

OPEN

Recibido: 26 julio, 2023 • Aceptado: 4 octubre, 2023 • Online first: 14 diciembre, 2023

DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1096>

La seguridad del paciente como problema de salud pública

Patient safety as a public health problem

Kelly Estrada-Orozco^{a-c} ; Hernando Gaitán-Duarte^a ; Javier Eslava-Schmalbach^a ^a Unidad de Investigación en Seguridad del Paciente, Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.^b Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia.^c Unidad de Análisis de Eventos Adversos, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Bogotá, Colombia.**Correspondencia:** Carrera 30 Calle 45, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Campus Universitario. Bogotá, Colombia.**Email:** kpestradao@unal.edu.co**Cómo citar este artículo:** Estrada-Orozco K, Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J. Patient safety as a public health problem. Colombian Journal of Anesthesiology. 2024;52:e1096.

Resumen

La seguridad del paciente es una parte esencial de la calidad de la atención sanitaria, que demanda de manera constante la población general en los servicios de salud en todo el mundo. Por ello, su garantía es un deber que no debe ser exclusivo del ámbito clínico, sino una prioridad en salud pública, para que las acciones que se planeen e implementen puedan influir en todos los niveles y se cuente con un sostén intersectorial que favorezca el mantener segura a la población mientras busca y recibe atención sanitaria.

La definición y el campo de acción actual de la seguridad del paciente están limitados al ámbito institucional. En este artículo se pretende exponer algunos datos que ponen en perspectiva las deficiencias actuales en la definición y campos de acción de la seguridad del paciente y concluir que en la salud pública hay espacio para trabajar y subsanar estas deficiencias, entendiendo las complejidades de las relaciones entre determinantes de los daños por fuera del espacio físico donde ocurre la atención, desde el trabajo con las comunidades, incorporando conocimientos de otras disciplinas que den cuenta sobre el aseguramiento, el acceso y los resultados en salud, facilitando la evaluación de estrategias que mejoren el impacto que la falta de medidas efectivas de seguridad del paciente y las personas tienen en la población general y especialmente para aquellos que se encuentran afectados diferencialmente por los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave

Seguridad del paciente; Salud pública; Equidad en salud; Calidad de la atención sanitaria; Inequidad en salud.

Abstract

Patient safety is an essential component of quality healthcare, which is what the general population is constantly demanding worldwide. Consequently, ensuring quality healthcare should not be a matter of clinical interest only but a public health priority so that all actions planned or implemented may have an impact at all levels and ensure intersectoral support to help the population remain safe when seeking and receiving health services.

The definition and implementation of patient safety are currently circumscribed to the institutional setting. This article aims to present data that can help put into perspective the existing gaps pertaining to patient safety definition and fields of action, and conclude that there is room to work in public health in order to close those gaps. This requires understanding the complexities of the interactions between determinants of harm outside the physical setting where care is provided. These include community-level work, incorporation of knowledge from other disciplines in order to account for coverage, access and health outcomes, design strategies to counteract the impact that the absence of effective patient and people safety measures have on the general population and, in particular, on people differentially affected by the social determinants of health.

Key words

Patient safety; Public health; Health equity; Quality healthcare; Inequity in health.

Read the English version of this article on the journal website www.revcolanest.com.co

Copyright © 2024 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se entiende como “la ausencia de daños evitables a un paciente durante el proceso de atención médica y la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención médica a un mínimo aceptable”⁽¹⁾. Las deficiencias en los procesos que garantizan la seguridad del paciente, que en adelante se denominan “no seguridad”, aumentan el riesgo de morbilidad, mortalidad, discapacidad, prolongan la hospitalización y, en consecuencia, aumentan los costos de salud ^(2,3). La no seguridad trae como resultado desenlaces adversos en las personas que son, en su mayoría, evitables e injustos, lo que podría considerarse como otra forma de inequidad en la salud.

Desde la publicación del informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos en 1999, la seguridad del paciente y la prevención de daños se han convertido en objetivos fundamentales de la atención médica ⁽⁴⁾. En los últimos años, el interés de las organizaciones internacionales, los gobiernos y las instituciones de salud para mejorar la seguridad del paciente tanto en la atención hospitalaria como en la ambulatoria ha aumentado ^(5,6), promoviendo políticas estatales ⁽⁷⁾, como en el caso de Colombia ^(8,9).

A pesar de lo anterior, las acciones para mejorar la seguridad del paciente siguen delimitadas solo a las instituciones sanitarias, como una responsabilidad de las mismas, especialmente de quienes prestan la atención, sin que se dispongan acciones macro que consideren otros determinantes de naturaleza estructural como la cultura, las políticas, las características económicas y sociales, y de naturaleza intermedia como las políticas institucionales y del sistema de salud que también favorecen los malos resultados en salud y perpetúan el ciclo de inequidad en la misma.

La seguridad del paciente es una parte esencial de la calidad de la atención sanitaria, atención que se demanda de manera constante por la población general en los servicios de salud en el mundo, por ello su garantía es un deber que no debe ser exclu-

sivo del ámbito clínico, sino una prioridad en salud pública ^(6,10), para que las acciones que se planeen e implementen puedan influir en todos los niveles: macro, meso y micro, y se cuente con un sostén intersectorial que favorezca el mantener segura a la población mientras busca y recibe atención sanitaria.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Incidencia, prevalencia y preventibilidad de eventos no deseados como consecuencia de la no seguridad del paciente

En el primer esfuerzo por describir los eventos no deseados que ocurren en los pacientes, investigadores del Harvard Medical Practice Study definieron un evento adverso como “un daño que fue causado por el tratamiento médico (en lugar de la enfermedad subyacente) y que prolongó la hospitalización, produjo una discapacidad en el momento del alta, o ambas” ⁽¹¹⁾. A esta definición se han incorporado otras consecuencias y se ha renombrado más recientemente como eventos reportables con efectos no deseados (EREND) para evitar el estigma asociado a la nominación adverso ^(12,13), reconociendo que el daño resultante no es exclusivo de la atención médica, sino que puede ocurrir por la ausencia de la atención médica indicada, y que requiere control, tratamiento, hospitalización adicionales y que, en los casos más graves, puede ocasionar la muerte.

La carga de no seguridad en el mundo está representada en términos de EREND, su incidencia, prevalencia y costos asociados, así como las consecuencias que se derivan del mismo. A pesar de solo considerar la carga en términos de resultados no deseados, las cifras demuestran que se trata de un problema complejo que no es exclusivo de la atención institucional y se convirtió en un problema de salud pública.

La OMS en su último informe (2019), reporta que los EREND son actualmente una de las diez principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo. Se conoce actualmente que entre el 2,8 % y el 52,2 % de los pacientes sufre daños durante su proceso de atención y entre el 50 % y el 83 % de estos daños son prevenibles. La valoración contextual de estas cifras permite demostrar que existen diferencias respecto al lugar de ocurrencia, en países de bajos ingresos la frecuencia anual de EREND es mayor que en países de altos ingresos y hasta el 30 % de los EREND se asocian con la muerte del paciente. También se conoce que en países de altos ingresos la preventibilidad es considerablemente mayor que en países en desarrollo o aquellos de bajos ingresos (83 % versus 50 %) ⁽²⁾.

