

**Diseño del Programa de Seguridad del Paciente para las Unidades Transfusionales  
Colombianas Independientes al SOGCS**



**Elizabeth Góngora Cruz  
Maribel Bedoya Cruz  
Yanitzia Natalia Verján Ávila  
Laura Nathalia Corredor Romero**

**Ana Elizabeth Pérez  
Laura Andrea Niño Silva  
Docentes**

**Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca  
Programa Especialización Gerencia de la Calidad en Salud  
Bogotá  
2019**

## Resumen

El presente proyecto proporciona a las unidades transfusionales independientes del SOGC una base documental para hacer posible la implementación de un programa de seguridad del paciente acorde a las políticas y lineamientos dictados en la materia por el Ministerio de Salud en Colombia.

**Objetivo:** Diseñar el Programa de Seguridad del Paciente para las Unidades Transfusionales Colombianas Independientes al SOGCS. **Metodología:** Desde un enfoque cualitativo se da un alcance descriptivo al proyecto con un diseño de tipo no experimental y de corte transversal. Se utilizó la recolección de datos nacionales y globales con los que de manera robusta y pertinente se pudiera estructurar el pretendido programa. **Resultados:** Se documentaron, acorde a una revisión bibliográfica, conceptos, lineamientos, y definiciones que apoyaran la conformación del programa y mediante la construcción de una matriz de formulación, fue definida la política institucional de seguridad del paciente como parte fundamental de la plataforma estratégica de la Unidad transfusional. Por otro lado, fueron definidos para el programa en mención los siguientes elementos estructurales: Política institucional, sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje, cultura de seguridad, análisis y gestión de incidentes adversos y gestión del riesgo. Finalmente, se dio origen al documento propiamente descrito como Programa de seguridad del Paciente, acorde al entorno y funcionamiento de las Unidades Transfusionales en Colombia. **Conclusiones:** Sin lugar a duda, el compromiso con la seguridad del paciente debe ser manifestado y gestionado por todos los actores del sistema ya que a pesar de que algunos no tengan contacto directo con el paciente hacen parte de una cadena completa y articulada de suministro que es susceptible de fallas las cuales pueden extrapolarse y llegar a impactar la salud e integridad del paciente.

*Palabras Clave:* Riesgo, Política, Transfusión, Cultura, Seguridad.

### Abstract

The present project provides the independent transfusion units of the SOGC with a documentary basis to make possible the implementation of a patient safety program in accordance with the policies and guidelines dictated in the matter by the Ministry of Health in Colombia. **Objective:** Design the Patient Safety Program for Colombian Transfusion Units Independent to the SOGCS. **Methodology:** From a qualitative approach, a descriptive scope is given to the project with a non-experimental and cross-sectional design. The collection of national and global data was used with which the intended program could be structured in a robust and relevant way. **Results:** Concepts, guidelines, and definitions that support the conformation of the program were documented according to a bibliographic review and through the construction of a formulation matrix, the institutional policy of patient safety was defined as a fundamental part of the strategic platform of the transfusion unit. On the other hand, the following structural elements were defined for the program in intention: Institutional policy, reporting system of adverse events and learning, safety culture, analysis and management of adverse incidents and risk management. Finally, the document properly described as the Patient Safety Program was created, according to the environment and operation of the Transfusion Units in Colombia. **Conclusions:** Without a doubt, the commitment to patient safety must be manifested and managed by all the actors of the system since although some do not have direct contact with the patient they are part of a complete and articulated supply chain that it is susceptible to failures which can be extrapolated and can impact the patient's health and integrity.

Keywords: Risk, Politics, Transfusion, Culture, Safety.

## Contenido

1.Introducción .....	1
2. Identificación Del Problema .....	2
3. Justificación.....	4
4. Objetivos .....	5
4.1 Objetivo General .....	5
4.2 Objetivos Específicos.....	5
5. Marco Teórico .....	6
5.1 Antecedentes .....	6
5.2 Seguridad Del Paciente En Colombia .....	8
5.3. Programa Y Política Institucional De Seguridad Del Paciente. ....	9
5.4 Contexto Organizacional De Una Unidad Transfusional.....	12
5.5 Seguridad Transfusional.....	13
5.6 Marco Legal .....	15
6. Metodología .....	18
7. Revisión Bibliográfica Internacional y Nacional En Referencia A La Seguridad Del Paciente.....	20
7.1. Revisión Bibliográfica Internacional En Materia De Seguridad Del Paciente .....	20
7.2 Revisión Bibliográfica Nacional En Materia De Seguridad Del Paciente .....	27
8. Política Institucional de Seguridad del Paciente .....	36
9. Elementos Estructurales Del Programa De Seguridad del Paciente Para Una Unidad Transfusional Colombiana. ....	38
9.1 Política Institucional .....	38
9.2 Sistema de Reporte de Eventos Adversos y Aprendizaje .....	39
9.3 Análisis y Gestión De Incidentes o Eventos Adversos .....	39

9.4 Promoción de Cultura De Seguridad Del Paciente .....	40
9.4.1 Herramientas para construir una cultura de seguridad del paciente en la unidad transfusional.....	41
9.5 Gestión Del Riesgo .....	43
10. Programa De Seguridad Del Paciente .....	47
11. Conclusiones .....	48
11. Bibliografía .....	49

## Lista de Tablas y Figuras

Tabla 1 Marco Legal asociado a la normatividad de Seguridad Del Paciente en Colombia ...	16
Tabla 1 Marco Legal asociado a la normatividad de Seguridad Del Paciente en Colombia Parte 2 .....	17
Tabla 2 Referencia bibliográfica internacional de apoyo en el estudio de la historia de la seguridad del paciente.....	21
Tabla 2 Referencia bibliográfica internacional de apoyo en el estudio de la historia de la seguridad del paciente. Parte 2.....	22
Tabla 3. Referencia bibliográfica nacional de apoyo para seleccionar los elementos que pueden orientar al diseño de un programa de seguridad del paciente en las unidades transfusionales.....	29
Tabla 3. Referencia bibliográfica nacional de apoyo para seleccionar los elementos que pueden orientar al diseño de un programa de seguridad del paciente en las unidades transfusionales.Parte 2 .....	30
Tabla 4. Probabilidad de Riesgo .....	44
Tabla 5. Impacto.....	45
Tabla 6. Matriz de Calificación.....	45
Tabla 7. Valoración de Riesgo .....	46
<b>Figura 1.Proceso Transfusional.....</b>	<b>14</b>

## **1. Introducción**

Exaltando la importancia de la seguridad del paciente en todos los actores del sistema y con la identificación de la pertinencia de un programa de seguridad del paciente en las unidades transfusionales colombianas independientes al SOGCS, el presente proyecto logra a través de 4 objetivos planteados entregar una base documental enmarcada dentro de los lineamientos estructurales y normativos vigentes promulgados por el Ministerio de Salud en Colombia; apoyados en una revisión bibliográfica de antecedentes y marco teórico de destacada importancia e influencia a nivel internacional y nacional. Se desarrolló una matriz para la formulación de la política institucional de seguridad del paciente partiendo de una plataforma estratégica (misión y visión), se tomó como base los elementos estructurales de la seguridad del paciente como son: la política institucional, la promoción de la cultura de seguridad del paciente, el sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo para el cual se diseñó un formato de reporte propio para los incidentes y eventos adversos que se puedan presentar al igual que un esquema de acción frente a la ocurrencia de alguno de éstos; y por último análisis y gestión de incidentes o eventos adversos donde se tomó como referencia la utilización del protocolo de Londres, adicionalmente se incorporó un quinto elemento estructural denominado gestión del riesgo el cual permitirá por medio de la matriz de riesgo diseñada, la identificación de los posibles riesgos que se pueden presentar, sus causas, efectos, una calificación de ese riesgo, posibles controles para mitigar la ocurrencia y/o impacto de ese riesgo, tipo de acciones, responsables, cronograma e indicadores.

El resultado final es el diseño del Programa de Seguridad del Paciente para las Unidades Transfusionales independientes del SOGCS, que propone un modelo que permita a las organizaciones ajustar sus necesidades en el tema, apoyados en los diferentes elementos estructurales que orienten al desarrollo de actividades propias de un servicio de salud seguro para el paciente.

## 2. Identificación Del Problema

A pesar de que la percepción frente a la seguridad del paciente tiene un enfoque actual y reciente, no lo es, la evidencia señala que ya en los años 50 se había dado inicio a los primeros estudios que lograban abordarla partiendo de la noción de los cambios epidemiológicos y socio-demográficos de la población en general, así como, del progreso de la tecnología y el conocimiento médico que, ya instaurados, llevaban inevitablemente a considerar el impacto de los errores del personal de salud en la atención del paciente (AMCG, 2014). No fue sino 50 años más tarde, en 1999, cuando el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos publicó el informe titulado : “ To err is Human: Building a Safer Health System” cuyo contenido impactó de manera global a las partes que conforman los sistemas de salud puesto que , con cifras alarmantes, logró exponer una realidad: por lo menos en Estados Unidos los eventos adversos prevenibles son una de las principales causas de muerte , alrededor de 44.000 pacientes ( cifra que en 1992 llegó a ascender a 98.000) fallecen como resultado de errores médicos superando así las muertes ocasionadas por accidentes de tránsito(43.458 personas), cáncer de mama (42.297 personas) o incluso SIDA( 16.516 personas) (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

En Colombia, se plantea la seguridad del paciente como una oportunidad de mejora integral en las instituciones prestadoras de salud, el marco que desarrolla el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) busca impulsar la política de seguridad al paciente motivo por el cual, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha emitido documentos para facilitar y orientar la implementación de dicha política en las instituciones, así mismo, considera una serie de paquetes instruccionales siendo de interés resaltar , específicamente, aquel relacionado con la prevención de complicaciones asociadas a la disponibilidad y el manejo de la sangre y sus componentes, en el contexto de la transfusión sanguínea forjada en la administración in situ. Con ésta inicial institucionalización y referenciación en materia de seguridad del paciente, se visualiza un horizonte de oportunidades y retos empresariales que, incluso, son alusivos y extensivos a las buenas prácticas en el proceso de transfusión sanguínea, pero, en definitiva, no existe un enfoque asociado a los centros, unidades o bancos de sangre, encargados de la obtención, procesamiento, adecuación, almacenamiento y transporte de la misma como producto terminado, apto para el suministro desde un donante a un receptor que así lo requiera. Si bien es cierto a este tipo de



instituciones les aplica unas Buenas Prácticas de Manufactura, mejor denominadas de procesamiento, el enfoque no es en sí hacia el individuo, por lo que se considera pertinente implementar la cultura de seguridad al paciente en este tipo de instituciones que en Colombia, representan un número de 81 empresas entre hospitalarios y distribuidores (Salud, 2018) ya que, a pesar de que no tienen contacto directo con el paciente, cualquier error en su cadena de proceso pueden poner en riesgo la vida de los mismos. En este sentido, desde 1996, la iniciativa SHOT (Serious Hazard of transfusión) adelantada en Reino Unido, busca en la hemovigilancia promover acciones seguras para disminuir el riesgo de incidentes fatales en las transfusiones entre los que se identificaron: infección microbiana, infecciones víricas, reacciones transfusionales agudas y tardías, transfusión incorrecta de componentes sanguíneos, entre otras (Mejía, 2009), pero de nuevo, con un enfoque de control sobre el producto masivo y no sobre la esencia del individuo como paciente receptor.

Con el paso del tiempo las labores realizadas por los centros, unidades o bancos de sangre en el procesamiento de la misma se han vuelto más rigurosos, aun así, estos esfuerzos no han logrado un tamizaje perfecto que prevenga el contagio de enfermedades; a pesar de que las cifras no demuestran una afectación considerable al respecto, es necesario destacar y señalar que el temor generalizado por la trasmisión de infecciones, como VIH entre otras, se ha extendido en la población incluso, con la existencia de información que indica que la incidencia de dicha enfermedad tiende a estabilizarse a nivel mundial e ir a la baja en Colombia. (Woolcott, Vivas, & Garzón, 2017).

Los unidades transfusionales colombianas, si bien tienen definidas sus políticas de calidad, trazabilidad en los procesos de tratamiento y procesamiento de la sangre y sus componentes, infraestructura fiable para el procesamiento así como, la tecnología y los protocolos que minimicen los riesgos de incidentes de calidad en la sangre para uso transfusional, no cuentan con adherencia a los estándares exigidos por el sistema único de habilitación que le permita bajo su sentido social y de responsabilidad, enfocar sus procesos hacia la seguridad del paciente. De esta forma, surge la pregunta: ¿Cómo diseñar el programa de seguridad del paciente para las Unidades Transfusionales Colombianas Independientes al SOGCS?

