del riesgo “es un mecanismo que permite anticiparse a los eventos o materialización de los riesgos en salud y posibilita la respuesta o tratamiento oportuno para mitigar la evolución y/o complicación de los riesgos y sus consecuencias” (22).

La gestión del riesgo es una combinación de las cosas que han funcionado mal, que sería un enfoque reactivo y de prevenir lo que puede ocurrir o los potenciales riesgos, para evitar que tengan consecuencias e impacto sobre las actuaciones, este sería el enfoque proactivo. (23)

El proceso de gestión de riesgo tiene unas fases según el Ministerio de Sanidad de España (23) el contempla las siguientes etapas:

1. Análisis de la situación y el contexto: En esta fase se establece “conocer los puntos débiles” para poder gestionar los riesgos de una institución se debe conocer a fondo cada uno de los servicios actividades, usuarios que cuya necesidad es la razón de nuestras actividades, y su entorno. Esta fase es el referente para continuar con las siguientes.
2. Identificación de riesgos: La identificación de los riesgos no solo se debe centrar en la identificación reactiva, es decir, en el momento en que se presente un evento adverso, ya que es insuficiente para poder prevenir todos los riesgos potenciales, por eso se debe complementar con el enfoque proactivo antes de que se presente un riesgo. En esta fase se recolectará la información

- por medio de las rondas de seguridad, auditorias, reclamaciones, encuestas de pacientes.
3. Análisis y evaluación: Posterior a la identificación de riesgos se debe priorizar cada uno para poder realizar una intervención, en este punto también se puede combinar el enfoque reactivo y proactivo, reactivo con el análisis causa raíz y proactivo con estrategias complementarias como el AMFE.
  4. Planificación de respuestas: Una vez conocidos los riesgos que afectan la institución, cuales son más relevantes, sus causas y sus factores contribuyentes, se procede a planificar la respuesta de los mismos de manera planificada que se pueden agrupar en 3 grupos: erradicación, control y mitigación.
  5. Despliegue: Es el proceso de comunicación, asignación y delegación de responsabilidades, tareas, procedimientos e indicadores relacionados con la gestión del riesgo, involucrando a todos los líderes de cada área.
  6. Implementación y seguimiento: En esta última fase la organización aborda la gestión de riesgos como parte del desempeño de sus funciones y de su trabajo diario (cultura proactiva y generadora de la seguridad) lleva a cabo un seguimiento y gestiona sus riesgos e incorpora las “lecciones aprendidas” a sus procesos con el fin de robustecerlos (23).

### **METODOLOGÍA AMFE**

El AMFE o análisis modal de fallos es una metodología cualitativa que permite relacionar de manera sistemática los posibles fallos y evaluar los efectos y el impacto que se puedan desencadenar en un proceso. Con el fin de modificar las fallas para anticiparse a que se presente el efecto o minimizar su impacto. (3)

Esta metodología se utiliza en el mundo industrial, en la cual se aplica a un producto concreto para determinar los posibles fallos e impacto del mismo, aplicar esta herramienta en salud es de gran utilidad para poder determinar de manera prospectiva los posibles fallos, además de priorizarlos para finalmente mejorarlos y actuar para minimizar su impacto. (17)

AMFE es un instrumento o herramienta que busca evaluar los potenciales fallos en el diseño y prestación de los servicios, su principal objetivo es identificar cuáles son los modos en que un servicio, proceso o producto puede fallar, este instrumento se puede aplicar bien sea en la fase de “diseño”, antes de poner en funcionamiento el servicio o proceso, o cuando ya está en marcha pero su rendimiento no es óptimo. (23)

Es una herramienta que mira los riesgos asistenciales de manera prospectiva, para priorizar e implementar medidas preventivas para evitar la materialización del riesgo. Esta herramienta tiene 3 preguntas que plantea para resolver:

- ¿Qué puede fallar? (modos de fallo)
- ¿Por qué puede ocurrir? (causas de fallo)
- ¿Qué consecuencias puede ocasionar el fallo? (efectos del fallo)

Esto permite cuantificar los efectos de los posibles fallos, para proponer medidas para mitigar los riesgos e incluso eliminarlos. (17)

Para aplicar la herramienta se deben tener en cuenta las siguientes fases o pasos para su desarrollo:

1. **Identificar la cuestión a analizar:** Para seleccionar o elegir se pueden tener en cuenta 3 aspectos importantes que son la probabilidad de que hayan fallos, la gravedad en caso de ocurrir y el número de personas que eventualmente se pueden ver afectadas por el mismo.
2. **Crear un equipo de trabajo:** Para formar un equipo de trabajo se debe tener en cuenta un equipo multidisciplinar que además incluya personas que tengan experiencia en el tema a analizar, un facilitador y un coordinador. Esto pretende poder garantizar los diferentes puntos de vista. El coordinador tiene como función que la dinámica del grupo funcione con eficacia, el facilitador es quien ayuda a llevar a cabo las tareas necesarias para que el equipo se ajuste a los objetivos.
3. **Descripción detallada de las fases del proceso:** En esta fase es se busca esquematizar y precisar las etapas del proceso que son necesarias para lograr un resultado, esto se puede realizar con un diagrama de flujo que identifiquen los pasos del proceso. Es importante tener en cuenta que para cada paso se tendrán uno o más fallos y una o más causas. Este diagrama es útil para tener una visión general del proceso para tener en cuenta las relaciones en las diferentes etapas del proceso.
4. **Determinar los modos potenciales de fallos, sus causas y sus efectos:** Se busca identificar los fallos que pueden aparecer en su desarrollo, es una especie de lluvia de ideas en el cual cada integrante identifica un posible fallo aunque tenga menos probabilidad de aparición, ya que posteriormente se van a puntuar.

En cuanto a determinar las causas para cada fallo, se pueden identificar varias causas por un mismo fallo, para esto deben listarse todas para poder proponer las barreras para evitar la aparición del fallo.

Para determinar los efectos se tendrá en cuenta los efectos que esto pueda tener sobre la salud cuando el fallo ocurra.

Para cada posible modo de fallo se debe estimar la probabilidad de que acontezca (índice de gravedad), la probabilidad de detección (índice de detección) y la gravedad (índice de gravedad) puntuando de 1 a 10 puntos cada uno de estos criterios y las posibles acciones de reducción.

<b>FRECUENCIA</b>	<b>GRAVEDAD</b>	<b>DETECTABILIDAD</b>
Frecuente 9-10	Catastrófico 9-10	Baja 9-10
Ocasional 7-8	Mayor 5-8	Ocasional 7-8
Infrecuente 5-6	Moderado 3-4	Moderada 5-6
Remoto 1-4	Menor 1-2	Alta 1-4

El producto de las puntuaciones obtenidas en los índices de frecuencia, gravedad y detección se utiliza para calcular el IPR o índice de priorización de cada riesgo el cual a su vez puede utilizarse para proponer medidas de mejora y acciones de control.

5. **Elaboración del plan de actuación:** Una vez calculados los IPR índice de priorización del riesgo, la finalidad del análisis de los riesgos es proponer las barreras que puedan erradicar, reducir, controlar y mitigar la ocurrencia de los fallos identificados. La asignación de barreras frente al error para cada una de las causas que conllevan a los fallos depende del conocimiento de la organización y de su cultura pues esto permitirá proponer barreras prácticas, realistas y que sean aceptadas por los profesionales. (23)
6. **Implementación de medidas y evaluación de resultados:** En las acciones que pueden favorecer la reducción de riesgos se contemplan el rediseño de procesos, cambios en el entorno, mejoras en la capacitación, entre otras. Los criterios de evaluación se pueden basar en medir los resultados de pasos de implementación o en resultados de paciente.

## **METODOLOGÍA**

Este proyecto se va a desarrollar en diferentes etapas para el cumplimiento de los objetivos las cuales se van a describir a continuación

### **❖ Fase 1: Recolección de datos.**

Por medio del reporte espontaneo de todos los colaboradores de la IPS y de recolección semanal de los reportes de indicios de atención insegura, la referente de seguridad del paciente (estudiante de la especialización seguridad del paciente, autora del presente proyecto) realizará la clasificación del indicio de atención insegura

(reporte de eventos y posibles riesgos) por servicio; de forma colaborativa con los referentes de cada área se va a realizar el primer informe y posteriormente de forma mensual durante el tercer trimestre del 2021. Para la identificación de los puntos críticos se realizara del ciclo de atención de la IPS donde se puedan identificar las posibles fallas durante la atención.