En términos de morbilidad, los EREND constituyen una de las primeras 15 causas de carga de enfermedad a escala mundial ⁽¹⁴⁾ con una carga comparable a la de enfermedades como la malaria o la tuberculosis; y al igual que con estas condiciones, los EREND son más frecuentes en países de bajos ingresos ⁽¹⁵⁾.

Los EREND que con mayor frecuencia se presentan están asociados a errores de medicación (18,3 %) ⁽¹⁶⁾; también son frecuentes los diagnósticos incorrectos o tardíos, los cuales ocurren en cerca del 5 % de los pacientes atendidos de forma ambulatoria en Estados Unidos, de este porcentaje el 50 % son EREND severos ⁽¹⁵⁾. En el contexto de la atención hospitalaria, las infecciones asociadas al cuidado de la salud ocurren en promedio en uno de cada 10 pacientes hospitalizados (12,2 %) ⁽¹⁶⁾, los EREND asociados a cirugías ocurren en cerca del 27 % de los procedimientos ⁽¹⁶⁾, cada año cerca de siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones y de este grupo, el 14,3 % mueren como consecuencia o asociado a estos EREND. Otros EREND dependen del servicio donde se presenten, y las unidades de cuidados intensivos ⁽¹⁷⁾ y las unidades de urgencias ⁽¹³⁾ son los servicios con mayor incidencia.

En el escenario latinoamericano, la carga de no seguridad del paciente tiene un

comportamiento similar a la carga mundial. La prevalencia de EREND en pacientes hospitalizados es de alrededor del 10,5 % (18), y la preventibilidad descrita en el estudio IBEAS, realizado en 2011 en 5 países de Latinoamérica, fue cercana a 70 % con valores que variaban entre países (rango 46,1 %- 68,5 %).

Particularmente, para el caso de Colombia la carga de no seguridad también ha sido estimada con incidencias acumuladas que varían de 5,8 % a 52,2 % (13, 17-20). Se han informado diferencias de acuerdo con los métodos empleados para la estimación y a los servicios de atención clínica, de tal forma que en cirugía (11,8 %) (13) se alcanzan valores que duplican la incidencia observada en servicios no quirúrgicos (5,1 %) (20) y en unidad de cuidados intensivos se reportan frecuencias que son 10 veces más altas (52,2 %) (17).

En el Observatorio Nacional de Eventos en Seguridad en Colombia se encuentran datos que recogen el consolidado del reporte institucional de infecciones asociadas al cuidado de la salud en el país desde 2016; a partir de ello es posible reconocer al primer semestre de 2020 tasas de incidencia para infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter en 2,13 por 1000 días-catéter central, para infecciones sintomáticas del tracto urinario asociadas a catéter de 1,9 por 1000 días-catéter urinario, y de 3,6 por 1000 días-ventilador para neumonía asociada a ventilador (21).

La preventibilidad de los EREND varía entre el 58 % (19,22) y el 75 % (13), y más del 30 % de estos EREND están asociados a errores de medicación. La mortalidad y discapacidad asociada también ha sido estimada para los EREND en servicios quirúrgicos en el 4,16 % (13).

Todas estas cifras de EREND cobran sentido en la medida en que se contextualicen respecto a la demanda de servicios de salud y atención efectiva en Colombia. De acuerdo con las bases de datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), para el periodo de enero de 2009 a abril de 2020 los colombianos demandaron la prestación de 3121592725

atenciones, según el reporte de RIPS realizado por las empresas promotoras de salud (EPS) al Ministerio de Salud y Protección Social (23), lo que supondría un efecto de la no seguridad del paciente estimado en la presentación de 218 511 491 a 312 159 273 de EREND en el mismo periodo, con cerca de 75 % de ellos prevenibles.

Costos de la no seguridad del paciente

A pesar de los esfuerzos mundiales para reducir la carga del daño al paciente, la situación no parece haber cambiado significativamente en los últimos 15 años. El último reporte de la OMS, en abril de 2019 (2), muestra cifras de prevalencia similares a los EREND a escala mundial en el primer quinquenio del siglo XXI (24-26). Los datos siguen reflejando un panorama de diferencias entre los países de bajos ingresos y aquellos con medianos ingresos. Los datos de la OMS indican que dos tercios de todos los EREND ocurrieron en países de bajos y medianos ingresos (14). Más recientemente, datos del Instituto de Métricas y Evaluación de Salud (en inglés, Institute of Health Metrics and Evaluation [IHME]) sugieren que la carga de enfermedad por EREND en los sistemas de salud y las poblaciones de países de bajos y medianos ingresos es elevada (15), al igual que el impacto económico.

En general, el costo de la atención de un EREND por paciente va de 156 a 50.223 dólares por evento; esta variabilidad se da por las diferencias en las poblaciones, métodos, perspectiva y tipo de EREND evaluado (20). En términos de recursos ahorrados al sistema de salud, las cifras que reporta la OMS también son significativas; en Estados Unidos, por ejemplo, los costos ahorrados al evitar EREND en los hospitales de Medicare entre 2010 y 2015, ascendieron a 28.000 millones de dólares (2).

En Colombia, los costos estimados de los EREND en 2013 tuvieron una mediana de 685,6 dólares por evento. En servicios quirúrgicos fue de 850,4 dólares y en servicios médicos no quirúrgicos fue 533,2 dó-

lares (20). El impacto de estos costos en el sistema de salud puede establecerse cuando se analizan en perspectiva con la incidencia de EREND, de acuerdo con el número de atenciones en el país.