### **3. Justificación**

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, la carencia de información documentada que permita la adopción e implementación de una política de seguridad del paciente en centros, unidades o bancos de sangre, permite incursionar en el diseño de un programa de Seguridad del Paciente, conveniente garante de calidad para el caso del procesamiento de la sangre y de sus componentes, programa que, de forma poco acertada, solo ha sido requerido a las instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales, claramente y aunque la norma así no lo conciba, en dicha denominación también entrarían los proveedores de sangre que no son únicamente un distribuidor de insumos obligados a cumplir con normas planteadas bajo el esquema de Buenas Prácticas de Manufactura, cuando en estos lugares procesan un componente biológico vital convirtiéndose así, en una gestión y servicio de alta responsabilidad a la comunidad y organizaciones que demandan el acceso a unidades sanguíneas. El Diseño de un programa de seguridad del Paciente en Colombia para instituciones que presten servicios transfusionales dependientes y/o independientes de un banco de sangre puede tener un impacto favorable a los programas de gestión de calidad en las instituciones mencionadas anteriormente.

Como instituciones de gestión de alta responsabilidad social y humana, es de vital importancia la perfecta adherencia y fidelidad a las políticas de garantía de la calidad, y la implementación de la política de seguridad del paciente como columna vertebral de un sistema de gestión de calidad en salud, esto con el fin de lograr una integralidad en la calidad que va más allá del cumplimiento del programa de Hemovigilancia a cargo del INVIMA. En el papel de la alta gerencia de la calidad en salud toma importancia la iniciativa y liderazgo de proyectos orientados hacia la consecución de propósitos comunes que permiten de una manera humanizada, la satisfacción del paciente promoviendo en este caso específicamente, por competitividad y compromiso, la mejora en la atención y preservación de la seguridad del paciente que requiere de una transfusión sanguínea.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo General**

- Diseñar el Programa de Seguridad del Paciente para las Unidades Transfusionales Colombianas Independientes al SOGCS

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Efectuar una revisión bibliográfica acerca de seguridad del paciente a nivel nacional e internacional.
- Diseñar la política de seguridad del paciente para una Unidad Transfusional Colombiana.
- Definir los elementos estructurales del Programa de Seguridad del Paciente para una Unidad Transfusional Colombiana.
- Elaborar el documento del Programa de Seguridad al Paciente para una Unidad Transfusional Colombiana.

## 5. Marco Teórico

### 5.1 Antecedentes

La creencia de la naturaleza moderna de la Seguridad del Paciente asume un cambio de rol diferente a medida que se escudriña en sus orígenes reales. Los albores de la civilización media aportan los primeros registros médicos y normas que procuraban atención más segura para los enfermos de la época. Luego en los periodos helenista y romano cuando se funda la escuela Hipocrática (460-370 a.c.) con su máxima expresión del latín "Primum non nocere" el cual traduce al castellano: " primero no hacer daño" trasciende el concepto a las fronteras para ser aplicado a las rudimentarias tiendas de campaña donde eran atendidos los soldados heridos. Durante el paso de la época del Renacimiento a la Revolución Industrial se gestaron guerras que como la de Crimea (1853-1856) hicieron aportes representativos en la actual Seguridad del Paciente, tales como el diseño de la primera técnica aséptica en la atención de los militares lesionados en combate (AMCG, 2014).

Ya en el siglo XX, la medición, registros y evaluaciones numéricas y estadísticas eran incluidas en la atención en salud, como una herramienta para cuantificar los datos y medir la calidad de los servicios, es así como, en el área de hospitalización, se registraron cifras sobre la cantidad de pacientes que sufrieron algún evento adverso que pudiera haberse evitado si se hubieran documentado a tiempo los resultados de las situaciones que permitieron que estos ocurrieran.

Al inicio del presente documento se describió que la Seguridad del Paciente sufrió cambios importantes a partir de la publicación del informe " To err is Human: building a Safer Health System de los E.E.U.U, ya que dicho estudio arrojó cifras alarmantes de un gran número de muertes en hospitales de ese país, dichos decesos se producen como consecuencia a los errores cometidos en el proceso de atención en salud(Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). El análisis de este estudio llevó al futuro desarrollo de programas y nuevas investigaciones encaminadas a la Seguridad del Paciente.

Tras la inquietud y frente a la necesidad de actuar con celeridad que generó el estudio previo, se desarrollaron investigaciones que lograron ampliar los conceptos abordados anteriormente lo que permitió a otros países incluir en sus programas de gobierno la seguridad del paciente generando un sistema de notificación obligatoria de los eventos adversos y las complicaciones resultantes de la atención en salud.

La ejecución de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud propició la creación en el año 2004 de una clasificación internacional para la seguridad del paciente también llamada Taxonomía de la seguridad del paciente, y en el año 2005 en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente surge el primer Reto de Atención Segura, llamado: "Una Atención Limpia es una Atención más Segura", el cual es un llamado universal y formal por parte de la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial para dar el máximo de atención al mejoramiento de los programas y políticas de calidad en referencia a la seguridad del paciente.

Ese llamado de la OMS y la evidente necesidad de controlar las preocupantes cifras que publicó el instituto de medicina de los Estados Unidos en el 2000, empezaron a mostrar avances reales con estudios en instituciones de salud en países de Centro y Latinoamérica, en el 2007, la Organización Panamericana para la Salud (OPS) y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizaron un estudio denominado IBEAS orientado a la prevalencia de efectos adversos en hospitales de 5 países de Latinoamérica involucrando a los gobiernos de: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú; se involucró a 11.379 pacientes de los cuales el 10,5% presentaron algún evento adverso con un 60% de posibilidad de prevención(MINSALUD, 2008), por una línea similar de estudios tenemos el estudio AMBEAS(2012) enfocado en la frecuencia, y características de los eventos adversos en pacientes de asistencia ambulatoria Brasil, Colombia, México y Perú, concluyó que más de una tercera parte de los EA son evitables, los medicamentos la prescripción y la comunicación son la causa más frecuente de errores; el ENEAS(2005)es el estudio español efectuado sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización, el APEAS(2007) es un estudio sobre los efectos adversos asociados a la atención primaria.

A pesar que cada uno de los países evaluados cuenta con modelos y normatividades diferentes, la tendencia se mantuvo y con cifras detalladas se expuso que en la misma línea de calidad en atención asistencial, quirúrgica, farmacológica, legal, laboral, debe ir adherido un programa que ampare todos los aspectos de seguridad desatendidos.

## **5.2 Seguridad Del Paciente En Colombia**

La mayor parte de la información documentada actualmente sobre la Seguridad del Paciente en Colombia proviene de estudios elaborados en países de avanzado desarrollo los cuales apoyados en los avances tecnológicos y habilidades y capacitación del recurso humano han logrado evolucionar en la creación de una cultura que propende la seguridad de los usuarios del sistema de salud. En Colombia, las Políticas de Seguridad del Paciente se desarrollan como un conjunto de normas y estrategias promulgadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para que se implementen por las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en todo el territorio nacional, desafortunadamente, no aplica ni cubre todas las necesidades que requieren los colombianos para el bienestar social.

Colombia en las sutiles intervenciones en materia de seguridad del paciente tiene como referencia el estudio IBEAS, que “pretende determinar la prevalencia de EA y caracterizar los efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, distinguiendo los evitables de los que no son” (Ministerio De Sanidad Y Política Social, s.f.), en una alianza con países de centro América y Suramérica e instituciones líderes en salud a nivel internacional, estos actores buscaban ampliar su espectro de evaluación y conocimiento para continuar en la evolución y mejora de sus programas locales. El estudio es generoso en sus estadísticas y análisis, así como en los enfoques de estudio que plantea, hace una diferenciación por países, estratos, naturaleza y tipos de EA, una de los aportes interesantes del estudio es el llamado a trabajar de manera especial en la cultura de seguridad del paciente como parte de la misión y compromiso de las instituciones, mostró que los mejores resultados pertenecen a las organizaciones que detectan y mejoran sus problemas a tiempo, pedir carencia total de eventos es improbable.

Los Eventos adversos en pacientes que asisten a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica fueron analizados en el estudio AMBEAS, desarrollado con la participación de la OPS/OMS en países que como en el caso de Colombia permitieron comparar la incidencia y naturaleza de los EA en instituciones de salud que accedieron a participar en este estudio. Los resultados obtenidos impactaron en la elaboración de herramientas de medición de los incidentes en la seguridad del paciente y permitieron a los actores de los procesos tomar decisiones importantes para la mejora de los servicios de salud que se prestan actualmente.

### **5.3. Programa y Política Institucional De Seguridad Del Paciente.**

Un programa de seguridad del paciente permite entonces disponer de manera estratégica aquellas herramientas necesarias para la prestación de servicios de salud integrales, accesibles, oportunos y por supuesto seguros que velen cabalmente por el bienestar del paciente.

El diseño del programa de seguridad del paciente debe concebirse como la caja de herramientas que permitirá la correcta identificación y gestión de eventos adversos por lo que como mínimo debe ostentar en su estructura cuatro (4) de los siguientes componentes:

**Planeación estratégica de la seguridad:** La seguridad puede ser considerada como un atributo de calidad por esta razón, la política de calidad de las instituciones debe definir la política de seguridad del paciente y armonizarla con el direccionamiento estratégico de la institución. (MINSALUD, 2010). A su vez es requerido socializar y evaluar el conocimiento de todos los integrantes de la institución de la misma y necesariamente, promover un entorno alejado de lo punitivo.

**Prácticas seguras:** Es necesario que las instituciones fortalezcan sus procesos para hacerlos más seguros esto, por medio de la identificación, concepción e implementación de lo que se conoce como “buenas prácticas de seguridad del paciente” las cuales apuntan a obtener procesos tanto institucionales como asistenciales seguros, incentivar las prácticas que mejoren la actuación de los profesionales e involucrar tanto a los pacientes como a sus familiares en la seguridad. (Valle, 2017). La Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención de

Salud emitida por el hoy Ministerio de Salud y Protección Social además de proporcionar recomendaciones precisas para el desarrollo de estas buenas prácticas facilita una serie de anexos conocidos como paquetes instruccionales que permiten una eficaz adopción de las mismas. Es necesario señalar que dichas prácticas se dividen en dos: las esenciales, que obedecen a un número de 10 y se hacen de obligatorio cumplimiento en el marco del Sistema único de Habilitación, y las complementarias, que corresponden a un número de 20 y se conciben dentro del Sistema Único de Acreditación. (Fundación Guayacanes, 2018). Para efectos de este proyecto cabe destacar la pertinencia de 2 de los 23 paquetes instruccionales emitidos por el nombrado Ministerio los cuales, orientarán este enfoque de procesos seguros en el pretendido diseño del programa de seguridad del paciente de la Fundación Hematológica Colombia así:

Paquete instruccional N°01: “Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio”.

Paquete instruccional N° 02: “Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea”.

**Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente.** La cultura de seguridad del paciente es el resultado del conocimiento, valores, actitudes, creencias y experiencias que poseen los miembros de una institución con respecto a los comportamientos que evitan los errores médicos, previenen los eventos adversos y aumentan la satisfacción al cliente. En este orden de ideas, este tipo de cultura organizacional resulta ser quizá el componente más complejo pues de base, busca alinear comportamientos individuales y crear hábitos frente a objetivos estratégicos orientados a la atención segura. (MINSALUD, 2010)

**Componentes y metodologías para desarrollar la cultura de seguridad.** Algunas herramientas permiten construir este objetivo primordial de la cultura de seguridad del paciente las cuales se fundamentan y desarrollan en los siguientes enfoques:

**Seguridad psicológica:** Asociada a la certeza que tiene el individuo de la organización de que no será adelantada ninguna acción punitiva o humillante frente a su opinión, sugerencias o



inquietudes relacionadas con la atención segura del paciente. Una estrategia para tratar este componente es el de procurar des jerarquizar la práctica médica lo que permitirá incluso, al más novato o aprendiz aportar de manera constructiva a la mejora de procesos con enfoque en seguridad (MINSALUD, 2010).

**Liderazgo efectivo:** Cada líder de proceso o área debe procurar crear un ambiente de trabajo agradable para su equipo de trabajo y el de los demás en un contexto de retroalimentación y refuerzo positivo continuo de la seguridad del paciente. (MINSALUD, 2010).

**Transparencia:** La institución debe ser partícipe en todos sus niveles y tener acceso a toda información generada concerniente a la seguridad del paciente, de esta forma, se busca promover el pensar y actuar con base en lecciones aprendidas que permitan presentar a carta abierta errores y posibles soluciones. (MINSALUD, 2010).