Anexo 1. Flujo grama ciclo de atención de la IPS.

❖ **Fase 2: Aplicación de matriz AMFE.**

En esta fase se pretende plantear una matriz teniendo en cuenta los riesgos identificados en la primera fase mediante la metodología AMFE, para posteriormente realizar la priorización de cada uno; para esta fase va a participar el líder de seguridad del paciente, el referente del programa de seguridad del paciente y los líderes de cada servicio o área de la IPS.

Esta matriz contemplara los siguientes componentes los cuales se presentan en detalle en el anexo 2.

- ❖ Identificar la cuestión a analizar
- ❖ Crear un equipo de trabajo
- ❖ Descripción detallada de las fases del proceso
- ❖ Determinar los modos potenciales de fallos, sus causas y sus efectos
- ❖ Elaboración del plan de actuación
- ❖ Implementación de medidas y evaluación de resultados

Anexo 2. Planteamiento de la matriz.

❖ **Fase 3: Priorización y planteamiento de barreras de seguridad.**

Teniendo en cuenta el resultado de la matriz de riesgos y posterior a la caracterización y priorización de los mismos, en esta fase se contempla proponer diferentes barreras de seguridad a los puntos más críticos para disminuir el impacto de los riesgos, en esta fase participara el comité de seguridad del paciente.

❖ **Fase 4: Socialización para su implementación.**

Para la última fase se tiene presupuestado la socialización del proyecto a todos los colaboradores de la institución mediante un recurso virtual, en el que de manera didáctica y llamativa se van a involucrar todos y cada uno de los trabajadores para implementar las barreras de seguridad, dicha socialización se realizara en la reunión general y en los grupos focales teniendo en cuenta el punto crítico priorizado de la institución, ya que en estos deben participar todos los colaboradores, estas reuniones se llevan a cabo de manera bimensual. En esta fase van a participar el líder de seguridad del paciente y el líder de cada servicio según corresponda.

Anexo 3. Recurso virtual – imagen interactiva

## MARCO LÓGICO

### METAS

- Analizar el 100% de los indicios de atención insegura reportados.
- Priorizar el 60% de los riesgos que generen mayor impacto en la atención a los usuarios.
- Proponer en un 100% las barreras de seguridad para los riesgos priorizados.

### INDICADORES

#### Ficha técnica del indicador.

- Porcentaje de análisis de indicios de atención insegura identificados por medio del reporte espontaneo de la IPS CCSF.

<b>Nombre</b>	Porcentaje de análisis de indicios de atención insegura identificados por medio del reporte espontaneo de la IPS CCSF.
<b>Justificación</b>	Indicador de cumplimiento que mide porcentualmente los indicios de atención insegura analizados relacionando el número de documentos indicios de atención insegura reportados.
<b>Dominio</b>	Cumplimiento
<b>Formula</b>	$\frac{\text{Numero de indicios de atención insegura analizados}}{\text{Total de Indicios de atención insegura reportados}} * 100$

- Porcentaje de identificación y priorización de riesgos.

<b>Nombre</b>	Porcentaje de identificación y priorización de riesgos
<b>Justificación</b>	Indicador de cumplimiento que mide porcentualmente los riesgos priorizados, relacionando el número de riesgos identificados.
<b>Dominio</b>	Cumplimiento
<b>Formula</b>	$\frac{\text{Número de riesgos priorizados}}{\text{Número de riesgos identificados}} * 100$

- Porcentaje de barreras de seguridad por priorización de riesgos identificados.

<b>Nombre</b>	Porcentaje de barreras de seguridad por priorización de riesgos identificados.
---------------	--





## PRESUPUESTO

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>VALOR</b>
Líder Seguridad del Paciente	\$4.000.000
Auxiliar Seguridad del paciente	\$2.000.000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$6.000.000</b>
<b>MATERIALES</b>	<b>VALOR</b>
Computador (TOSHIBA)	\$1.500.000
Impresiones	\$30.000
Fotocopias	\$20.000
Carpetas	\$6.000
Esferos, lápiz, tajalápiz, borrador	\$10.000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$1.566.000</b>
<b>SERVICIOS PÚBLICOS</b>	<b>VALOR</b>