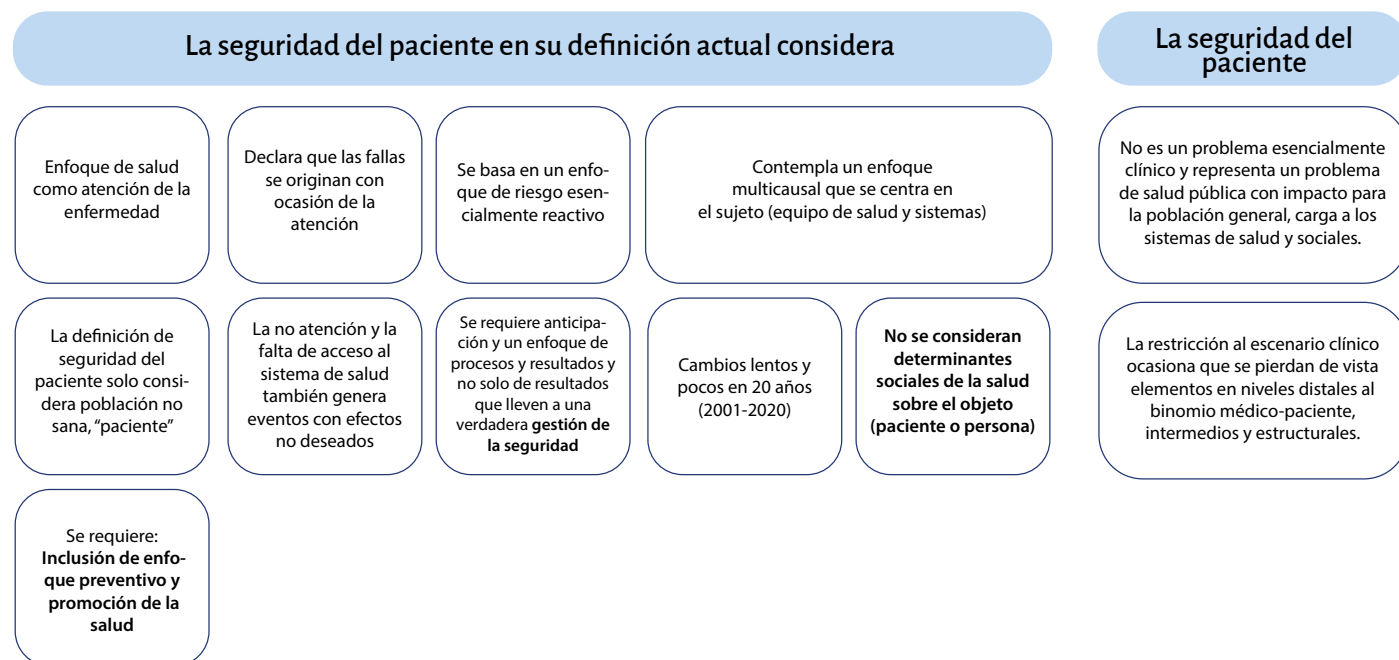
Si bien la aproximación a los costos de no seguridad es determinada mediante identificación de costos directos, el daño al paciente ejerce una carga de recursos en el sistema de salud y en la sociedad general. El daño del paciente y las personas se manifiesta directamente en la necesidad de tratamiento adicional, más pruebas de diagnóstico, ingreso o reingreso al hospital, estadía prolongada y otros usos adicionales que comprometen los escasos recursos sanitarios. Sin embargo, los efectos económicos más amplios del daño en el paciente y las personas no son los costos directos, sino la morbilidad continua, la productividad reducida de por vida en el paciente y sus cuidadores, haciendo que el impacto económico se extienda desde la economía de la salud a la economía general, y también, manifestándose en una menor confianza en el sistema de salud y en las instituciones sociales (15).

LAS LIMITACIONES DE LA DEFINICIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la ausencia de daños evitables a un paciente durante el proceso de atención médica y la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la atención médica a un mínimo aceptable. Un mínimo aceptable se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos actuales dados los recursos disponibles y el contexto en el que se brindó la atención, frente al riesgo de no recibir tratamiento u otro tratamiento” (1).

Esta definición se centra específicamente en los resultados de una serie de medidas enfocadas en la gestión del riesgo; sin embargo, en Colombia la definición no implica exclusivamente los resultados, sino

Figura 1. Resumen de las principales falencias en la definición actual de la seguridad del paciente.



Fuente: Autores.

todo el proceso, las acciones y metodologías que buscan prevenir eventos que produzcan daños no intencionales al paciente y que ocurran durante la prestación del servicio o como consecuencia del mismo; así como mitigar los efectos de estos en el paciente. La seguridad del paciente "implica la evaluación permanente de los riesgos asociados con la atención médica para diseñar e implementar las barreras de seguridad necesarias" (27).

Sin importar cuál definición se adopte, se pueden encontrar elementos comunes de lo que incluye la seguridad del paciente, como la prevención del "riesgo de daños" o mitigación del "daño", en un "paciente", durante su proceso de "atención". Estos elementos circunscriben la seguridad del paciente al ámbito clínico en el que se presta atención en salud y al paciente como sujeto y establece un campo de acciones dirigidas a la prevención y mitigación de daños.

La **Figura 1** presenta las principales falencias en la definición actual de seguridad del paciente.

El paciente como sujeto de la atención sanitaria y de la seguridad del paciente

Un estrecho margen de acción sobre la población objeto de la seguridad del paciente resulta de su definición. El paciente, a quien se refiere incluso en su nominación, segrega otros grupos de personas que pueden estar interactuando con el sistema de salud sin que necesariamente sean pacientes.

La palabra paciente denota un sujeto que recibe cuidados de un médico y que además sufre una enfermedad o una condición en particular. Esta definición obedece a la concepción de salud como ausencia de enfermedad, lo que justificaría, además, la demanda de atención en salud como una consecuencia de la falta de ella, sin contemplar otros elementos encaminados a prevenir la enfermedad, mejorar el bienestar y promover la salud como estado pleno de bienestar físico y mental.

La connotación de paciente no es un elemento puramente formal, es más bien

el resultado de cómo se conciben las relaciones entre la persona que demanda servicios, un ente pasivo, frente a las acciones del médico que tiene como oficio la recuperación de unas funciones "alteradas". Con este enfoque puramente biologicista y curativo, la enfermedad toma un rol protagónico y se omiten otros valores del individuo, así como sus circunstancias de vida.

También, las corrientes ambientalistas y antropológicas que demarcan la concepción de salud y enfermedad tienen limitaciones, y es que su uso de manera individual delimita el entendimiento de la naturaleza de los fenómenos de salud y enfermedad que ocurren en los individuos, aislándolos de los procesos sociales, éticos, morales e históricos de la humanidad, que juegan un papel importante en la aparición de las enfermedades. Tal es el caso del sida, la tuberculosis y algunas otras epidemias que muestran una clara reestructuración de la sociedad, con cambios que van desde la propia redistribución de los asentamientos de la población hasta imposición o de-

sarrollo de nuevos modelos económicos y sociales durante determinados periodos históricos, y que están relacionados con la aparición de dichas enfermedades.

Traído al campo de la seguridad del paciente, la concepción implícita de paciente automáticamente nos ubica ante una persona que padece una enfermedad, que demanda servicios de salud y que está a merced del profesional sanitario y sus decisiones. En consecuencia, cualquier desenlace o daño no deseado en el individuo que demanda atención será el resultado de su mal estado de salud (características biológicas del paciente y morbilidad) y de las decisiones que se toman por el equipo de salud que brinda la atención.

Esta percepción de seguridad del paciente omite esos otros factores de la atención en salud y fuera de este proceso que han mostrado ser determinantes para la consecución de buenos resultados en salud (28-30). Esta limitación favorece la gestión del riesgo centrada en la persona que demanda atención sanitaria, en el equipo de salud y en el proceso de atención, favorece la individualización de la culpa (31,32) y responsabiliza de fallas latentes a individuos que son víctimas de procesos más complejos que determinan muchas de sus acciones. En consecuencia, las limitaciones de considerar exclusivamente al paciente y no a la persona, hacen que se pierdan de vista elementos importantes fuera del individuo y de la atención en instituciones de salud, cuya intervención pudiera influir en la mejora de la seguridad sanitaria y la prevención de los daños.

Riesgos de EREND más allá del proceso de atención sanitaria

La definición original de seguridad del paciente circunscribe la ocurrencia de EREND al proceso de recibir atención; sin embargo, se reconoce que la atención no es efectiva en toda la población que demanda servicios de salud, y la ausencia de atención o la atención no oportuna, también puede derivar en daño a las personas.

