



**Experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico del  
Hospital Civil de Ipiales en el periodo 2016-2020**

**Yenny Alexandra Galindez Martínez  
Darwin Fredy Salazar López**

**Universidad EAN  
Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas  
Maestría Administración de Empresas en Salud- MBA en salud  
Popayán  
2021**

**Experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico del  
Hospital Civil de Ipiales en el periodo 2016-2020**

**Yenny Alexandra Galindez Martínez  
Darwain Fredy Salazar López**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:  
Magister en Administración de Empresas en Salud**

**Directora:  
Claudia Fabiola Rey Sarmiento**

**Modalidad:  
Trabajo Dirigido**

**Universidad EAN  
Facultad de Administración, Finanzas Y Ciencias Económicas  
Maestría Administración de Empresas en Salud- MBA en salud  
Popayán  
2021**

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del director del trabajo de grado

## **Contenido**

	<b>Pág.</b>
Resumen	9
Abstract	10
1. Introducción	11
2. Objetivos	18
2.1. Objetivo General	18
2.2. Objetivos específicos	18
3. Justificación	19
4. Marco de referencia	21
4.1. Marco de antecedentes	21
4.2. Marco teórico	25
4.3. Marco Conceptual	31
5. Marco institucional	34
5.1. Hospital Civil de Ipiales	34
5.1.1. Misión	34
5.1.2. Visión	34
5.1.3 Valores y Principios	35
5.1.4 Organigrama	36
6. Diseño metodológico	37
6.1. Tipo de investigación	37
6.2. Población	37
6.3. Plan de recolección de datos y fuentes de información	38
6.4. Instrumentos	39
6.5. Procesamiento y análisis de datos	39
6.6. Consideraciones éticas	39
6.7. Categorías de análisis	40
6.8. Operacionalización de variables	41
6.9 Información para el diagnóstico	46
7. Desarrollo del trabajo	48
7.1. Revisión documental	48

7.2. Eventos adversos a nivel de Hospital Local Civil de Ipiiales	61
7.3. Experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico en el Hospital Civil de Ipiiales	68
8. Conclusiones y Recomendaciones	73
8.1 Recomendaciones	73
8.2 Conclusiones	74
Referencias Bibliográficas	81

## **Índice de Gráficas**

	<b>Pág.</b>
Gráfica 1. Número de eventos adversos relacionados con medicamentos en el Hospital Local Civil de Ipiales, período 2016 a 2020	61
Gráfica 2. Principales causas relacionadas con eventos adversos relacionados con medicamentos en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.	62
Gráfica 3. Número eventos relacionados con caídas en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.	63
Gráfica 4. Servicio con mayor reporte de caídas en el Hospital Civil de Pasto, período 2016 a 2020.	63
Gráfica 5. Principal causa relacionada con caídas en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.	64
Gráfica 6. Número de eventos adversos relacionados con dispositivos médicos en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.	65
Gráfica 7. Porcentaje de adherencia lavado de manos en el personal del Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.	65
Gráfica 8. Número de extubaciones no programadas en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016-2020.	66
Gráfica 9. Causa principal de extubaciones no programadas en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016-2020	66
Gráfica 10. Número de eventos adversos relacionados con IAAS	67
Gráfica 11. Evento adverso asociado a IAAS más frecuente en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.	68

## **Índice de Figuras**

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Estructura orgánica del Hospital Civil de Ipiales	36
Figura 2. Esquema Prisma	46

## **Índice de Tablas**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Operacionalización de variables	42
Tabla 2. Revisión documental	49



## **Resumen**

La preocupación de los hospitales por prestar un servicio de calidad, oportuno y confiable es una característica en común a nivel global. La seguridad del paciente es pilar fundamental en la prestación de servicios de salud y de allí la adopción de guías y normas en esta materia cobra relevancia diariamente. Al ser un ambiente que requiere gran capacidad de concentración, los hospitales pueden ser escenarios de eventos adversos, incidentes o acciones inseguras, al ser multicausales, estos eventos requieren de un amplio análisis y plan de acción para prevenirlos. Asimismo, el compromiso por la gestión del riesgo clínico es de todo el personal tanto asistencial como administrativo.

En el estudio se abordó las experiencias demostrativas en la gestión del riesgo clínico del Hospital Local Civil de Ipiales, basándose en los lineamientos de gestión del riesgo del Ministerio de Salud y Protección Social, por tal motivo se revisó conceptualmente los modelos de gestión del riesgo clínico en Colombia y en el mundo con la finalidad de identificar las variables de análisis, así mismo se identificaron los eventos adversos generados en la institución de salud sujeto de estudio y finalmente se abordó las experiencias demostrativas según la coordinadora de seguridad del paciente, en donde establece cada uno de los aportes significativos que han contribuido a realizar la gestión de riesgo clínico y la efectividad de la misma.