**Cultura justa:** Se basa en la premisa de que el error siendo inherente al ser humano es a su vez inherente al profesional en el ejercicio de su labor diaria , sin embargo , estos tienen la peculiar característica de ser involuntarios , la cultura justa debe propender por el análisis concienzudo y razonable de las acciones que llevaron a la aparición de un evento adverso de manera que se castigue con justa causa y no por condiciones que realmente obedecen a fallas en el sistema y que por su contexto logran salir del control del profesional. (MINSALUD, 2010)

**Medición de la cultura de seguridad del paciente.** Con el paso del tiempo, el enfoque de la Seguridad del Paciente visto desde una perspectiva cualitativa fue cambiando en la medida que se recopilaban datos cuantificables; esto permitió hacer un análisis sobre cifras evidentemente alarmantes de aspectos de la cultura de seguridad en los que se podría tomar medidas para su mejora.

Para hacer la medición de la cultura de SP se han utilizado varias técnicas de análisis cuantitativo, siendo los cuestionarios los más aplicados para evaluar la percepción de la seguridad del paciente tanto de los profesionales a cargo de la atención, como de los pacientes propiamente dichos. En Colombia se utiliza el cuestionario HSOPSC (Hospital Survey On Patient Safety

Culture), diseñado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), direccionado en nuestro país por el Ministerio de Salud Y Protección Social, en la implementación de la Política de SP. Este cuestionario da respuesta a 43 ítems en escala tipo likert, que tiene en cuenta 14 dominios, de los cuales 12 son de análisis confirmatorio. Existen otros instrumentos que también pueden ser utilizados para medir la cultura de SP; pero el HSOPSC ha demostrado tener la ventaja de contar con ítems que muestra un alto valor predictivo, en el caso de tener que medir la frecuencia de reporte de eventos adverso y su notificación en un periodo de tiempo establecido.

Medir la cultura de la SP en las diferentes áreas de la atención en salud, permite la creación y seguimiento de indicadores, que, al ser analizados correctamente, pueden ser utilizados en el diseño y acciones que reduzcan la ocurrencia de eventos adversos en salud(Arias & Gómez, 2017).

**Aprendizaje organizacional.** La institución finalmente debe establecer los mecanismos que permitan generar insumos para la gestión de la seguridad del paciente en un contexto de mejora constante en donde se recalque la importancia de las lecciones aprendidas. Así las cosas, el aprendizaje organizacional incluye:

La definición de un sistema formal para el reporte y medición de eventos adversos implica dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿qué se reporta?, ¿a quién?, ¿cómo se reporta?, ¿a través de que medio?, ¿Cuándo se reporta?, ¿es confidencial?, ¿cómo se puede estimular el reporte en la institución?, ¿Cómo se analiza y gestiona el reporte? (Fundación Guayacanes, 2018)

Con esta última pregunta del literal a entonces, debe también ser definido y clarificado un proceso de análisis y gestión del evento adverso que permita prevenir o mitigar las consecuencias del mismo disminuyendo así las barreras frente a la seguridad. (Fundación Guayacanes, 2018).

#### **5.4 Contexto Organizacional De Una Unidad Transfusional**

Según la normatividad colombiana un Banco de Sangre se define como:

Todo establecimiento o dependencia con Licencia Sanitaria de Funcionamiento para adelantar actividades relacionadas con la obtención, procesamiento y almacenamiento de sangre

humana destinada a la transfusión de la sangre total o en componentes separados, a procedimientos de aféresis y otros procedimientos preventivos, terapéuticos y de investigación. Tiene como uno de sus propósitos asegurar la calidad de la sangre y de sus derivados.(DECRETO 1571, 1993). Ministerio de Protección Social y Salud.

También puede definirse como una “organización técnico – científica y administrativa de una institución médica destinada a la transfusión de sangre y hemocomponentes provenientes de un banco de sangre” (INVIMA, 2018)

La Unidad Transfusional según el Manual De Normas Técnicas, Administrativas Y De Procedimientos En Bancos De Sangre de Colombia, es el establecimiento dotado con capacidad técnica, científica y administrativa de una institución hospitalaria pública o de un proveedor particular destinada a la transfusión de sangre total o de sus componentes provenientes de un banco de sangre y que al igual que las otras áreas destinadas a la prestación de servicios de salud, debe cumplir con una serie de requisitos para su funcionamiento.

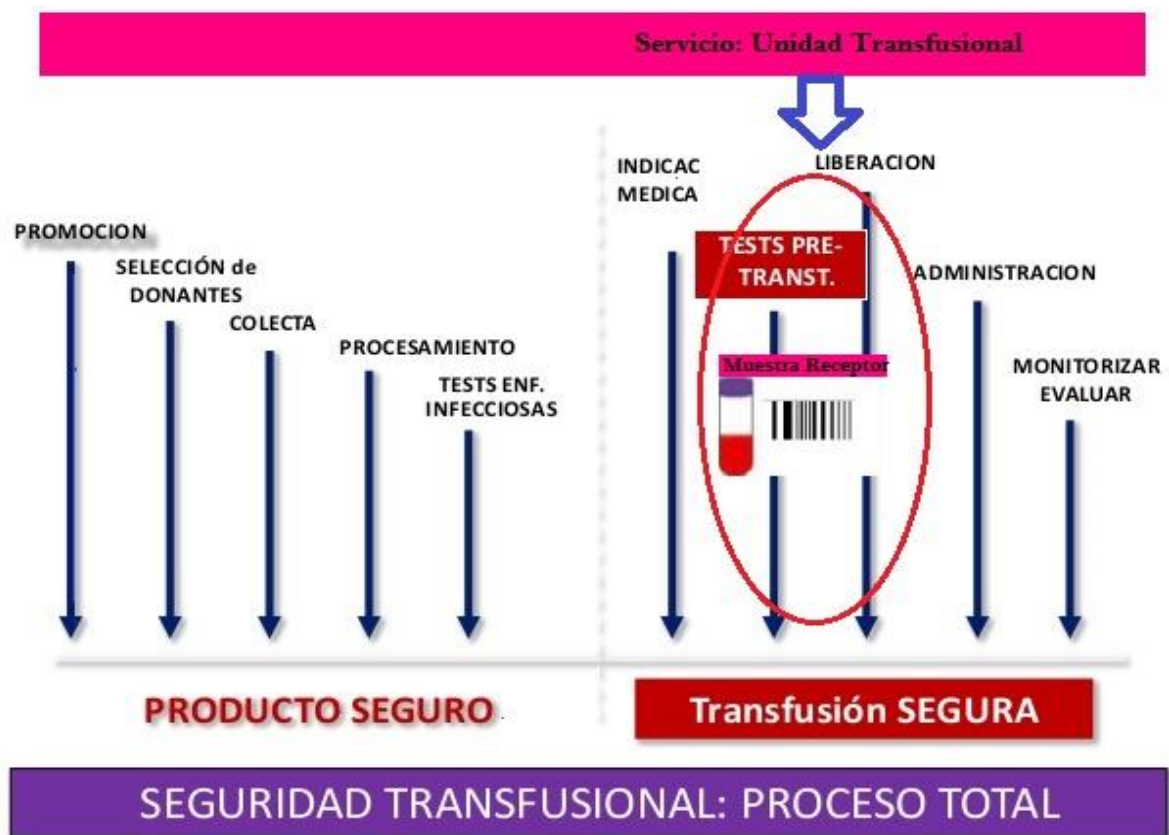
Esta Unidad debe satisfacer con oportunidad y calidad la demanda de los componentes sanguíneos solicitados por los servicios externos que realicen las prácticas de la transfusión; en ellas también se almacena sangre y componentes sanguíneos a los que según sea requerido se pueden realizar pruebas de compatibilidad de sangre y componentes para uso exclusivo actividades de transfusión hospitalaria.

## **5.5 Seguridad Transfusional**

Son una serie de actividades desarrolladas durante todo el Proceso Transfusional que va desde la selección de donantes hasta el monitoreo tras la administración del componente sanguíneo al paciente (ver figura 1. Proceso transfusional); esta requiere de profesionales con un conocimiento profundo y especializado, un manejo meticuloso de la atención al paciente y la aplicación correcta de protocolos establecidos para cada parte del proceso, especialmente para prevenir las complicaciones que pueden presentarse. Durante la fase en la que se realizan las pruebas pre transfusionales es indispensable que la Unidad Transfusional preste mayor atención a las fallas

que puedan generarse en dos puntos claves: Solicitud de transfusión: petición y recepción de sangre para pruebas cruzadas y en el montaje de las Pruebas Cruzadas.

**Figura 1. Proceso Transfusional.**



Fuente: Adaptado de: Mecanismo de Seguridad. Riesgos de la transfusión. García, 2016. Publicado bajo la licencia CCO = 1470652934.

**Hemovigilancia.** Es el conjunto de procedimientos organizados de vigilancia relativos a los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo de la cadena transfusional, desde la extracción de la sangre y componentes hasta el seguimiento de los receptores, todo ello con el fin de prevenir, y tratar su aparición o recurrencia.

**Receptor.** Es la persona que ha recibido una transfusión de sangre o componentes sanguíneos y cuyos datos deben estar identificados inequívocamente previo a la realización de las pruebas de compatibilidad frente al o los componentes eritrocitarios homólogos a transfundir.

**Incidente.** Es el término usado de manera general para hacer referencia a cualquier tipo de efecto, acción o reacción inesperada durante los procesos de donación, preparación de componentes o transfusión (Proceso transfusional).

**Reacción adversa.** Es la respuesta nociva e inesperada en el paciente receptor, en relación con la transfusión de sangre o de sus componentes. Se considera grave si el resultado es mortal, potencialmente mortal, produce invalidez o incapacidad o da lugar a hospitalización o enfermedad o, en su caso, las prolongue.

**Efecto adverso:** cualquier hecho desfavorable vinculado a la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre y componentes (Proceso transfusional).

## **5.6 Marco Legal**

Colombia marca una importante división histórica en el año 1991 con la proclamación de la constitución política, la cual se convierte en la carta de navegación de los diferentes sectores sociales y económicos para estructurar y consolidar sus enfoques en beneficio de los colombianos, la siguiente es una breve referencia de la normatividad clave y de referencia en el sentido específico de la seguridad del paciente en Colombia. Marco Legal asociado a la normatividad de Seguridad Del Paciente en Colombia.

## Tabla 1 Marco Legal asociado a la normatividad de Seguridad Del Paciente en Colombia

---

**Constitución Política de Colombia del 4 de julio de 1991.** Congreso de la República de Colombia. Artículo 78: La ley debe regular el control ejercido a los bienes y servicios prestados a la comunidad, así como la información proporcionada al público sobre su comercialización.

En cumplimiento de la ley será responsable cualquiera que atente contra la salud, durante la producción y comercialización de tales bienes y servicios.

En el Capítulo II de referencia a los derechos sociales, económicos y fundamentales, el artículo citado indica la orientación que deben honrar de manera general, en nuestro caso específico las instituciones, aseguradores y/o empresas que presten servicios de salud.

---

**Decreto Número 1571 del 12 de agosto de 1993.** El cual se reglamenta parcialmente el título IX de la ley 09 de 1979, respecto al funcionamiento de establecimientos encargados de la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, se crean la Red Nacional de bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia (licencias sanitarias, vigilancia y control). Aplicando de este el contenido del documento exceptuando los capítulos III (de los donantes de sangre) y IV (de la aféresis).

---

**Política Nacional de Sangre.** Directriz evaluada por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Medicamentos y Tecnología de la Salud que sirve para garantizar a los colombianos el acceso a suministro de sangre segura.

En este documento se evidencia el panorama nacional con respecto al sistema implementado para el funcionamiento de los Bancos de Sangre en nuestro país, además de mostrar el resultado de las acciones llevadas a cabo por los entes de control como el INVIMA, encargado de regular la normatividad y su cumplimiento para este tipo de establecimientos.

El diseño de esta Política permite que los diferentes actores que intervienen en el sistema de salud garanticen la disponibilidad de una sangre y de sus hemoderivados, por medio de ciertas estrategias y líneas de acción. Todo esto con el fin de solucionar los problemas que tiene nuestro país con lo que respecta a las necesidades de uso de la sangre y sus componentes sanguíneos.

---

Fuente: Elaboración propia. Basada en la normatividad colombiana que regula la prestación del servicio en los bancos de sangre, y las unidades transfusionales.