En Colombia, el acceso a servicios de salud se estimó en 75,5 % de las personas que necesitó servicios de salud en 2012 (33). Aun en el marco de una cobertura de aseguramiento cercano al 97 % y en un Estado donde la salud es un derecho fundamental (34), garantizar el acceso efectivo a servicios de salud esenciales sigue siendo un desafío. Las barreras para el acceso no son exclusivas de las instituciones (prestadores y aseguradores) en las que predominan las trabas burocráticas y restricciones impuestas para limitar la prestación de servicios, todo ello inducido por un esquema de financiación basado principalmente en pagos por capitación (35), sino que también hay barreras de otro tipo: económicas, sociales, geográficas, como las distancias hasta los sitios de atención, la oferta limitada de centros de atención y personal médico especializado y su disposición en los territorios que parece no seguir la distribución de necesidades en salud de la población general.

No hay hasta el momento estudios que confirmen la proporción de EREND que se asocian a la no recepción de atención; sin embargo, sí se logran rastrear algunas de las conductas que la población general opta para poder mejorar sus síntomas ante la necesidad de atención, y que pueden significar un riesgo de ocurrencia de daños. La Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2012 muestra que cerca del 77 % de los colombianos que necesitaron atención médica acudieron a una institución prestadora de servicios de la salud o a un médico general o especialista independiente; no obstante, del 23 % de las personas que no asistieron a un centro de atención médica ni a un médico independiente, el 64,2 % utilizaron remedios caseros o se autorre-cetaron, mientras que el 22 % acudieron a un boticario, farmacéuta, droguista, y el 11 % no hizo nada ante el problema de salud (36). Todo ello puede aumentar el riesgo de errores de medicación, favorece prácticas inadecuadas de la prescripción por personal no idóneo ni autorizado para la misma y puede retrasar el diagnóstico y atención oportuna con un consecuente efecto nocivo para las personas y un impacto indirecto en

los servicios de salud por los costos mayores de la atención de condiciones agravadas, como consecuencia de la no atención oportuna (37).

Este panorama hace que se deba pensar en el problema de la no seguridad, no solo en los pacientes que reciben atención, sino de toda una población que es susceptible de demandar servicios de salud en cualquier momento de su vida, estén o no enfermos. Según la OMS, los servicios de salud son todas aquellas actividades y productos que una institución prestadora de servicios de salud (IPS) puede ofrecer a una comunidad general (38). Estas actividades y servicios incluyen prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa. Concebir la atención en salud exclusiva de un estado de enfermedad y no para favorecer la prevención y promoción de la salud es, sin duda, una concepción reduccionista de salud, que en ocasiones prima para la organización de recursos en el sistema de salud.

LAS LIMITACIONES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SUS ESCENARIOS DE ACCIÓN

En términos generales, la estimación de carga de no seguridad se ha centrado en los EREND asociados con la atención, trasladando a los equipos sanitarios un papel "etiológico" en la aparición de los mismos. Sin embargo, es clave considerar otros aspectos relacionados con las características de la atención, las instituciones, las políticas y características de los servicios de salud, los equipos y factores propios del paciente, que pueden contribuir a la ocurrencia de un EREND. En la medida en que los sistemas generen barreras que disminuyan el riesgo a partir de un reconocimiento apropiado de estos factores, puede disminuirse la ocurrencia de daño (24,39) y del riesgo de ocurrencia de daño, moviendo los sistemas de gestión a estrategias proactivas enfocadas en la prevención. En este sentido, es clave destacar el papel crucial en seguridad del paciente que tiene el análisis multifactorial

y multisistémico de los EREND (12), ya que estos representan una oportunidad de mejora para la gestión apropiada del riesgo (39).

Con este enfoque se reconocen varios niveles en los que pueden ocurrir fallas y culminar en un daño a la persona o en una situación que represente un riesgo de daño. Este enfoque denominado enfoque de sistemas, reconoce que existen fallas activas que generalmente son errores cometidos por el recurso humano en primera línea del proceso de atención —como la administración errónea de un medicamento—, pero también reconoce fallas latentes que se ubican en las instituciones, la administración de servicios, tecnologías sanitarias, en la cultura organizacional y decisiones administrativas. Otros niveles que contienen fallas latentes y que afectan a quien reciben como a quienes no reciben atención, se ubican por fuera de las instituciones e incluyen políticas públicas y características de los sistemas sanitarios, que pueden repercutir sobre las condiciones laborales y de prestación de servicios, lo que promueve errores en la atención.

Riesgos de EREND por atención sanitaria no oportuna

Un elemento que aumenta el riesgo de desenlaces no deseados en las personas que demandan servicios de salud es la atención no oportuna, o las demoras para acceder a la atención. Las consecuencias para quienes esperan atención necesaria pueden ser devastadoras, el retraso en los tratamientos puede significar un empeoramiento de las condiciones preexistentes o agudas, condicionando un peor resultado de salud y el requerimiento de procedimientos potencialmente más complejos (40-43).

Algunas patologías generan mayor compromiso en las personas que las padecen cuando su atención se realiza de forma retrasada, como es el caso del cáncer. Hay evidencia sobre el efecto del retraso del tratamiento en los pacientes en la etapa temprana del cáncer de cabeza y cuello, en el que el control de los tumores se ve comprometido si el tratamiento comienza más

de 40 días después de la evaluación inicial por un oncólogo radioterapeuta. Además, la progresión de los tumores se asocia en gran medida tanto con los tiempos de espera como con los malos resultados (44). Otros tipos de cáncer, como el de pulmón, también presentan una relación demostrada entre la oportunidad de la atención y malos resultados en salud, encontrando que “incluso un retraso de unos pocos meses en el diagnóstico y el tratamiento tiene una influencia significativa en las consecuencias del cáncer” (45).

Diferentes situaciones como los tiempos de espera prolongados para la cirugía de reemplazo de cadera pueden provocar un mayor deterioro y peores resultados después del tratamiento (46,47). Los retrasos más prolongados también pueden conducir a peores resultados, incluida una menor probabilidad de mejoras en la función física y el dolor después de la cirugía de columna (48). Las esperas para la cirugía de cataratas también se asocian con efectos negativos para quienes necesitan atención. Los pacientes que soportan largas esperas para la cirugía de cataratas experimentan una reducción en la calidad de vida, tienen mayor riesgo de caídas y accidentes y tienen más riesgo de padecer una mayor pérdida de visión después del tratamiento (49).

El escenario puede ser potencialmente fatal, un estudio en Canadá ha logrado demostrar que entre 25.456 y 63.090 (con un valor medio de 44.273) mujeres canadienses pueden haber muerto como resultado del aumento de los tiempos de espera entre 1993 y 2009 (40).