Luz	\$200.000
Internet	\$300.000
<b>SUBTOTAL</b>	<b>\$500.000</b>
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>\$8.066.000</b>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Internet]. 2013. [Citado el 05 de mayo de 2021]; 68. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf>.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral de riesgo. [Internet]. 2018. [Citado el 05 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>.
3. Consuegra O. Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario. Cuadernos Latinoamericanos de Administración [Internet]. 2015. [citado el 06 de mayo de 2021] 11(20):37-50. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/cuaderlam/article/view/627/220>.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del paciente. [Internet]. 2008. [Citado el 05 de mayo de 2021]; 7. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Suiza: Centro de prensas OMS. 13 de septiembre de 2019. [citado el 11 de mayo de 2021]. Seguridad del Paciente. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
6. Aranaz JM, y Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. Rev Calid Asist [Internet]. 2011. [Citado el 25 de Mayo de 2021]; 26(6): 331-332. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X11001606>.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente. [Internet]. 2016. [Citado el 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.

8. Peña MP, Maderuelo JA, Jiménez MT, Martín MD, Palacio J y Olivares G. Análisis proactivo del riesgo: el análisis modal de fallos y efectos (AMFE). *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. [Internet]. 2010. [Citado el 12 de mayo de 2021]; (18): 1-8. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2010m10n18/rceap\\_a2010m10n18a7.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2010m10n18/rceap_a2010m10n18a7.pdf).
9. Kohn, L.T, Corrigan, J., Donaldson, M.S. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press, [Internet]. 2000. [citado el 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>.
10. Alzate C, Posada SP, Quintero IC y Rodríguez JA. Diseño del modelo de seguridad del paciente en una ESE de primer nivel del suroeste antioqueño. *Observatorio de salud pública*. [Internet]. 2016. [Citado el 25 de Mayo de 2021]. 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).
11. Villatorio V. Errores en la seguridad en atención primaria. [Internet]. 2016. [Citado el 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/pdvedado/files/2016/06/Errores-de-seguridad-en-Atenci%c3%b3n-Primaria.pdf>.
12. Trujillo C. Vasquez H. Factores contributivos asociados a la seguridad del paciente en servicios de salud de primer nivel y consulta externa. [Internet]. 2019. [citado el 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/199/FACTORES%20CONTRIBUTIVOS%20ASOCIADOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
13. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco. *Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [Internet]. 2008. [Citado el 26 de Mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>.
14. Auditoria médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered* [Internet]. 2006 [Citado el 25 de Mayo de 2021]; 17 (4): 220-226. Disponible en:

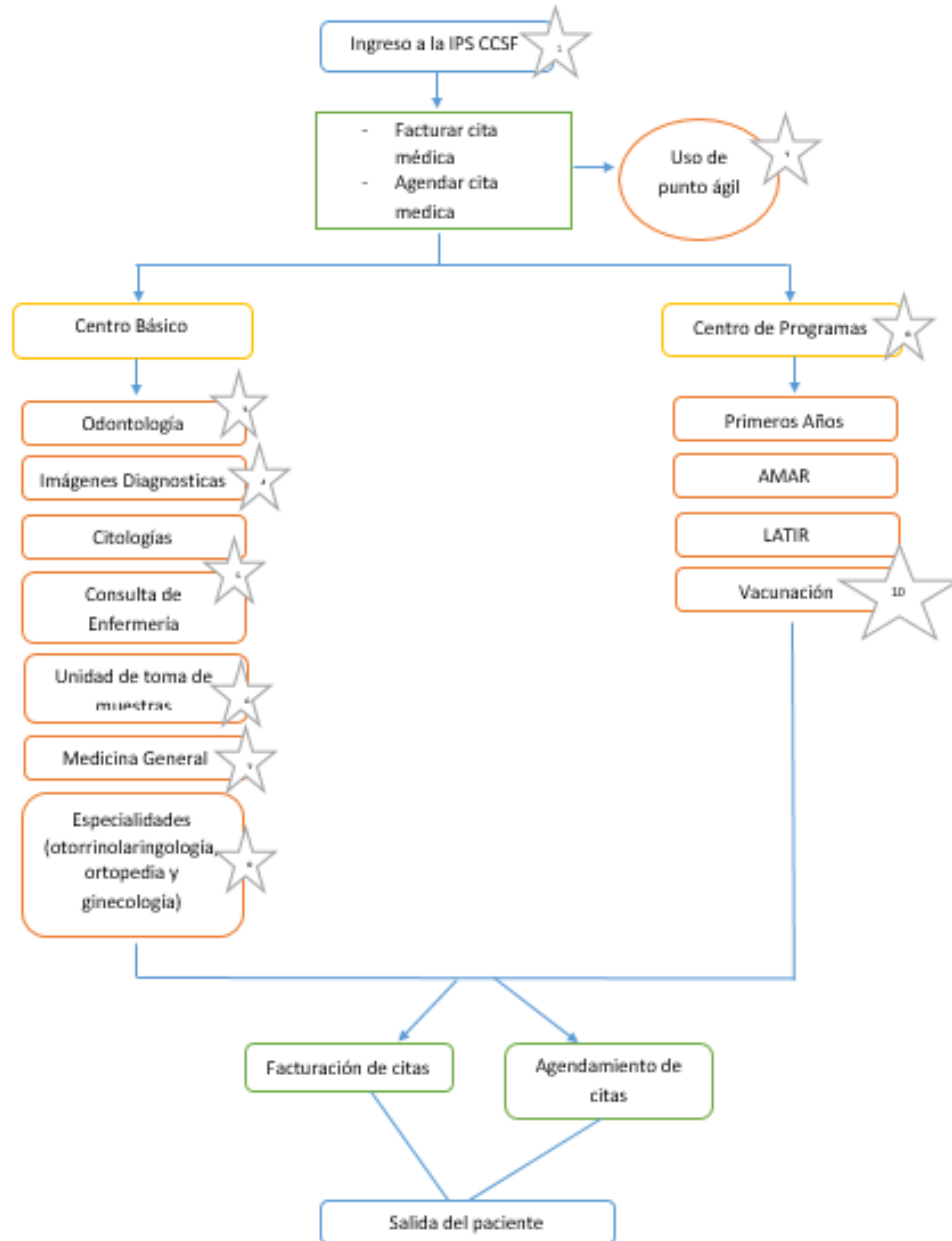
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2006000400006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000400006).

15. Moya OL. La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido?. *Revista Gerencia y políticas de salud*. [Internet]. 2017. [Citado el 25 de Mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v17n34/1657-7027-rgps-17-34-00096.pdf>.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet]. Bogotá: Seguridad del Paciente. [Citado el 13 de Mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>.
17. Secretaria de Salud. [Internet]. Bogotá: Secretaria de Salud. 2021. [Citado el 13 de Mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/SeguriddelPaciente1.aspx>.
18. Zwart DLM, Langelaan M, van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJM, et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Fam Pract*. [Internet]. 2011. [Citado el 22 de Mayo de 2021]; 12: 117. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3228702/>.
19. Alonso LM y Rojas M. Evento adverso y Salud Publica. *Salud Uninorte*. [Internet]. 2009. [Citado el 20 de mayo de 2021]; 25(1): 1-4. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a01.pdf>.
20. Rodriguez M, Sanchez LM y Jimenez LC. Eventos adversos, centinela y cuasifallas en el Servicio de Pediatría de un hospital de tercer nivel. *Enf Inf Microbiol*. [Internet]. 2017. [Citado el 22 de Mayo de 2021]; 37(2): 56-64. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2017/ei172e.pdf>.
21. Astier M, Torijano ML y Olivera G. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Aten Primaria*. [Internet]. 2016. [Citado el 22 de Mayo de 2021]; 48(1): 3-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6880154/pdf/main.pdf>.



22. KPMG. La gestión del Riesgo en Salud. [Internet]. 2018. [Citado el 22 de Mayo de 2021].  
Disponible en:  
<https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/co/pdf/2018/11/gestion-integral.pdf>.
  
23. Ministerio de Sanidad. Cursos de Seguridad del Paciente. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, Unidad 5, La Gestión del Riesgo Clínico. [Internet]. 2017. [Citado el 22 de Mayo de 2021].  
Disponible en: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/05/01-contenidos.pdf>.

## Anexo 1. Flujoograma Ciclo de Atención.





Anexo 3. Recurso virtual – imagen ilustrativa.