## **Tabla 1 Marco Legal asociado a la normatividad de Seguridad Del Paciente en Colombia**

### **Parte 2**

---

**Anexo Técnico N° 1, Circular 0082 de 2011.** La cual establece y describe el proceso de confirmación, asesoría, canalización de donantes y reporte al sistema de vigilancia epidemiológica, de los donantes de riesgo por parte de los Bancos de Sangre, y de la acción de los demás participantes de la Red Nacional de Sangre en Colombia.

---

**Resolución 2003 DE 2014 de 28 de mayo de 2014.** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, la cual aplica para los todos los servicios en el estándar de Procesos Prioritarios, cuando estos realicen procedimientos de transfusión, deben contar con una serie de criterios de obligatorio cumplimiento. Además de encontrarse inmerso en el Grupo de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, en el servicio de Transfusión Sanguínea, que requiere del cumplimiento de los siete estándares de Habilitación.

---

**Resolución 0256 del 5 de febrero de 2016.** Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

---

**Decreto 780 del 6 de mayo de 2016.** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 2.5.1.1.1 con lo que respecta al campo de aplicación, no se impondrá las normas del SOGCS (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud) a los Bancos de Sangre entre otros establecimientos del sistema, ya que dicha vigilancia y control de los productos y servicios que prestan, le corresponde exclusivamente al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

Por lo anterior se deduce que ante esa exclusión los Bancos de Sangre y Unidades Transfusionales en el SOGCS; no cuentan con un Programa de Seguridad del Paciente.

---

Fuente: Elaboración propia. Basada en la normatividad colombiana que regula la prestación del servicio en los bancos de sangre, y las unidades transfusionales.

## 6. Metodología

Con el fin de obtener un resultado de calidad, un impacto académico e institucional y con el firme propósito de cumplir los objetivos propuestos, se determinó que el enfoque del presente proyecto es cualitativo teniendo en cuenta que se efectuara un análisis de realidades subjetivas, que otorgue bases para el diseño de un programa de seguridad del paciente en las unidades transfusionales independientes del SOGCS colombianas. Este trabajo plantea el interesante reto de incursionar en un área específica de conocimiento donde la flexibilidad en la normatividad ha dejado a decisión de las instituciones el estricto seguimiento y control de los procesos relacionados con la seguridad del paciente, los datos y/o fuentes de información son muy recientes o sin el esperado nivel de estandarización y profundidad. “La teoría es un marco de referencia” (Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014), con el diseño del programa se busca dar profundidad, enfoque y contexto al proceso en estudio. Los modelos de salud en países pioneros en seguridad del paciente, las experiencias y trazabilidad de eventos adversos en Colombia, son la fuente de análisis para llegar a la profundización y estructuración del programa.

Se considera que el alcance de este proyecto es descriptivo toda vez que se pretende analizar, el impacto, y las características específicas del programa de seguridad del paciente en una unidad transfusional independiente del SOGCS, la unidad de análisis son los documentos que soportan los parámetros y los ángulos de evaluación.

El diseño obedece a uno de tipo no experimental de corte transversal con una línea única de tiempo, se considerarán variables en las cuales ya no se puede influir y se fundamentan en hechos ya ocurridos.

Este proyecto busca ser referente de consulta para las unidades transfusionales independientes del SOGCS en el diseño de un programa de seguridad del paciente. Sustentada en esta referencia tan específica se determina que la población y muestra son teóricas.

Para este proyecto será imprescindible el uso de herramientas que permitan recolectar datos, estos son: documentos técnicos, literatura con relación a estudios, antecedentes y referencias



nacionales e internacionales, reportes de eventos documentados, listados de unidades transfusionales en Colombia, entre otros, todo esto con el fin de dar soporte y estructura al programa propuesto.

El enfoque básico del proyecto busca construir una realidad, un programa que pretende un impacto y/o un progreso, busca la disminución de eventos adversos y el fortalecimiento de una política y cultura de cuidado en salud y mejora en calidad de vida, se trabajará en las fases de observación, análisis y estructura (pensar) y diseño del programa (actuar). Las herramientas de análisis presentes en el diseño son los mapas conceptuales, las matrices de revisión bibliográfica y de formulación de política institucional, flujogramas, y se incluirán las estadísticas disponibles con el valioso análisis que ofrecen los datos cuantitativos. Este proyecto se hará de manera secuencial, ordenado y fundamentado para dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

## **7. Revisión Bibliográfica Internacional y Nacional En Referencia A La Seguridad Del Paciente.**

### **7.1. Revisión Bibliográfica Internacional En Materia De Seguridad Del Paciente**

A lo largo de un complejo proceso evolutivo de millones de años, el ser humano desde los inicios de su adaptación a la tierra ha buscado adoptar hábitos y estrategias que minimicen sus riesgos y aseguren su bienestar. En los primeros milenios de supervivencia, su lucha constante fue contra la agresividad de entorno y la propiedad del terreno con animales salvajes y de enorme tamaño, durante 2.5 millones de años, los humanos se alimentaron recolectando plantas y cazando animales.(Noah, 2013).

El sentido común, las habilidades de comunicación, la fuerza mental y bruta fueron algunos de los factores que marcaron un éxito en la colonización de tierras y sociedades, de ser comunidades nómadas, luego el hombre a consolidar imperios, instituciones económicas, religiosas, culturales y a tomar posesión de los riquezas naturales y materiales que le ofrecía el planeta.

A mayor evolución, mayor grado de complejidad en las relaciones humanas y en la calidad de vida de los habitantes, empiezan a tomar protagonismo las enfermedades, y se hace evidente la vulnerabilidad del ser humano frente a la fuerza de la naturaleza, el desmedido crecimiento de la población trae consigo que las primeras civilizaciones lleven su potencial mental al nacimiento y progreso de la medicina natural.

Se pueden identificar 5 grandes etapas en la historia de la seguridad del paciente, como referente de estudio.(Historia de la seguridad del paciente. Hitos, 2018).

Primeras civilizaciones en lejano y medio oriente

Imperios Helenistas y Romanos

Humanismo- Renacimiento, Hasta la revolución industrial

Siglo XX y los enfoques en estadística y calidad

Publicación del Error es Humano (2000), informes de la OMS y el estudio IBEAS (siglo XXI). La siguiente es una referencia en orden cronológico de los códigos, libros, y autores de las obras más influyentes y que marcaron un importante avance en la seguridad del paciente través de los Siglos.

**Tabla 2 Referencia bibliográfica internacional de apoyo en el estudio de la historia de la seguridad del paciente.**

N°	Título	Autor	Año	Conceptos clave
1	Tratados Hipocráticos	Hipócrates	Aprox 420 al 350 a.c.	Considérese la importancia del principio <u>Primum non nocere</u> (Epidemias, Libro I, Sección II, numero V) cuya traducción indica “Lo primero ante todo es no hacer daño”
2	De Humanicorporis fabrica	Andres Vesalio	1543	Tratado de anatomía Humana cuyo aporte al área de seguridad fue proporcionar un enfoque detallado del cuerpo humano con el fin de disminuir los errores en la práctica médica
3	De la etiología, el concepto y la profilaxis de la fiebre puerperal	Ignaz Semmelweis	1861	Es la obra clave en la propuesta del lavado de manos con solución aséptica y consideraciones importantes en el manejo de la contaminación.
4	“Sick-nursing and health-nursing” (1893) Health teaching in towns and villages. Rural hygiene (1894)	Florence Nightingale	Sus obras van del año 1851 a 1894	Florence de profesión enfermera y educadora, todos sus escritos son de especial aporte a los lineamientos de la seguridad del paciente. Se mencionan estos que son los más relevantes, estableció los principios de la técnica aséptica; su teoría se basó en el entorno centrado en 5 elementos esenciales: aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz.
5	On the Antiseptic Principle in the Practice of the Surgery	Joseph Lister	1867	Enfoca su atención en las causas de la alta mortalidad en pacientes con intervenciones quirúrgicas, destaca las infecciones y las hemorragias como fuentes de atención inmediata

**Fuente:** Elaboración propia modificado de documentos internacionales que incluyen referentes propios de la seguridad del paciente.

**Tabla 2 Referencia bibliográfica internacional de apoyo en el estudio de la historia de la seguridad del paciente. Parte 2.**

<b>6</b>	A Study in Hospital Efficiency	Ernest Codman	1916	Codman es reconocido como el padre de la calidad asistencial y pionero en estudios de estandarización enfocados en la gestión de la calidad en los hospitales, y en la transparencia de las cifras y datos que a su modo de ver debían ser públicos.
<b>7</b>	Los peligros de la hospitalización	Elihu M Schimmel	1964	Artículo que expone datos sobre el impacto de la iatrogenia en un hospital
<b>8</b>	To err is Human: Building a safer Health System	Instituto de Medicina de la Academia Mundial de ciencias de E.E.U.U	2000	Este libro evidencia las dimensiones cuantitativas de muertes por año causadas por errores médicos.
<b>9</b>	Reto mundial en Pro de la Seguridad del Paciente	Organización Mundial de la Salud	2005-2006	Su lema es “Una atención limpia, es una atención más segura”
<b>10</b>	Reto mundial en Pro de la Seguridad del Paciente	Organización Mundial de la Salud	2008	Su lema es “La Cirugía Segura Salva Vidas”
<b>11</b>	Reto mundial en Pro de la Seguridad del Paciente	Organización Mundial de la Salud	2017	Su lema es “Medicación sin daños”

**Fuente:** Elaboración propia modificado de documentos internacionales que incluyen referentes propios de la seguridad del paciente.

Los emperadores y monarcas encontraron en la legislación, los códigos, y las leyes la mejor forma de dictar orden y justicia a las nacientes sociedades, con un crecimiento exponencial en las formas de producción y la población se hacía imposible controlar uno a uno los comportamientos humanos. Uno de los primeros códigos establecidos fue el Hammurabi (1750 a.c.) Cuyo propósito principal era dictar normas de justicia sin perdón y severidad, así como disuadir a falsos magos, o curanderos, once de sus 282 leyes se refieren al acto médico y puede considerarse de las primeras legislaciones en materia de seguridad del paciente, por supuesto guardando las proporciones de tiempo y formación de los practicantes.

Desde la antigüedad hasta los presentes días, la cultura oriental y específicamente la hindú, nos revela que siempre han sido pioneros en explorar y propender por el bienestar físico y mental, desde las filosofías como el yoga, y el ayurveda que traduce “la ciencia o el conocimiento de la vida” éstas prácticas se transmitieron a través de antiguos textos espirituales llamados “VEDAS” que datan del año 3000 a.c. y que consideran el ser humano en todas sus dimensiones, abriendo un horizonte de exploración y estudio físico y mental que perduraría a lo largo de milenios por sus importantes enseñanzas en salud integral.

Los imperios chinos por su parte aportan valiosos documentos que datan de los años 2800 a.c. como los tratados médicos del emperador amarillo o *Huang di Neijing*, que son considerados la Biblia de la medicina China, consta de 81 capítulos y 3 principales enfoques que son: Prevención de enfermedades, Diagnóstico oportuno y prevención y Tratamientos de atención y prevención de la recaída, pero es a Confucio (551-479 a.c.) el pensador chino a quien se le conceden algunos de los más importantes criterios y fundamentos que en las políticas actuales aún se consideran incommovibles : La humanidad o benevolencia, la justicia o rectitud, la conducta correcta y protocolaria, la sabiduría y la confiabilidad.(Historia de la seguridad del paciente. Hitos, 2018).

Los imperios helenistas y romanos, con su avanzada intelectual ofrecen a la medicina y a la humanidad el precedente de considerar el acto médico una especialidad a tratar sin matices de brujería, religión o misticismo, la referencia cumbre son los tratados hipocráticos (Corpus Hippocraticum), autoría de Hipócrates ( 460-370 a.c.), y son un conjunto de escritos médicos que abarcan filosofías y directrices en áreas anatómicas, clínicas, patológicas , terapéuticas y éticas-

morales como lo es el histórico Juramento Hipocrático. Considérese la importancia del principio *Primum non nocere* (*Epidemias, Libro I, Sección II, numero V*) cuya traducción indica “*Lo primero ante todo es no hacer daño*” haciendo referencia aquí a unos de los enunciados más importantes de la medicina a lo largo de la historia.

Si bien la filosofía del imperio romano era lo suficientemente robusta y referenciada, en la edad media las prácticas de higiene y cuidados pos-operatorios sufrieron un revés, el agua potable y las condiciones sanitarias no eran las más adecuadas y la cultura se vio enfrentada a una fuerte influencia religiosa, al punto de considerar que las enfermedades venían de un ser supremo que las enviaba como medio de castigo y dolor, por esta razón los sacerdotes y brujos tenían más credibilidad que los estudiosos en medicina. Es entonces el médico árabe *Avicena* (980-1037 d.c) reconocido como el mejor científico del oriente, quien tiene el mérito del mayor progreso con su obra *Canon de Medicina*. Dentro de sus diversos conceptos e influencias, dio especial énfasis a los beneficios de la higiene, consideraba importante el equilibrio entre el cuerpo, el alma y el ambiente.