La espera prolongada también puede afectar la salud mental como consecuencia de mayor exposición al dolor e incomodidad, ansiedad relacionada con el desconocimiento de su estado de salud, dependencia de un cuidador —lo que vulnera la autonomía y dignidad del individuo—, aislamiento y hasta relaciones personales tensas. Otras consecuencias potencialmente graves y que reducen la longevidad incluyen reducciones en la salud general, adicción crónica a analgésicos y narcóticos y un mayor riesgo de depresión mientras se es-

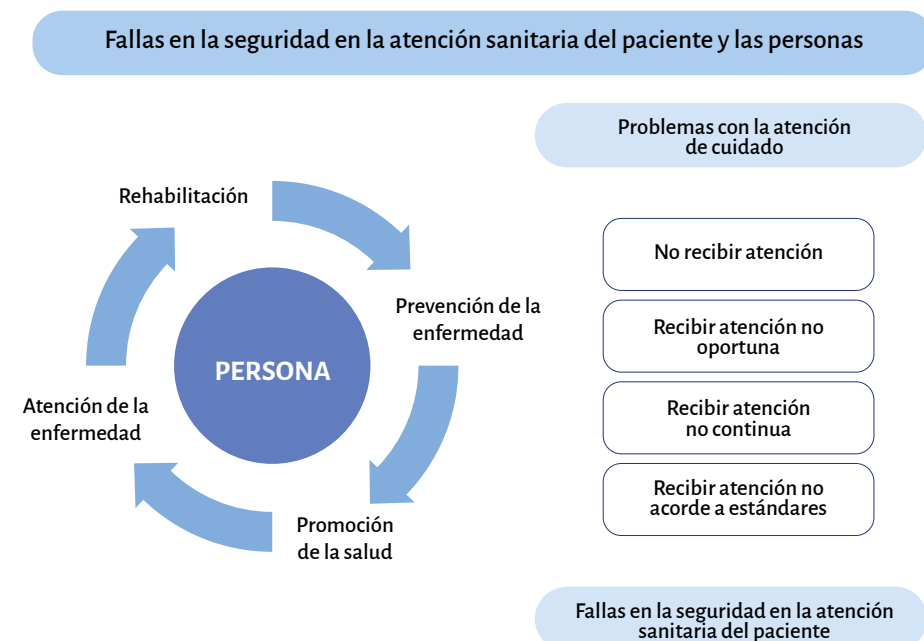
pera la atención (37). Estas consecuencias son nefastas para la salud entendida como estado de bienestar físico y mental o como la capacidad de adaptarse y autogestionarse frente a desafíos sociales, físicos y emocionales.

En el escenario colombiano se desconoce el efecto que las capacidades de respuesta del sistema de salud en lo concerniente al acceso oportuno a la atención en salud representa en término de daño y muerte a la población que demanda servicios sanitarios; sin embargo, sí se conoce que existen retrasos para acceder a la atención tanto en medicina general (3 a 5 días promedio desde la solicitud de la cita) como en medicina especializada (11 días promedio hasta un máximo de 15 días), así como gestión inadecuada del riesgo de complicaciones, derivado de la alta tasa de cancelación de procedimientos quirúrgicos programados y no programados por causas atribuibles a la institución (1,5 % en 2019) (50).

Riesgos de EREND por deficiencias en la prevención de la enfermedad

La no seguridad del paciente también está relacionada con las carencias en los procesos de prevención de la enfermedad, especialmente en aquellas en las que existen mecanismos altamente efectivos para lograr garantizar la salud, como es el caso de la inmunización. En Colombia, a pesar de la disponibilidad de los biológicos, hay departamentos en los que no se cumplen las metas de inmunización en población infantil (al menos 95 % de la población menor de 5 años). Un caso específico es la deficiente cobertura de vacunación con triple viral en niños menores de un año, que de acuerdo con datos nacionales en 2019 se encontró por debajo del 90 % para 5 de los 32 departamentos: Vaupés (89,96 %), Santander (89,3 %), Nariño (88,5 %), Córdoba (88,59 %) y Chocó (86,15 %) (51). Esta cobertura subóptima favorece la ocurrencia de eventos no deseados, aparición de enfermedad y sus consecuencias, que no se derivan de la atención, sino de la inadecuada planificación de las actividades de prevención de

Figura 2. Marco de referencia para la identificación de fallas en la seguridad del paciente y las personas relacionadas con la entrega de cuidado.



Fuente: Autores.

la enfermedad, especialmente cuando se requieren enfoques diferenciales por barreras de acceso de la población.

En otros escenarios, la falta de vacunación puede significar consecuencias fatales, como sucede con la mortalidad asociada a tétanos neonatal, una enfermedad 100 % prevenible, para la que se siguen reportando casos en el territorio colombiano (2 casos en 2018, 1 caso en 2019 y 2 casos al primer periodo de 2020) (52).

Otro efecto de la no seguridad derivado de deficiencias en las acciones de prevención ocurre con los casos incidentes de sífilis congénita, condición prevenible con tratamiento ofrecido a la madre durante la gestación, que tuvo en Colombia una incidencia acumulada de 1,54 por cada 1000 nacidos vivos en 2018, y el promedio nacional en 2021 se ubica en 2,03 casos por 1000 nacidos vivos; sin embargo, hay claras diferencias entre las regiones con departamentos que superan el promedio nacional, como es el caso de Arauca y Casanare con 3,78 y 1,7 casos por 1000 nacidos vivos, respectivamente (53).

Entonces, aunque se ha definido históricamente la ocurrencia de EREND principalmente derivada de la atención médica, donde la seguridad del paciente ubica sus acciones, algunas fallas que precipitan la aparición de tales eventos ocurren por falta de atención; es decir, cuando la atención, los diagnósticos o los tratamientos no son oportunos, o no se brindan. Por esta razón y desde la perspectiva de la Salud Pública, la seguridad del paciente podría definirse como los elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencia científicamente probada para prevenir la ocurrencia de daños en poblaciones o comunidades de pacientes o personas sanas, durante su interacción con los sistemas de salud y debido a los efectos de la implementación de políticas y programas de salud, y no únicamente derivados del proceso de atención como se entiende hoy en día.

La Figura 2 muestra una propuesta de marco de referencia para abordar las fallas en la seguridad en la atención sanitaria durante la entrega de cuidados.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN ACTUALES Y LA NECESIDAD DE INTERVENCIONES CON ENFOQUES EN SALUD PÚBLICA MULTI E INTERSECTORIALES

Luego de la publicación del documento *To err is human* en 1999 (54), y otros antecedentes como litigios por negligencia (55), sospecha de malas prácticas de cuidado en instituciones de salud (56,57), confusión por el riesgo de polifarmacia especialmente en adultos mayores (58), y el desconcierto sobre quien debía hacerse responsable de tales eventos con consecuencias graves para los pacientes, empiezan a dictarse políticas internacionales en cabeza de la OMS, que buscaban mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente (5,59,60).

Además de estas iniciativas, los países, especialmente aquellos de altos ingresos, empezaron a generar alianzas y programas, así como políticas públicas dirigidas a priorizar y mejorar la seguridad del paciente (61,62). Cada uno de estos pronunciamientos oficiales desde diferentes partes del mundo coincidían en la necesidad de establecer un sistema de notificación de incidentes entre sus líneas estratégicas, promover una cultura de seguridad del paciente con un enfoque sistemático e integrar a pacientes, sus cuidadores y a los ciudadanos en general, en la mejora de la seguridad, lo que empieza a valorarse más como acciones de Salud Pública e identificarse con objetivos de la misma, encaminados a movilizar alianzas comunitarias para identificar y resolver problemas de salud, desarrollar políticas y planes que apoyen los esfuerzos de salud individual y comunitaria, vincular a las personas con los servicios de salud personales necesarios y garantizar la provisión de atención médica cuando no esté disponible, así como asegurar una fuerza laboral competente en atención médica personal.