En la era humanista se destaca Arnau de Vilanova (1238-1311) médico español considerado el médico más importante del mundo latino medieval, su legado no es ni más ni menos que destacar el efecto moral y ético del médico sobre los enfermos, tenía una especial entrega las causas para mitigar el sufrimiento y el dolor, su obra marco de la medicina se estima en 27 títulos, considerando además sus aportes en los campos de la filosofía y religión. *Régimen Sanitatis ad regum Aragonum* una valiosa joya escrita en forma de poema con énfasis en la medicina preventiva, y recomendaciones en materia de seguridad e higiene, nutrición, apoyo terapéutico entre otras.

Los cambios en las políticas sociales, la consolidación de gobiernos más estructurados, la incursión en el campo de las estrategias militares, políticas económicas más definidas y los avances en materia intelectual, científica, y médica, son el punto de partida para que los siguientes estudios y avances sean de grandes proporciones y con un alto impacto en la humanidad.

Andrés Vesalius (1514-1564), médico Belga considerado el padre de la anatomía moderna, su mérito radica en el trabajo detallado enfocado a la disminución de errores en la práctica médica; casi 3 siglos después tenemos la propuesta del médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis( 1818-

1865) cuyo majestuoso aporte en su obra “De la etiología, el concepto y la profilaxis de la fiebre puerperal ( 1861)” es la propuesta del lavado de manos con solución antiséptica junto a otras propuestas en materia de seguridad del paciente.

En los estruendos de la guerra de Crimea (1853-1856) la enfermera Británica Florence Nightingale (1820-1910) tiene su campo de estudio y enseñanza, en medio de su labor caritativa de apoyo a los heridos en combate, estableció los principios de la técnica aséptica, su teoría se basó en el entorno centrados en 5 elementos esenciales, aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz.(Unesco, 2018), su huella en la historia va más allá de la dedicación a su labor humanitaria, su visión iba más allá de las consideraciones básicas de la época, en su extensa literatura plasma con detalle prácticas, hábitos, innovaciones (como considerar la luz solar, benéfica en la recuperación de los pacientes), y siempre resaltó que la responsabilidad de su labor, era el bienestar del paciente. Pocos años más tarde en 1867 el cirujano británico Joseph Lister (1827-1912) enfoca su atención en las causas de la alta mortalidad en pacientes con intervenciones quirúrgicas, destaca las infecciones y las hemorragias como fuentes de atención inmediata. Su obra se denomina *On the Antiseptic Principle in the Practice of the Surgery*, el valor agregado de esta obra es la medición cuantitativa que Lister dio como fundamento a sus teorías, indicando por ejemplo como se había evidenciado que antes del uso de las técnicas de antisepsia la mortalidad era del 45 % y después descendió al 15 % (HISTORIA DE LA MEDICINA, 2019).

Llega a este punto de nuestro registro cronológico un concepto que marca una tendencia en el siglo XX, “Calidad”, y comienza esta era con los aportes de médico americano Ernest Codman (1869-1940) enfocados en la gestión de la calidad en los hospitales, y en la transparencia de las cifras y datos que a su modo de ver debían ser públicos, Codman es reconocido como el padre de la calidad asistencial y pionero en estudios de estandarización. Este siglo es de cohesiones en diferentes áreas humanas, estadísticas y sociales, se puede ver la incursión de la estadística, la economía, la sociología, la psicología entre otras ramas de estudio, en procesos de mejoramiento de la calidad en salud. En 1964 el médico Elihu M Schimmel publica un artículo llamado “los peligros de la hospitalización” donde expuso datos sobre el impacto de la iatrogenia en un hospital, las cifras eran preocupantes, 20 % de los pacientes sufrió lesiones, esto prendió las alarmas y el interés de profesionales y académicos en el área, desde entonces la seguridad del paciente, ha sido de vital importancia en la garantía de calidad de la salud a nivel mundial.

Con esos precedentes, y con la puesta en marcha de estudios y análisis amparados y apoyados por autoridades en salud a nivel mundial, es publicado en el año 2000 una obra cumbre en el estudio de los eventos adversos y la seguridad del paciente, (To err is human: building a safer health system) del Instituto de Medicina de la Academia Mundial de ciencias de E.E.U.U , la importancia o la gravedad del estudio, radica en que evidenció cifras de alto impacto social, exhibiendo el vacío tan enorme que las políticas de calidad de las instituciones que prestan servicios de salud tienen en el tema específico de seguridad del paciente. La importancia de éste estudio radica en que publicó las cifras preocupantes del número de personas que mueren al año en ese país, y aunque el rango es amplio (de 44.000 a 98.000 personas) realmente lo que logra crear es una conciencia a nivel mundial de la inmediata intervención en materia de seguridad del paciente para evitar que los errores médicos cobren más vidas que las mismas enfermedades como el cáncer, el SIDA o accidentes de tránsito.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en el año 2005 y después de haber invitado en sus asambleas mundiales de los años 2002 y 2004 a sumar esfuerzos para crear una alianza mundial para la seguridad del paciente, lanza su primera estrategia denominada “Reto Mundial en Pro de la Seguridad del Paciente”(OMS, 2005-2006), es un documento de lenguaje sencillo, extensión moderada, pero con un pletórico contenido cuantitativo y analítico. Su lema es “Una atención limpia, es una atención más segura” su finalidad es la sensibilización y realización de campañas, el compromiso de los países, y la aplicación de pruebas piloto, su carta de navegación son los procesos y sistemas bien diseñados, un entorno higiénico, practicas más seguras, y liderazgo y compromiso, tiene un apartado específico para la seguridad en la sangre. Debido a que no se trata de un tema aislado o de fugaz atención, la OMS publica dos retos globales más en materia de seguridad, en el 2008 “la cirugía segura salva vidas” y en el 2017 “Medicación sin daños”, buscando redoblar los buenos resultados y la adherencia a nivel mundial del primer reto.

En el año 2007 El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), se convirtió en el primer estudio realizado a gran escala en 5 países: Argentina, Costa Rica, Colombia, México y Perú, su principal justificación radica en la certeza de que la falta de seguridad en la atención es considerada hoy en día como un problema de salud pública mundial.(OMS, 2010). Se realizó entre



los años 2007 y 2009, en 58 centros hospitalarios y 11379 pacientes, se resaltó que la tasa de eventos adversos documentada fue de 10,5%, de los cuales el 60% se consideraron evitables, así como un 6% de las muertes. En una línea similar de estudio se encuentra en estudio AMBEAS realizado en el año 2012 con la participación de Brasil, Colombia, México y Perú, dentro de sus propósitos se encuentran entre otros analizar la viabilidad de estudios con el paciente como fuente de información, estimar la frecuencia de E.A en los servicios de atención ambulatoria, identificar áreas prioritarias de intervención, estos pueden ser considerados como la entrada al modelo participativo y de análisis de Colombia en el tema de seguridad del paciente.

## **7.2 Revisión Bibliográfica Nacional En Materia De Seguridad Del Paciente**

Mediante Decreto 2309 de 2002 se define en Colombia el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS que fue definido a su vez mediante Ley 100 de 1993. Según términos del citado Decreto la calidad de la atención en salud debía entenderse como aquella provisión de servicios tanto accesibles como equitativos que deben ser prestados teniendo en cuenta los recursos disponibles y con un nivel profesional óptimo logrando con ello la adhesión y satisfacción del usuario (Decreto 2309, 2002) del Ministerio de Salud. Bajo esta definición en 2004 el Gobierno Nacional de Colombia mediante el entonces Ministerio de la Protección Social decidió impulsar en las instituciones a nivel nacional de una temática de vigilancia conocida como eventos adversos trazadores la cual se monitoreo por dos años al final de los cuales, se obtuvieron resultados favorables es decir, avances significativamente impactantes que conllevaron a tomar la decisión de extenderla en todo el país esto, mediante la emisión de la Resolución 1446 de 2006 en la que se concibió la creación de los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Ministerio de la Protección Social, 2007). En este grupo de indicadores se establecieron 4 dominios entre los cuales se encontraba el de gestión del riesgo, orientado hacia la determinación de la tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas, tasa de infección intrahospitalaria y proporción de vigilancia de los Eventos adversos.

En el año 2006, con la publicación del Decreto 1011 de la misma vigencia, se reestructura y amplían los componentes y alcances del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud ( derogando así el Decreto 2309 de 2002) caracterizando dicho sistema según

su artículo 3 como accesible, oportuno, pertinente, continuo y sobre todo, seguro, frente a aquellos potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud (Decreto 1011, 2006).

Tal y como se mencionó en la sección de revisión bibliográfica internacional, entre los años 2005 y 2006 la OMS lanzó e impulsó la denominada Alianza mundial para la seguridad del paciente, campaña con la que Colombia tomó la decisión de enlazar el sistema de garantía de calidad ya propuesto con una política de seguridad del paciente. Dicho enlace requería de la propuesta de estrategias para abordar e implementar dicha política en un contexto por lo menos cercano y real en el país por lo que el estudio IBEAS, marca un hito en América Latina toda vez que el informe final obtenido en 2010, efectuado con un número significativo de centros hospitalarios, contribuyó a la planificación de estrategias de vigilancia y monitorización así como a la orientación de las políticas las cuales debían claramente priorizar actividades encaminadas a la prevención (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Así, se hace necesario profundizar y destacar el desarrollo de la seguridad del paciente en Colombia de forma que pueda darse uso extrapolable a las Unidades transfusionales de aquellos lineamientos, políticas y demás información disponible en la materia. En el marco del SOGCS, la seguridad del paciente cobra relevancia por lo que la gerencia de todo prestador de salud debe demostrar su compromiso hacia ella al concebirse la misma como parte de las estrategias para promover no solo entornos seguros de atención sino también de cultura de seguridad.

Una vez contextualizado los avances en materia de calidad y, por ende, seguridad en el país, se presenta en la tabla No 3 aquellos textos que fueron revisados al detalle que, además de referencia, son útiles para extraer información que guíe en la construcción de un programa de seguridad del paciente para las Unidades transfusionales:

**Tabla 3. Referencia bibliográfica nacional de apoyo para seleccionar los elementos que pueden orientar al diseño de un programa de seguridad del paciente en las unidades transfusionales.**

No	Título	Autor	Año	Conceptos Clave
1	Líneamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.	Ministerio de la Protección Social	2008	Documento expedido por el Gobierno nacional en donde se exponen entre otras cosas, los principios orientadores de la política de la seguridad del paciente, objetivos de dicha política, así como los elementos estratégicos para la mejora de la misma.
2	Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud	Ministerio de la Protección Social	2010	Este documento se presenta un estado del arte de la seguridad del paciente en Colombia hasta 2007. De igual forma, declara los objetivos de las estrategias de la seguridad de la atención en el SOGCS, así como las herramientas para evaluación de incidencias, reporte intrainstitucional, tamizaje para la vigilancia intrainstitucional, formatos para identificar e investigar el evento adverso, formatos para vigilancia de caídas de pacientes e instrumentos para evaluación de reingreso de prematuros.
3	Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud.	Ministerio de la Protección Social	2010	Documento guía emitido por el hoy Ministerio de salud y protección social en donde se imparten directrices para adelantar prácticas seguras, procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, incentivación de prácticas que mejoren la actuación de los profesionales y la importancia de involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad. Por otro lado, presenta 7 anexos del cual puede destacarse el anexo relacionado con la prevención de complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componente y a la transfusión sanguínea.
4	Promoción de la cultura de seguridad del paciente	Ministerio de la Protección Social	2011	Documento que busca impartir instrucciones al personal en todos los niveles de la organización para el desarrollo de competencias y destrezas asociada a la promoción de la cultura de seguridad del paciente.

**Fuente:** Elaboración propia modificado de documentos internacionales que incluyen referentes propios de la seguridad del paciente.

**Tabla 3. Referencia bibliográfica nacional de apoyo para seleccionar los elementos que pueden orientar al diseño de un programa de seguridad del paciente en las unidades transfusionales. Parte 2**

5	Paquete instruccional: Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y la transfusión sanguínea	Ministerio de Salud y Protección social	2010-2014	Paquete guía en sus versiones 01 y 02 emitidos por el Ministerio de Salud que buscan identificar y detectar aquellos errores en la atención clínica que contribuye en la aparición de complicaciones asociadas al manejo y disponibilidad de la sangre, así como al establecimiento de mecanismos de monitoreo y medición recomendados para la aplicación de prácticas seguras esto, a través de la presentación de experiencias exitosas.
6	Paquete instruccional: Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad	Ministerio de Salud y Protección social	2014	Este documento presenta mediante experiencias exitosas las directrices para proceder con la identificación y detección de los factores y fallas que pueden materializarse como consecuencia del no involucramiento del paciente es su propio cuidado, así como su familia.
7	Paquete instruccional: Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente	Ministerio de Salud y Protección social	2014	Este paquete instruccional contiene información relacionada con los aspectos claves de la seguridad del paciente para lo que brinda directrices sobre las características de los indicadores, programas de monitoreo que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de eventos adversos, las herramientas que facilitan tanto su monitoreo como análisis y la medición del clima de la cultura de seguridad del paciente.

**Fuente:** Elaboración propia modificado de documentos internacionales que incluyen referentes propios de la seguridad del paciente.

En pro de armonizar la implementación de la mencionada política de seguridad del paciente el hoy Ministerio de Salud y Protección social hace público y pone en el año 2018 a disposición de los prestadores de servicios de salud el documento titulado como: Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.

Es importante resaltar que en dicho documento se han establecido unos principios transversales a la política de seguridad del paciente los cuales orientan la implementación de la misma, en este sentido, fueron definidos los siguientes 7 principios: Enfoque de atención centrado en el usuario, cultura de seguridad, integración con el SOGCS, multicausalidad, validez, alianza con el paciente y su familia y alianza con el profesional de la salud. (MINSALUD, 2008)

De estos, se establece que para efectos del presente proyecto pueden ser válidos y adaptados 6, toda vez que, el principio relacionado con la integración con el SOGCS no puede ser soportado teniendo en cuenta que las unidades transfusionales no se contemplan dentro del alcance de dicho sistema según términos de la parte 5, título I, capítulo I, artículo 2.5.1.1.1 del Decreto 780 de 2016.

Es claro que la política deberá ser desplegada de forma sistémica y con la ayuda de herramientas que deben ser claramente definidas así mismo, su formulación debe ostentar propósitos y formas de implementación claros, cobrando relevancia para el presente proyecto los presentados a continuación:

- Fomento de un entorno seguro de atención
- Institución de una cultura de seguridad del paciente, educativa, justa y no punitiva.
- Capacitación, educación y entrenamiento del personal de salud en los temas relacionados con seguridad del paciente.
- Estructuración e instauración de un sistema de reporte tanto de incidentes como de eventos adversos.
- Homologación en la institución de conceptos que resulten de destacada importancia lograr una comunicación efectiva en el contexto de la seguridad del paciente, para lo cual se recomienda acoger los términos y definiciones ya establecidas en los lineamientos otorgados por el Ministerio de Salud lo que permitirá desarrollar la

política y programa en las unidades transfusionales de una manera generalizada y globalizada.

- Formas en las que se construirán alianzas con el profesional de salud, el paciente y su familia.
- Integración con demás procesos y políticas institucionales como la de calidad.
- Determinación de los recursos disponibles para la implementación de la política.
- Implementación de barreras de seguridad
- Implementar el programa de reactivo vigilancia (Ministerio de la Protección Social, 2008)

Tal y como se había mencionado, la política de seguridad del paciente es uno de los 4 componentes básicos del programa de seguridad del paciente, la cual, va seguido de la promoción de la cultura de seguridad, el sistema de reportes de IA o EA y el análisis y gestión de los mismos siendo importante, en este último componente, definir las herramientas requeridas para proceder con dicha gestión, encontrándose en el documento de lineamientos expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social las siguientes:

- Herramientas en los procesos de gestión:
  - Acciones institucionales
  - Detección del EA: Cribado, metodología de trigger-tool
  - Instrumento de reporte
    - Herramientas para la evaluación de la incidencia o prevalencia de EA
      - Encuesta de clima de seguridad del paciente
      - Estudio IBEAS
        - Herramientas para el análisis causal
          - Protocolo de Londres
          - AMFE (análisis modal de fallas y efectos)
            - Herramientas adicionales:
              - Rondas de seguridad
              - Experiencias institucionales

-Presentación y despliegue del programa de manera vertical en la organización (Ministerio de la Protección Social, 2008).

En el anexo N° 02 del documento denominado como lineamientos se presenta la clasificación de los tipos de atención insegura en salud contabilizándose así un total de 15 tipos que permiten la creación de la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la Atención del Salud también avalada y emitida por el Ministerio de Salud y la Protección Social cuyo objeto, es establecer algunas recomendaciones que puedan tener en cuenta las instituciones para promover y gestionar la adopción de prácticas seguras que pueden incluso, fungir como estrategias del programa de seguridad del paciente. De esta forma se da paso a la creación de varios paquetes instruccionales los cuales basados en la metodología ABP ( Aprendizaje Basado en Problemas) permiten reflexionar a quien las lea de la importancia de dar aplicación y extensión a su contenido en los lugares donde se prestan servicios de salud promoviendo también el aprendizaje continuo, la solidaridad y la cooperación en el marco del derecho fundamental de la salud (Ministerio de salud y protección social, 2014)

De los 21 paquetes allí presentados se considera que la información contenida en cuatro (4) de ellos aportaron de manera significativa en el cumplimiento de los objetivos planteados en este proyecto (ver tabla 3.), destacando así aquellos orientados a la correcta identificación del paciente y de la muestra de laboratorio, así como el relacionado con la prevención a las complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de la sangre y sus componentes. En este punto, es acertado citar y compilar las acciones propuestas por la guía técnica Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud en su versión 01 y 02 que finalmente están orientados a describir aquellas acciones para prevenir las complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de la sangre y sus hemoderivados entre las que se encuentran:

- La estructuración y control de la cadena de abastecimiento de los productos sanguíneos (disponibilidad).
- La recepción de los componentes sanguíneos (que incluya verificación de orden o solicitud de la sangre o alguno de sus componentes), verificación de sus atributos de

calidad, tipo de componente, correcta e indeleble identificación que permita trazar donante y receptor, así como cumplimiento de la cadena de frío.

- El almacenamiento en condiciones adecuadas de los componentes sanguíneos inventario, criterios y condiciones de almacenamiento, seguimiento del despacho)
- La definición de procesos de identificación inequívocos incluso de pacientes con características especiales (paquetes de urgencia, pacientes pediátricos, autólogos entre otros) evitando con ello que se administren a pacientes diferentes a los que fueron requeridos.
- La estructuración de procesos que permitan entrega correcta y oportuna de los componentes sanguíneos en el marco de un sistema de calidad.
- La comunicación efectiva entre el personal de salud y el banco de sangre o unidad transfusional de forma que se entreguen a los mismos las solicitudes de la forma requerida facilitando su comprensión y disminución de errores por descuidos en la interpretación o diligenciamiento de la información en la documentación.
- El brindar capacitación y entrenamiento al personal de salud en temas relacionados con los riesgos de transmisión de infecciones, manejo de hemoderivados, posibles reacciones adversas y posibles causas de su aparición, importancia de descartar bolsas de sangre después de un tiempo de permanecer fuera de la cadena de frío, importancia de almacenamiento en condiciones que no permitan proliferación bacteriana, registro adecuado y a conciencia en la historia clínica del paciente de la transfusión, entre otros).
- La implementación y adherencia a las buenas prácticas de laboratorio que permitan obtener resultados confiables de los ensayos en los servicios transfusionales y bancos de sangre.
- El manejo de las solicitudes de sangre urgentes estableciendo lo que en definitiva debe considerarse prioritario en tiempo (3 horas, el mismo día, dentro de una hora, en minutos etc.)
- El aseguramiento del transporte de la sangre desde el banco de sangre hasta el paciente en las condiciones adecuadas y bajo el principio de oportunidad.
- El establecimiento de mecanismos para llevar a cabo la hemovigilancia de forma activa (esto incluye identificación, notificación y análisis de eventos adversos, así como la consolidación y seguimiento a las acciones correctivas).



- La creación de una lista de chequeo que permita paso a paso avanzar en el proceso transfusional involucrando en el mismo la entrega y recepción de la sangre desde el banco o unidad transfusional.

Con relación al componente de promoción de la cultura de seguridad del paciente una vez el mismo ha sido señalado por el National Quality Forum de Estados Unidos como una de las recomendaciones con más peso que, a su juicio permiten mejorar la seguridad del paciente, no obstante, la misma se extiende a todos los niveles de la organización lo que en el corto plazo la vuelve un poco compleja de implementar adelantando entonces en un inicio evaluaciones periódicas de su progreso. La Agencia para la investigación de la calidad de la atención en salud de los Estados Unidos (AHRQ), diseñó una encuesta orientada a medir la percepción del personal de un centro hospitalario frente a la seguridad del paciente con tanto éxito que esta metodología sigue siendo aplicada a nivel global. Dicha encuesta pretende identificar la percepción individual frente a algunos aspectos como: frecuencia de eventos reportados, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo en y entre servicios, comunicación abierta, retroalimentación del error, grado de seguridad del paciente, respuestas no punitivas a los errores, soporte gerencial dado a la seguridad del paciente, cuidado transicional entre otros. Es así como la cultura de seguridad del paciente puede ser uno de los ejes centrales para estructurar el programa.

En 2018 el Instituto Nacional de Salud presentó un informe individualizado de la actividad de los servicios transfusionales en Colombia de esta forma, de los 32 territorios departamentales y la capital del país garantizan la cobertura del mismo en un 81,4% contando entonces con cerca de 479 prestadores de servicios de transfusión, de esta forma la tasa de pacientes transfundidos por cada mil habitantes de Colombia es del 6,7%. En este contexto cobra relevancia la tasa de demanda satisfecha de transfusiones siendo la misma un indicativo de la capacidad de los bancos de sangre y los servicios de transfusión y según datos del INS para Colombia dicha satisfacción ostenta un porcentaje del 94,3% tanto para eritrocitos como para plaquetas siendo entonces transfundidos en 2018 cerca de 332.093 pacientes. (Instituto Nacional de Salud, 2018).

## **8. Política Institucional de Seguridad del Paciente**

Las Políticas Institucionales más que documentos escritos, constituyen una decisión que se toma en conjunto con los actores buscando definir una guía donde los miembros de las instituciones conocen los límites dentro de los cuales pueden operar en un proceso de una forma consistente y lógica permitiendo que la alta dirección no tenga que intervenir y decidir en cada una de las acciones rutinarias.

Los valores y la cultura institucionales deben verse reflejados en las políticas con el fin de expresar la calidad y expectativas de la empresa hacia el personal, así mismo permitir garantizar los niveles de calidad en los servicios.

Dentro de las políticas debe estar inmerso el trabajo de todos los niveles de la organización ya que todos se verán impactados por las políticas que se formulen, además esto minimiza la aprensión para su adherencia y maximiza la posibilidad de interiorización en cada uno de los procesos.

La Política de Seguridad del Paciente busca implementar estrategias de seguridad en la prestación del servicio de salud la cual debe estar descrita en el Programa de Seguridad del Paciente donde se detalla el procedimiento para identificar, prevenir y reducir los riesgos garantizando el mejoramiento continuo y la consolidación de la cultura organizacional de la seguridad del paciente. Dicha Política necesita estrategias a nivel de los sistemas de información institucionales, procesos de tecnología, adquisición y entrega de insumos, gestión del talento humano, con un liderazgo, formulación y promoción de la cultura de seguridad del paciente; educando a los diferentes actores en el contexto de la seguridad el paciente y su familia permitiendo su adherencia y ejecución para la disminución y minimización de los eventos adversos que se puedan presentar creando un entorno seguro de atención.

La Política Institucional a continuación propuesta busca pertenecer desde las Unidades Transfusionales independientes a la cadena de Seguridad del Paciente en los servicios de transfusión de las entidades vinculadas, estableciendo unos parámetros dentro de los cuales el

servicio ofrecido como institución con la Unidad Transfusional independiente garantice en ella una calidad del servicio enfocado en la seguridad del paciente para el cliente final.

Para la elaboración de la Política se diseñó una matriz donde se incorporaron cada uno de los aspectos necesarios y fundamentales, de igual forma se planteó una Plataforma Estratégica que puede llegar a ser incorporada por la Unidad Transfusional Independiente que desee incorporar ésta política, incorpora cada una de las partes interesadas y su impacto dentro de la política, oportunidades de mejora que se plantean ante la alta dirección de la organización y su compromiso con la política y aquellos factores claves de éxito para el desarrollo de ésta.