Colombia es otro ejemplo de cómo la seguridad del paciente empieza a cruzar una línea estrecha entre la clínica y la Salud Pública. La política de seguridad del paciente que surge como tal en 2008 (8) dispues-

ta por el Ministerio de la Protección Social, y en la cual se sitúan lineamientos para su implementación, reconoce objetivos que trascienden el escenario clínico, como la coordinación de diferentes actores del sistema hacia las mejoras en la calidad de la atención y la educación a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

A pesar de esta tenue participación de funciones de la Salud Pública, la política colombiana se ubica transversal a un único sistema, el de la salud y gestión de la calidad en Colombia, además de seguir el enfoque epidemiológico de multicausalidad y la perspectiva de sistemas que guía la propuesta de acciones para mejorar la seguridad del paciente en el país. Esta política omite elementos que se han mencionado y que son relevantes en la puesta en marcha de acciones para mejorar la seguridad del paciente: el reconocimiento de riesgos no exclusivos del proceso de atención y factores contribuyentes más allá de los escenarios clínicos. Tampoco el marco político y de implementación considera las diferencias contextuales o de la complejidad de la atención en el ámbito hospitalario versus ambulatorio, del grado de complejidad de las instituciones de primer, segundo y tercer nivel, áreas rurales versus urbanas, sesgos cognitivos en los pacientes y otros actores del sistema de salud; de tal forma que su implementación podría incluso profundizar las inequidades respecto a la gestión de la seguridad y los resultados no deseados en salud.

La concepción de seguridad del paciente como un asunto clínico, aunque arraigado en la mente de quienes practican la gestión del riesgo, no deja de tener consecuencias importantes en la forma como se planean y generan acciones de mejora y prevención del riesgo, dado la poca importancia que se da a determinantes del proceso de atención que no están ubicados en el escenario clínico y que son importantes para alcanzar los mejores resultados en seguridad del paciente y de la población general.

Los servicios de salud a menudo fallan en su acceso, calidad y cantidad, especialmente para algunos sectores de la población. Las diferencias en relación con la salud y la atención en las regiones se han descrito en la literatura durante más de 30 años y se presentan independientemente del sistema político o económico que prevalezca en esa región. Cuando estas diferencias son innecesarias, evitables, arbitrarias e injustas, se considera que existe inequidad en salud (63).

A pesar de la transición que ha ocurrido respecto de la forma como se gestionan el riesgo y la seguridad de los pacientes, en la que fácilmente se puede observar el paso de la responsabilidad de las profesiones de la salud como consecuencia de su conocimiento, experiencia, autonomía clínica, autorregulación (64) o la deficiencia de estos atributos, hasta el reconocimiento del sistema, sus características y aspectos organizacionales que presentan un panorama más amplio, con contribuyentes a los resultados no deseados en la atención, siguen existiendo numerosos elementos que están por fuera de esta consideración. Estos elementos como lo son las diferencias sociales, económicas, políticas, raciales, mismas que también determinan los resultados en salud en la población, pueden propiciar resultados no deseados en salud, lo que constituye claras inequidades.

La equidad en la atención de la salud puede definirse como el acceso y uso del sistema de salud según las necesidades, así como la calidad de la atención ofrecida a todos los sectores de la población, lo cual es un requisito para garantizar la seguridad de las personas y los pacientes. La equidad en la atención implica no solo considerar el estado de salud del individuo, sino también todos los determinantes sociales que afectan el estado de salud en sí y que determinan la interacción de las personas con los servicios, como el acceso, la adecuación y la calidad de la atención, columnas fundamentales en seguridad del paciente.

Recientemente se han publicado diferentes fuentes en la literatura que sugieren que los resultados negativos en la seguridad

del paciente y la ocurrencia de eventos adversos están asociados con inequidades sexuales y de género, raciales, étnicas, educativas y socioeconómicas (65-67). Además, las características de los sistemas de salud, la naturaleza privada o pública de la provisión de servicios de salud y las características de las instituciones de salud están asociadas con la incidencia de EREND, especialmente prevenibles (68,69). A pesar de estas recientes consideraciones, las políticas generadas por el Estado en seguridad del paciente, no consideran, al menos explícitamente, esos elementos en su formulación, por lo que su declaración carece de aspectos que se dirijan a disminuir tales brechas de inequidad en la gestión del riesgo y, en consecuencia, en los resultados de seguridad.

A partir de todo lo expuesto, es evidente que la seguridad del paciente no es un problema esencialmente clínico y representa un problema de salud pública con impacto significativo en términos de morbilidad y mortalidad para la población general, alta carga a los sistemas de salud y sociales derivados de los costos y discapacidad. También es evidente que la restricción al escenario clínico en su definición ocasiona que se pierdan de vista elementos en niveles distales al binomio médico-paciente, intermedios y estructurales que funcionan como facilitadores del daño a las personas que demandan servicios de salud y que pueden o no acceder a ella.

La seguridad sanitaria no es esencialmente del paciente, es de la persona, del individuo que interactúa con el sistema de salud, que se encuentra inmerso en un contexto que no puede ser descuidado y que es vulnerable a determinantes sociales que influyen en sus resultados. Una perspectiva no sesgada de la práctica de la seguridad de las personas y de los pacientes debería incluir estos elementos, lo que hace necesario cuestionarse sobre la idoneidad de la definición de seguridad del paciente que se hace en la OMS y otras agencias de seguridad del paciente internacionales, las cuales consideran que se trata de una consecuencia directa de la relación entre el paciente y

el equipo médico, lo que excluye a la persona no enferma que, como se comentó, está en riesgo continuo de daños o desenlaces no deseados.

Adicionalmente, las estrategias de acción existentes no parecen abarcar todos los aspectos que definen la seguridad del paciente y de la persona en la Salud Pública y requieren explorar otros enfoques multi y transdisciplinarios que permitan abordar toda la complejidad que encierra la ocurrencia de daño en las personas durante su interacción con los servicios de salud, así como estrategias que se constituyan en verdaderas políticas con soporte inter y multi-sectorial, que permitan abonar y disponer de recursos normativos, físicos y económicos que garanticen la seguridad del paciente y las personas.

Estas características no son tenidas en cuenta por la política actual de seguridad del paciente y se debe esencialmente al paradigma que fija el objeto de estudio de la seguridad del paciente en los sujetos con eventos, el equipo médico y sus relaciones con el sistema, delimitado este último únicamente al escenario de atención hospitalaria o ambulatoria, y dejando fuera de foco aquellos eventos no deseados que ocurren en la población, que no se derivan de la atención, sino por la ausencia o restricciones de ella y que son consecuencia de la forma como está diseñado el sistema de salud y de las políticas de salud en el país.