Dentro del planteamiento de la política se indican objetivos específicos que buscan cumplir, ejecutar, desarrollar e implementar el alcance, el impacto, el compromiso de la organización y la vinculación e incorporación de la alta dirección dentro de todo el proceso incorporando adicionalmente el impacto hacia las instituciones vinculadas a la unidad transfusional, el impacto desde y hacia el programa de seguridad del paciente en dichas instituciones; y el impacto ante los pacientes que finalmente reciben los hemocomponentes provenientes de la unidad transfusional al ser parte activa de la seguridad del paciente desde un ambiente externo al programa de la institución vinculada y su aporte en los comités transfusionales.

Finalmente se plantea una serie de indicadores los cuales buscan evaluar desde diferentes aspectos la Política de Seguridad el Paciente en la institución la cual pertenece la unidad transfusional, con el fin de identificar acciones de mejora que permitan una mejora continua frente a la seguridad del paciente. Ver Anexo A.

Se muestra una matriz de formulación para desarrollar la política institucional de seguridad del paciente para unidades transfusionales independientes del SOGCS colombianas la cual pretende desde una propuesta de plataforma estratégica para la unidad transfusional, la incorporación de la política de acuerdo con los lineamientos de la institución a la cual pertenece la unidad transfusional que desee adoptar ésta política. Ver Anexo A.

## **9. Elementos Estructurales Del Programa De Seguridad del Paciente Para Una Unidad Transfusional Colombiana.**

Para definir el Programa de Seguridad del Paciente aplicado a todos los eslabones de la cadena transfusional que hace parte de las instituciones destinadas a la prestación de servicios que van desde la selección del donante hasta la ejecución de la transfusión se tuvieron en cuenta los siguientes elementos que hacen parte de la estructura del Programa de Seguridad del Paciente aplicados en este caso al servicio a la Unidad Transfusional.

### **9.1 Política Institucional**

Se define como el primer elemento estructural del programa de seguridad al paciente y puede ser considerado como la columna vertebral ya que garantiza e implementa estrategias, procedimientos, instrumentos, planes, actividades y recursos que minimicen los riesgos, incidentes y eventos adversos para contribuir a la creación de un ambiente seguro para el paciente, su familia, el equipo asistencial y administrativo, y el entorno, dentro de las normas éticas, técnico científicas y del servicio para finalmente contar con instituciones seguras.

Es por ello que dentro de este trabajo se ha dedicado un capítulo exclusivo a la elaboración de ésta política institucional la cual fue planteada de tipo servicio con el fin de buscar la satisfacción total al incorporarse de forma activa dentro de la cadena transfusional, a la seguridad del paciente y los programas de las instituciones vinculadas a las unidades transfusionales independientes de SOGCS colombianas.

Se diseñó una matriz como herramienta de formulación con el fin de incorporar los elementos y aspectos fundamentales para el planteamiento de la política; de igual forma se involucran las partes interesadas, oportunidades de mejora y compromiso de la alta dirección dentro del éxito en su desarrollo, los objetivos, el impacto y los indicadores necesarios para la evaluación, control, y análisis de los aspectos incorporados en la política institucional.

## **9.2 Sistema de Reporte de Eventos Adversos y Aprendizaje**

La correcta identificación de las muestras, la calidad e integridad de los componentes, los registros y el transporte de los hemocomponentes son las causas propuestas para los posibles incidentes que se pueden presentar en las unidades transfusionales y que se pueden materializar en los pacientes como eventos adversos en las instituciones vinculadas.

Una vez identificados estos aspectos podemos continuar al proceso de reporte de los incidentes que se pueden presentar en la unidad transfusional; el formato de reporte busca precisar los detalles de descripción, persona responsable, tiempo, lugar, modo, aseguramiento de confidencialidad, análisis y gestión del incidente que se presenta.

Para éste caso planteamos un modelo de reporte para la notificación de incidentes o eventos adversos el cual puede ser utilizado por las unidades transfusionales para el reporte de aquellos efectos indeseados que se pueden presentar; éste reporte busca recoger de una forma fácil, concreta, libre y espontánea la información del suceso con el fin de permitir al reportante manifestar lo ocurrido.

Finalmente se plantea una ruta de reacción ante la ocurrencia de un incidente o evento adverso en la unidad transfusional con el fin de registrar la cadena de manejo ante estos temas.

## **9.3 Análisis y Gestión De Incidentes o Eventos Adversos**

Una vez definido el sistema de reporte para incidentes o eventos y, de acuerdo a la revisión bibliográfica efectuada, se precisa estructurar lo que será el cuarto pilar del Programa de Seguridad del Paciente para las Unidades Transfusionales el cual, obedece al sistema de análisis y gestión de dichos eventos o incidentes. Es necesario aclarar que por la naturaleza de las Unidades Transfusionales los reportes generados serán caracterizados como incidentes ya que como se ha explicado a lo largo de este documento, las mismas no participan de la actividad propiamente descrita como transfusión, no obstante, una mala adecuación, tratamiento o análisis de la muestra

a transfundir puede acarrear serias consecuencias sobre el paciente motivo por el cual, cobra relevancia la gestión de dichos incidentes.

Se propone entonces, para el desarrollo de esta actividad en las Unidades Transfusionales, la aplicación de un modelo de análisis e investigación ya descrito en la literatura y sugerido en el contexto de la seguridad del paciente conocido como protocolo de Londres el cual, resulta oportuno y provechoso ya que abarca el proceso de atención desde un enfoque multicausal lo que permite encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el proceso de transfusión y no solo en el evento o incidente en sí. Se pretende que dicho modelo sea desarrollado en tres fases, así: Una primera fase orientada hacia la recolección de información mediante diferentes fuentes fiables que permitan contar con los datos necesarios para efectuar una adecuada investigación. Dicha información será recopilada y organizada por un equipo investigador debidamente conformado y cuya función es lograr reunir de forma verás y fehaciente evidencia de lo acaecido. En la segunda fase, se procederá a analizar al detalle la información recopilada de manera que se logre identificar cuáles fueron las razones que conllevaron a la aparición del evento o incidente, para lo que se definirán los factores contributivos en el contexto de la Unidad Transfusional y su adecuado análisis mediante el diagrama de causa y efecto sugerido , así mismo, se orientará hacia la priorización de las causas raíz para finalmente, instaurar una tercera fase la cual, consistirá en la construcción de planes de acción que permitan la gestión adecuada de las causas raíz halladas así como su seguimiento con miras al cumplimiento de las actividades propuestas para subsanar los hallazgos y contemplar su cierre , permitiendo ello una medición de la gestión efectuada así como, la estructuración de los sugeridos informes de lecciones aprendidas con los que se busca que todos en la Unidad Transfusional, de manera reflexiva, tomen lo acontecido como oportunidad de aprendizaje y mejora continua.

#### **9.4 Promoción de Cultura De Seguridad Del Paciente**

Desde la Unidad Transfusional se llevan cabo actividades de identificación, reporte y análisis de incidentes o Eventos Adversos generados durante la práctica clínica, como parte del ciclo de

Promoción de la Cultura de Seguridad institucional, y que derivan de un conocimiento por parte de los colaboradores de una entidad para prestar servicios de salud.

#### **9.4.1 Herramientas para construir una cultura de seguridad del paciente en la unidad transfusional.**

- **Cultura de Seguridad del Paciente:** Hace parte de los componentes medibles sobre el clima de Seguridad del Paciente y se da cuando se realiza un análisis de las fallas en la percepción sobre aspectos que tratan acerca de la Seguridad del Paciente. Permite a la institución tomar acciones correctivas y así lograr minimizar las posibilidades de recurrencia de un incidente o Evento Adverso.
- **Medición de la cultura:** Se realiza por medio de una encuesta como la AHRQ (Hospital Survey on Patient Safety Culture), instrumentalizada para la evaluación de diferentes dimensiones que permiten hacer una valoración mediante la escala de Likert, cuyo resultado evidencia el despliegue de la política de seguridad del paciente en la institución.
- **Creación de líneas estratégicas:** Promueven la seguridad del paciente en la unidad transfusional por parte de un equipo multidisciplinario, el cual aplicará las herramientas necesarias para incentivar actividades de mejora de seguridad por parte de los profesionales involucrados en la parte asistencial y administrativa de la institución. Las unidades funcionales son:
- **Comité de Seguridad del Paciente:** Proponer y acoger medidas de prevención y control de los incidentes y eventos adversos; velan por que se lleven a cabo reuniones periódicas que informen sobre la gestión institucional para la disminución y gestión del riesgo en la atención en salud. incidentes y eventos adversos.
- **Grupo Operativo:** Trabajan para mejorar los procesos asistenciales por medio de actividades cortas de inspección sobre las labores cotidianas de un área específica de trabajo.
- **Rondas de Seguridad:** Son reuniones en las que interviene personal administrativo y de un servicio asistencial determinado, para promover un cambio en la Cultura de Seguridad de Paciente por medio de actividades que verifiquen la adherencia a guías,

protocolos y buenas prácticas. Son visitas cortas sin previo aviso y deben realizarse bajo un enfoque de aprendizaje que promueve la cultura de reporte sin temor; cuya metodología será observacional aplicando entrevistas al personal asistencial.

Procedimiento de las Rondas de Seguridad: se desarrollarán en los siguientes pasos:

Formación del equipo.

Planificación.

Identificación de los riesgos por área.

Aplicación de listas con los criterios a chequear.

Reportes sobre planes de mejora.

- **Sesiones Breves:** Son actividades que apoyan la herramienta de Rondas de Seguridad, pero se llevan a cabo en lapsos de tiempo más cortos, por lo general de 5 a 10 minutos, una o dos veces por semana, en reuniones donde el personal a cargo del servicio recibe recomendaciones y se siente motivado a realizar observaciones sobre las dificultades que con más frecuencia se presentan sobre aspectos de seguridad del paciente en el servicio donde laboren.
- **Prácticas Seguras en Unidades Transfusionales:** Es aquella recomendación formalizada y explícita en un documento hecho público a toda la institución, que ofrece beneficios para la seguridad del paciente si están constantemente implantadas. Para el desarrollo de estas prácticas en Unidades Transfusionales Colombianas, es indispensable tener presente Según los lineamientos que ofrece la " Guía Técnica de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente" del Ministerio de Salud y Protección Social, los paquetes instruccionales que aplican a las unidades transfusionales son los siguientes:
- **Procesos Institucionales Seguros.** Apoyan la existencia del Programa de Seguridad del Paciente con su respectiva caja de herramientas para identificación y gestión de eventos adversos.
- **Procesos Asistenciales Seguros:** Garantizan la conservación de las características biológicas y físicas de las muestras y hemocomponentes por medio de la correcta



identificación del paciente en los procesos asistenciales y la Prevención de complicaciones asociadas a Disponibilidad y Manejo de Sangre.

- **Prácticas Seguras:** Están relacionadas con la mejora en la actuación de los profesionales.

## 9.5 Gestión Del Riesgo

Teniendo como premisa y exaltando la importancia de la hemovigilancia ratificada en el reporte del SHOT (Serious Hazards of Transfusion) del 2017 en el cual uno de sus temas principales es la responsabilidad del personal o errores humanos en la cadena transfusional donde aproximadamente el 85.5% de los reportes realizados corresponden a eventos adversos que pudieron ser prevenibles dentro de la cadena transfusional haciendo especial énfasis en: “Todos los sistemas de tecnologías de información (IT) para soportar la práctica transfusional deberían ser considerados. Esto ya no es más una alternativa innovadora para una práctica transfusional segura, es el estándar al que todos deberíamos apuntar”(SHOT, 2018); hemos seleccionado los riesgos, definido según la NTC ISO-3100:2011 “efecto de la incertidumbre sobre los objetivos” (p.4) que pueden llevar a la ocurrencia de incidentes en las unidades transfusionales independientes del SOGCS colombianas y que dentro de la cadena transfusional pueden llevar a la ocurrencia de eventos adversos impactando directamente la seguridad del paciente.

Para lograrlo, utilizaremos la matriz de probabilidad-impacto como herramienta para la calificación del riesgo, ya que el riesgo desde ser medido en términos de impacto y probabilidad, de donde realizamos la calificación de cada uno de los riesgos inherentes identificados en dos momentos: uno inicial del riesgo inherente como se ha identificado en sí y sus consecuencias y su calificación sin controles; y uno segundo del mismo riesgo inherente después de la generación de controles propuestos para éstos con el uso de varias herramientas y actividades para la minimización del riesgo. Por medio de esto se busca aumentar seguridad y confianza en la medicina transfusional desde esa área tan crítica y donde ambas organizaciones (unidad transfusional e institución vinculada (cliente) ponen todos sus esfuerzos para aumentar cada vez más la seguridad del paciente y ser objeto principal de la gestión del riesgo.