También es notable que a pesar de que se ha trabajado por alrededor de 15 años en mejorar los resultados en seguridad y reducción de los EREND, los efectos obtenidos han sido lentos y no tan significativos como se esperaba. Estos hallazgos también hacen necesario cuestionarse si el enfoque epidemiológico es capaz de explicar y reconocer todo el riesgo y las causas para la ocurrencia de EREND, o si es necesario empezar a considerar algunos otros paradigmas como el de los determinantes sociales, que han demostrado ser modificadores de los resultados en salud y favorecedores de la inequidad. Así también, un claro vacío de conocimiento se reconoce en términos de cómo estos determinantes se relacionan

con los resultados no deseados y en la seguridad de los pacientes y las personas en Colombia.

En la salud pública hay espacio para trabajar en ello, entendiendo las complejidades de las relaciones entre determinantes de los daños por fuera del espacio físico donde ocurre la atención, desde el trabajo con las comunidades, incorporando conocimientos de otras disciplinas que den cuenta sobre el aseguramiento, el acceso y los resultados en salud, facilitando la evaluación de estrategias que mejoren el impacto que la falta de medidas efectivas de seguridad del paciente y las personas y los EREND tienen en la población general y especialmente para aquellos que se encuentran afectados diferencialmente por los determinantes sociales de la salud: raza, sexo, etnia, tipo de aseguramiento en salud, entre otros.

Finalmente, resulta necesario cuestionar la suficiencia de su enfoque epistemológico, praxeológico y ontológico que soporta la práctica y campos de acción de la seguridad del paciente. Es necesario que se empiece a pensar en seguridad del paciente y de las personas desde la Salud Pública, no solo para caracterizar el problema, sino para la propuesta de programas y políticas que abandonen la comodidad de la gestión del riesgo en el nivel hospitalario o ambulatorio y se empiecen a medir las consecuencias que los programas, planes y características del sistema de salud están produciendo sobre la población, caracterizarlos y avanzar en la generación de soluciones.

Si es función de la Salud Pública promover el desarrollo de políticas y planes que apoyen los esfuerzos de salud individuales y comunitarios, vincular a las personas con los servicios de salud personales necesarios y evaluar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud personales y poblacionales, monitorear el estado de salud para identificar problemas de salud de la comunidad, diagnosticar e investigar problemas de salud y peligros para la salud en la comunidad e investigar nuevos conocimientos y soluciones innovadoras para problemas de salud, hay razones de sobra

para considerar la seguridad del paciente y de la persona como un objetivo de Salud Pública y no estrictamente del ámbito clínico como se expresó tempranamente en este documento.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento

No se tuvo financiamiento.

Agradecimientos

De manera especial agradecemos los comentarios y recomendaciones para mejorar este documento a Jafet Arrieta, Directora Senior en el Institute for Healthcare Improvement y al doctor Fernando de la Hoz.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). The conceptual framework for the international classification for patient safety. WHO: Ginebra; 2009.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la seguridad del paciente. OMS: Ginebra; 2019.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Patient safety: a global health priority [internet]. 2019 [citado: 2022 nov 21. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/policies/global-health-priority/en/>.
4. Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza mundial para la seguridad del paciente. OMS: Washington; 2008.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Reto mundial en pro de la seguridad del paciente. OMS: Ginebra; 2005.

7. Mattie AS, Ben-Chitrit R. Patient safety legislation: a look at health policy development. *Policy, Polit Nurs Pract.* 2007;8(4):251-61. doi: <https://doi.org/10.1177/1527154407313467>.
8. Ministerio de Salud y la Protección Social. Política de seguridad del paciente. Lineamientos para la implementación de políticas en seguridad del paciente. Bogotá: MSPS; 2008.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de políticas en seguridad del paciente [internet]. 2008 [citado 2023 nov 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACION%20DE%20LA%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
10. Runciman MA, Walton M. Safety and ethics in healthcare: A guide to getting it right. Londres: CRC Press; 2007. doi: <https://doi.org/10.1201/9781315607443>.
11. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370-6. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604>.
12. Estrada-Orozco K, Cantor Cruz F, Benavides Cruz J, Ruiz-Cardozo MA, Suárez-Chacón AM, Cortés Tribaldos JA, et al. Hospital adverse event reporting systems: A systematic scoping review of qualitative and quantitative evidence. *J Patient Safety.* 2021;17(8):e1866-72. doi: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000690>.
13. Estrada-Orozco K, Gaitán-Duarte H, Moreno S, Moreno-Chaparro J. Reportable hospital events: incidence and contributing factors in the surgery service of a high complexity hospital in Bogotá, Colombia, 2017. *Colombian Journal of Anesthesiologycol.* 2019;47:5-13. doi: <https://doi.org/10.1097/CJ9.0000000000000091>.
14. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-López C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality Safety.* 2013;22(10):809. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>.
15. OECD. The economist of patient safety: strengthening a value based approach to reducing patient harm at national level. OECD; 2017.
16. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC.* 2014;14:311. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-311>.
17. Molina FJ, Rivera PT, Cardona A, Restrepo DC, Monroy O, Rodas D, et al. Adverse events in critical care: Search and active detection through the Trigger Tool. *World J Crit Care Med.* 2018;7(1):9-15. doi: <https://doi.org/10.5492/wjccm.v7.i1.9>.
18. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remon C, Límón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican Study of Adverse Events' (IBEAS). *BMJ.* 2011;20(12):1043-51. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2011.051284>.
19. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagón N, Forero-Supelano V, Santofimio-Sierra D, Althahona H. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2006. *Rev Salud Pública.* 2008;10:215-26. doi: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000200002>.
20. Ovalle D. Diferencias en los costos directos causados por los eventos adversos entre los servicios médicos y quirúrgicos, en una institución de segundo nivel en Bogotá, Clínica Carlos Lleras Restrepo Abril 2009- Marzo 2010. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
21. Así vamos en salud. Tasa de incidencia de infecciones asociadas a dispositivos. Resolución 256/16 [internet]. 2021 [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/seguridad-del-paciente/tasa-de-incidencia-de-infecciones-asociadas-dispositivos>.
22. Gaitán H. Los eventos adversos en la atención en salud. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2016;4(59):270-2. doi: <https://doi.org/10.18597/rcog.389>.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema integrado de la información de la protección Social SISPRO [internet]. 2021 [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>.
24. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ.* 2001;322(7285):517-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7285.517>.
25. Wilson RM, Van Der Weyden MB. The safety of Australian healthcare: 10 years after QAHCS. *Med J Australia.* 2005;182(6):260-1. doi: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2005.tb06694.x>.
26. Baker GR, Norton PC, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004;170(11):1678-86. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498>.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente [internet]. 2012 [citado: 2022 nov 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
28. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health. The Solid Facts. OMS: Ginebra; 2003.
29. Marmot WR. Social determinants of health. Oxford: Oxford Press; 2005. doi: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001>.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). The determinants of health [internet]. S. f. [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
31. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ.* 1998;316(7138):1154-7. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7138.1154>.
32. Rogers S. A structured approach for the investigation of clinical incidents in health care: application in a general practice setting. *BRJ.* 2002;52 Suppl:S30-2.
33. Dirección Administrativa Nacional de Estadísticas (DANE). Encuesta Nacional de Calidad de Vida [internet]. 2012 [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-2012>.
34. Congreso de Colombia. Ley estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
35. Fernández Sierra M. Barreras de acceso a servicios de salud y mortalidad en Colombia. *Foco Económico* [internet] 2019. [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: <https://focoeconomico.org/2019/10/15/barreras-de-acceso-a-servicios-de-salud-y-mortalidad-en-colombia/>.

36. Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Bogotá: Repositorio Banco de la República; 2014.
37. Day B. The consequences of waiting. Montreal: Fraser Institute; 2013.
38. Christopher TB, David E, Anthony H, Christian L, Joanne M, et al. Informe sobre la salud en el mundo. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal [internet]. Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: https://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf.
39. Imperial College London. Systems analysis of clinical incidents: The London Protocol [internet]. 2004 [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: <https://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre/education/training-materials-for-use-in-research-and-clinical-practice/the-london-protocol/>.
40. Barua B, Esmail N, Jackson T. The effect of wait times on mortality in Canada. Canadá: Fraser institute; 2014.
41. Sobolev B, Kuramoto L, Levy A, Hayden R. Methods for studying adverse events on surgical wait lists. Health Services and Outcomes Research Methodology. 2006;6:139-51. doi: <https://doi.org/10.1007/s10742-006-0010-3>.
42. Sobolev BG, Levy AR, Kuramoto L, Hayden R, Fitzgerald JM. Do longer delays for coronary artery bypass surgery contribute to preoperative mortality in less urgent patients? Medical Care. 2006;44(7):680-6. doi: <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000220257.81482.67>.
43. Cesena FH, Favarato D, César LA, de Oliveira SA, da Luz PL. Cardiac complications during waiting for elective coronary artery bypass graft surgery: incidence, temporal distribution and predictive factors. Eur J Cardiothorac Surg. 2004;25(2):196-202. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejcts.2003.11.004>.
44. Fortin A, Bairati I, Albert M, Moore L, Allard J, Couture C. Effect of treatment delay on outcome of patients with early-stage head-and-neck carcinoma receiving radical radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2002;52(4):929-36. doi: [https://doi.org/10.1016/S0360-3016\(01\)02606-2](https://doi.org/10.1016/S0360-3016(01)02606-2).
45. Christensen ED, Harvald T, Jendresen M, Aggestrup S, Petterson G. The impact of delayed diagnosis of lung cancer on the stage at the time of operation. Eur J Cardio-thoracic Surg. 1997;12:880-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S1010-7940\(97\)00275-3](https://doi.org/10.1016/S1010-7940(97)00275-3).
46. Garbuz DS, Xu M, Duncan CP, Masri BA, Sobolev B. Delays worsen quality of life outcome of primary total hip arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2006;447:79-84. doi: <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000203477.19421.ed>.
47. Vergara I, Bilbao A, González N, Escobar A, Quintana JM. Factors and consequences of waiting times for total hip arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2011;469(5):1413-20. doi: <https://doi.org/10.1007/s11999-010-1753-2>.
48. Braybrooke J, Ahn H, Gallant A, Ford M, Bronstein Y, Finkelstein J, et al. The impact of surgical wait time on patient-based outcomes in posterior lumbar spinal surgery. Eur Spine J. 2007;16(11):1832-9. doi: <https://doi.org/10.1007/s00586-007-0452-5>.
49. Boisjoly H, Freeman EE, Djafari F, Aubin M-J, Couture S, Bruen RP, et al. Reducing wait time for cataract surgery: comparison of 2 historical cohorts of patients in Montreal. Can J Ophthalmol. 2010;45(2):135-9. doi: <https://doi.org/10.3129/i09-256>.
50. Así vamos en salud. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cinco (5) especialidades médicas por IPS-Resolución 256/16 [internet]. 2021 [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/oportunidad-de-la-atencion/tiempo-promedio-de-espera-para-la-asignacion-de-cita-de-5>.
51. Así vamos en salud. Cobertura de vacunación triple viral en niños de un año [internet]. 2021 [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/gestion-del-riesgo/cobertura-de-vacunacion-triple-viral-en-ninos-de-un-ano>.
52. Así vamos en salud. Mortalidad por tétanos neonatal – georreferenciado [internet]. 2021 [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-transmisibles/mortalidad-por-tetanos-neonatal-georreferenciado>.
53. Así vamos en salud. Incidencia de sífilis congénita - georreferenciado [internet]. 2021 [citado: 2022 nov 21]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/gestion-del-riesgo/incidencia-de-sifilis-congenita-georeferenciado>.
54. Institute of Medicine. Committee on quality of health care in America. En: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: Building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
55. Wang CCK, Poe HK. Drug and alcohol testing of employees as a function of safety management. Profes Safety. 1991;36(7):29.
56. Waring J, Allen D, Braithwaite J, Sandall J. Healthcare quality and safety: a review of policy, practice and research. Sociol Health Illness. 2016;38(2):198-215. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12391>.
57. Anderson C. Abuse and neglect among the elderly. J Gerontological Nursing. 1981;7(2):77-83. doi: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19810201-05>.
58. Ray WA, Griffin MR, Shorr RI. Adverse drug reactions and the elderly. Health Affairs. 1990;9(3):114-22. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.9.3.114>.
59. Guilbert JJ. The World Health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Educ Health (Abingdon). 2003;16(2):230. doi: <https://doi.org/10.1080/1357628031000116808>.
60. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017;28(5):785-95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>.
61. Council of Europe. Recommendation of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 2006.
62. NHS. Learning from patient safety incidents. NHS; 2010.
63. Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1991.
64. Freidson E. Professional dominance: The social structure of medical care: Transaction Publishers; 1974.
65. Okoroh JS, Uribe EF, Weingart S. Racial and ethnic disparities in patient safety. J Patient Safety. 2017;13(3):153-61. doi: <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000133>.
66. Shen JJ, Cochran CR, Mazurenko O, Moseley CB, Shan G, Mukalian R, et al. Racial and insurance status disparities in patient safety indicators among hospitalized patients. Ethn Dis. 2016;26(3):443-52. doi: <https://doi.org/10.18865/ed.26.3.443>.
67. Piccardi C, Detollenaere J, Vanden Bussche P, Willems S. Social disparities in patient safety in primary care: a systematic review. Int J Equity Health. 2018;17(1):114. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0828-7>.
68. Stockwell DC, Landrigan CP, Toomey SL, Westfall MY, Liu S, Parry G, et al. Racial, ethnic, and socioeconomic disparities in patient safety events for hospitalized children. Hosp Pediatr. 2019;9(1):1-5. doi: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0131>.
69. Gardener H, Leifheit EC, Lichtman JH, Wang Y, Wang K, Gutiérrez CM, et al. Racial/ethnic disparities in mortality among medicare beneficiaries in the FL-PR CR eSD Study. J Am Heart Assoc. 2019;8(1):e009649. doi: <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.009649>