Para la realización de la matriz se tuvo en cuenta la siguiente clasificación para la probabilidad y el impacto realizando la calificación a cada uno de los riesgos en los dos momentos:

**Tabla 4. Probabilidad de Riesgo**

<b>PROBABILIDAD</b>			
Bajo el criterio de PROBABILIDAD, el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones:			
<b>NIVEL</b>	<b>CONCEPTO DESCRIPTOR</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>
5	Casi seguro	Se espera que ocurra en la mayoría de las circunstancias	Se puede presentar más de una (1) vez a la semana
4	Probable	Probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Se puede presentar al menos una (1) vez en el mes
3	Posible	Podría ocurrir en algún momento	Se presentar por lo menos una (1) vez en el semestre
2	Improbable	Pudo ocurrir en algún momento	Se puede presentar por lo menos una (1) vez en el año
1	Raro	Puede ocurrir solo en circunstancias especiales, no cumplir con los protocolos, desastres, catástrofes	Se puede presentar por lo menos una (1) vez en los últimos dos (2) años

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 5. Impacto**

<b>DETERMINACIÓN DEL IMPACTO</b>		
<b>NIVEL</b>	<b>CONCEPTO DESCRIPTOR</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
5	Catastrófico	Desastrosas consecuencias o efectos sobre el paciente
4	Mayor	Altas consecuencias o efectos sobre el paciente
3	Moderado	Medianas consecuencias sobre el paciente
2	Menor	Bajo impacto sobre el paciente
1	Insignificante	Efectos mínimos sobre el paciente

Fuente: elaboración propia. Basado en la norma ISO 31010:2013 y guía de administración del riesgo v3 – DAFP-2014

**Tabla 6. Matriz de Calificación****Matriz De Calificación**

<b>PROBABILIDAD</b>	<b>IMPACTO</b>				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
Raro (1)	B	B	M	A	A
Improbable (2)	B	B	M	A	E
Posible (3)	B	M	A	E	E
Probable (4)	M	A	A	E	E
Casi seguro (5)	A	A	E	E	E

<b>Zona De Riesgo</b>		<b>Acciones De Manejo</b>
<b>B</b>	Zona de riesgo Bajo	Asumir el riesgo
<b>M</b>	Zona de riesgo Moderado	Asumir el riesgo, reducir el riesgo
<b>A</b>	Zona de riesgo Alto	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir
<b>E</b>	Zona de riesgo Extremo	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

Fuente: basado en la guía de administración del riesgo v3 – DAFP-2014

Para la valoración del riesgo inherente en los dos momentos (antes y después de controles) se deben tener en cuenta los siguientes aspectos que permiten clasificar los tipos de controles y el procedimiento para su valoración:

- Preventivos: aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo para minimizar su ocurrencia y materialización.
- Correctivos: permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable, también permite la modificación de las acciones que propicien su ocurrencia.

**Tabla 7. Valoración de Riesgo**

<b>Procedimiento Para Valoración Del Riesgo</b>	
<b>Criterios</b>	<b>Valoración Del Riesgo</b>
No existen controles	Se mantiene el resultado de la evaluación del riesgo antes de controles
Los controles existentes no son efectivos	Se mantiene el resultado de la evaluación del riesgo antes de controles
Los controles existentes son efectivos, pero no están documentados	Cambia el resultado a una casilla inferior del mapa de calor antes de controles (el desplazamiento depende de si el control afecta al impacto o a la probabilidad)
Los controles son efectivos y están documentados	Pasa a escala inferior (el desplazamiento depende de si el control afecta el impacto o la probabilidad)

Fuente: elaboración propia. Basado en la norma ISO 31010:2013 y guía de administración del riesgo v3 – DAFP-2014

## **10. Programa De Seguridad Del Paciente**

La fase final del proyecto concluye con la elaboración del programa de seguridad del paciente para las unidades transfusionales colombianas independientes al SOGCS, cada uno de los objetivos anteriormente desarrollados tenía como propósito dotar de las herramientas conceptuales y metodológicas apropiadas para entregar un documento de calidad y sobre todo, aportar en la consolidación de la cultura de seguridad del paciente en un importante proceso que a la fecha no había sido considerado. El documento sustenta los objetivos y los alcances del programa para puntualizar el proceso de estudio y considerar las entradas y salidas del proceso que deben ser tenidas en cuenta. Se hace una específica referencia del campo de acción, el modelo de atención segura acogido por el Ministerio de Salud en Colombia, y los términos claves de referencia. La política institucional desarrollada en el segundo objetivo del presente documento está definida siguiendo un marco legal, impacto en las partes interesadas, oportunidades de mejora y aporte de la política al logro de los enunciados en la plataforma estratégica; resaltando su importancia en el logro de objetivos se analizó también el enfoque de modo, causa, efecto, propósito, población objeto, y factores claves y para el preciso análisis se presentan los indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad.

Los ejes del programa de seguridad del paciente siguen el desarrollo con la cultura frente a la Seguridad del Paciente, Procesos Seguros y Aprendizaje Organizacional los cuales tienen un desarrollo puntual pero acertado, completa el programa el despliegue del sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo, el análisis y gestión y la gestión del riesgo.

El documento hace aportes de especial interés en herramientas de reportes, análisis y gestión que pretenden dar un apoyo integral a las organizaciones que adopten el programa, considerando la importancia de la sinergia en todos los procesos asistenciales y administrativos que rodean la calidad y compromiso en la salud de los pacientes, se pretende que el propuesto programa sea de valiosos aportes en el sector.

## 11. Conclusiones

1. Aunque por décadas se han adelantado y documentado actividades, estrategias y lineamientos en diferentes países incluido Colombia, encaminadas a mejorar la seguridad del paciente, es necesario que las normas vigentes en la materia den alcance al compromiso con la seguridad del paciente a todas aquellas entidades que sin estar involucradas en la atención directa de los pacientes juegan un papel muy importante en los resultados de dicha atención teniendo en cuenta que las fallas en sus procesos pueden impactar negativamente a los mismos.
2. La política de seguridad del paciente representa el compromiso de la organización sobre el manejo que se le da desde la plataforma estratégica de las Unidades Transfusionales, a la posible implementación de actividades que lleven a concebir la seguridad del paciente como un objetivo de calidad, que al ser gestionado, controlado y evaluado permita la mejora de la prestación de este servicio de salud.
3. Gestionar los riesgos que se presentan con respecto a la seguridad de los pacientes en las unidades Transfusionales, permite que éstos servicios -aunque no se encuentren obligados normativamente a hacerlo-, y teniendo en cuenta que su participación en el proceso de atención al usuario es indirecta; mejoren paulatinamente la calidad de los servicios ofertados.
4. Los programas de seguridad del paciente deben ser considerados como una herramienta práctica, que orienta al desarrollo de competencias sobre seguridad, por parte de los colaboradores de las organizaciones de servicios de salud, y en el caso las Unidades Transfusionales permite que se involucren en procesos relacionados con la atención de manera que pueda promoverse la adopción de una cultura entorno a la seguridad del paciente.

## 11. Bibliografía

(s.f.). Recuperado el 08 de 08 de 2019, de

<https://pensamientodesistemasaplicado.blogspot.com/2013/03/definiendo-el-alcance-de-una.html>

(2006). *Decreto 1011*. Colombia: Ministerio de protección Social. Recuperado el 27 de 04 de 2019, de

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

AMCG. (17 de febrero de 2014). *Evolución de la Seguridad del Paciente el contexto mundial y su perspectiva en México*. Recuperado el 12 de abril de 2019, de Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG):

<https://amcg.org.mx/images/docs/pacientes/herramientas/Seguridad.pdf>

Arias, J. H., & Gómez, R. D. (2017). La cultura de la seguridad del paciente : Enfoque y metodologías para su medición. *CES MEDICINE*, 180-185.

Decreto 2309. (15 de Octubre de 2002). Colombia: Ministerio de la Protección Social.

Recuperado el 14 de 08 de 2019, de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6829>

Fundación Guayacanes. (05 de abril de 2018). ¿ Cómo estructurar un programa de seguridad del paciente? Recuperado el 02 de Mayo de 2019, de

<https://www.youtube.com/watch?v=cjyaNFitOYc&list=LLWPGULwP6xGPN38GoQu6MPA&index=4&t=307s>

*HISTORIA DE LA MEDICINA*. (15 de 08 de 2019). Obtenido de

<https://www.historiadelamedicina.org/lister.html>

Historia de la seguridad del paciente. Hitos. (2018). *Revista de la Asociación Médica Argentina*,

*131*(4). Recuperado el 10 de 08 de 2019, de [https://www.ama-](https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf)

[med.org.ar/uploads\\_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf](https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf)

Instituto Nacional de Salud. (2018). *Informe ejecutivo de la red nacional de servicios de transfusión en Colombia 2018*.

- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To err is human*. Washington DC: National Academy Press.
- Medicina Universitaria. (2011). *Elsevier*, 13(51), 69-71. Recuperado el 10 de 08 de 2019, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>
- Mejia, A. M. (mayo de 2009). Importancia Clínica de la hemovigilancia . La gestión en la seguridad transfusional y la hemovigilancia. *Asociación Mexicana de Medicina Transfusional*, 2, 90-94. Recuperado el 26 de abril de 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/transfusional/mt-2009/mts091z.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (Diciembre de 2007). *Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el SOGCAS*. Recuperado el agosto de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=lineamientos&scope=Todos#k=lineamientos#s=11>
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Boletín N° 02 : Seguridad del paciente. doi:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Bolet%20C3%ADn%202%20Observatorio%20de%20Calidad%20en%20Salud.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2014). *Modelo pedagógico*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Modelo-pedagogico.pdf>
- Ministerio de Sanidad*. (s.f.). Recuperado el 27 de 08 de 2019, de [http://simudatsalud-risaralda.co/images/inv8/Investigaciones/EstudiosCalidad/APEAS/Presentacin\\_Estudio\\_APEAS.pdf](http://simudatsalud-risaralda.co/images/inv8/Investigaciones/EstudiosCalidad/APEAS/Presentacin_Estudio_APEAS.pdf)
- Ministerio De Sanidad Y Politica Social. (s.f.). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 15 de 07 de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>



- MINSALUD. (1996). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 26 de 07 de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MANUAL%20DE%20NORMAS%20TECNICAS%20ADMINISTRATIVAS%20Y%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20PARA%20BANCOS%20DE%20SANGRE.pdf>
- MINSALUD. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad al Paciente*. Bogotá D.C: Buena y creativos. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS\\_IMPLEMENTACION\\_POLITICA\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)
- MINSALUD. (2010). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 03 de mayo de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- MINSALUD. (2014). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 14 de abril de 2019, de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)
- Noah, Y. (2013). *De animales a dioses- Una breve historia de la humanidad*. Debate.
- OMS. (2005-2006). *who.int/patientsafety*. Recuperado el 10 de 08 de 2019, de [https://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/GPSC\\_Launch\\_sp.pdf](https://www.who.int/patientsafety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf)
- OMS. (2010). *who.int/patientsafety*. Recuperado el 10 de 08 de 2019, de [https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf)
- Salud, I. N. (10 de Agosto de 2018). *Instituto Nacional de Salud*. Recuperado el 26 de Julio de 2019, de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionSangre/AreasEstrategicas/Informe%20anual%20Red%20Sangre%202017%20v2.pdf>
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Información* (6ta ed.). México: Mc Graw Hill.
- SCRIBD. (s.f.). Recuperado el 07 de 15 de 2019, de <https://es.scribd.com/document/202552212/Resultados-Estudio-AMBEAS-Peru>
- SHOT, S. H. (12 de Julio de 2018). *SHOT, Serius Hazard of transfusion*. Recuperado el 23 de Septiembre de 2019, de SHOT, Serius Hazard of transfusion:

<https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/SHOT-Report-2017-WEB-Final-v4-25-9-18.pdf>

Social, M. d. (1993). DECRETO 1571.

Unesco. (28 de 08 de 2018). Obtenido de

<http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>

Valle, H. D. (Noviembre de 2017). *Psiquiatrico Cali*. Recuperado el 10 de Mayo de 2019, de

<https://www.psiquiatricocali.gov.co/images/PDF/programa-paciente-seguro.pdf>

Woolcott , O., Vivas, T., & Garzón , T. (2017). *El problema de las transfusiones de sangre y la transmisión del VIH*. Bogotá D.C: Universidad Católica de Colombia.

doi:<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/15939/1/El-problema-de-las-transfusiones-de-sangre-y-la-transmisi%C3%B3n-del-VIH.pdf>