En definitiva, las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico en el Hospital Local Civil de Ipiales, ha sido exitosa, puesto que se dispone del personal calificado para la coordinación de seguridad del paciente, quien lidera las diferentes actividades y acciones en pro de promover la cultura de reporte de los eventos y la toma de decisiones correctivas o preventivas en pro de brindar atención con calidad a los usuarios que hacen uso de los servicios que brinda la institución en esta comunidad.

**Palabras claves:** evento adverso, seguridad del paciente, gestión del riesgo clínico, calidad, error, incidente, acción insegura

### **Abstract**

*The concern of hospitals to provide a quality, timely and reliable service is a common characteristic at the global level. Patient safety is a fundamental pillar in the provision of health services and hence the adoption of guidelines and standards in this matter becomes relevant on a daily basis. Being an environment that requires great concentration capacity, hospitals can be scenarios of adverse events, incidents or unsafe actions, as they are multi-causal, these events require a broad analysis and action plan to prevent them. Likewise, the commitment to clinical risk management belongs to all the healthcare and administrative personnel.*

*The study addressed the demonstrative experiences in the management of clinical risk of the Local Civil Hospital of Ipiales, based on the risk management guidelines of the Ministry of Health and Social Protection, for this reason the clinical risk management models were conceptually reviewed in Colombia and in the world in order to identify the analysis variables, likewise the adverse events generated in the health institution under study were identified and finally the demonstrative experiences were addressed according to the patient safety coordinator, where it establishes each of the significant contributions that have contributed to carrying out clinical risk management and its effectiveness.*

*In short, the demonstrative experiences in clinical risk management in the Local Civil Hospital of Ipiales have been successful, since qualified personnel are available for the coordination of patient safety, who lead the different activities and actions in favor of promoting the culture of reporting events and making corrective or preventive decisions in order to provide quality care to users who make use of the services provided by the institution in this community.*

**Key words:** *Adverse event, patient safety, clinical risk management, quality, error, incident, unsafe action.*

## **1. Introducción**

En el marco de la globalización Méndez & Bacerril (2005) advertían que la administración debió replantearse adoptando formas abiertas frente a la concepción de la gerencia, adecuándose a los nuevos desafíos de la administración, como lo son la gestión de calidad total, la reingeniería, la gestión de proyectos, el método Deming para el control de la calidad en toda la compañía, la producción justo a tiempo, Benchmarking para realizar una gestión comparativa, el método Baldrige para promover la competitividad a partir de la calidad total.

Asimismo, el direccionamiento estratégico, que consiste en ser un “proceso por el cual los miembros guía de una organización prevén su futuro, y desarrollan los procedimientos y operaciones necesarias para alcanzarlo” (García, et al., 2017, p. 5), buscando con ello dos cosas, la maximización de los resultados y la calidad en los servicios prestados.

En este sentido, la falta de seguridad del paciente es un problema de salud pública que afecta a todos los países de todo nivel de desarrollo (...) (Balaguera, Nieto, Peña, & Roso, 2018, p. 7) y estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados (Organización Mundial de la Salud, 2008, p. 1)

La gestión del riesgo clínico es un tema que está presente en la agenda de los principales organismos internacionales que promueven la salud de la población. Esto es importante porque ha impulsado cambios progresivos en la normatividad sanitaria y en las prácticas asistenciales de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud. En esta línea, según Ibarra (2012), quien afirma que:

La atención a la salud es una actividad por naturaleza compleja y de alto riesgo. No existe forma de garantizar procesos humanos perfectos, ni de eliminar los efectos nocivos de los tratamientos. Se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas individuales. Esto, aunado a pacientes más vulnerables y a la vez

más informados y demandantes conforma un entorno clínico con mayores riesgos para la prestación de servicios de salud. (p. 4)

De esta manera en el campo de la atención en salud, hay muchos factores que, si se manejan de manera inadecuada, a menudo conducen a serios problemas clínicos, éticos, legales y económicos. Para mitigar estos aspectos, Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (Ministerio de Salud y Protección Social , 2012, p. 7)

Así mismo, en el país se ha venido avanzando en normatividad de seguridad del paciente, desde el enfoque de gestión de riesgo, como manera preventiva ante la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos y la promoción de la cultura de seguridad del paciente en las instituciones ha cobrado importancia en los últimos años.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, hace referencia a la definición de la gestión integral del riesgo en salud, asimismo, enfoca en la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud basándose en la Ruta de Atención, los principales riesgos de los pacientes se dividen de la siguiente manera: gestión colectiva riesgo territorio, gestión salud pública territorio (riesgos sociales y ambientales), gestión individual de riesgo (riesgo primario), gestión clínica (riesgo técnico) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (2002) citado por el Ministerio de Salud y Protección Social, (2018) en el documento de *“trabajo de gestión integral del riesgo en salud:*

los factores que enferman a las personas pueden durar varios años y se ven afectados por determinantes socioeconómicos más generales. Por ejemplo, el nivel de ingresos y el nivel educativo afectan los hábitos alimenticios y el consumo de alcohol. Estos factores a su vez, interactúan con factores fisiológicos y fisiopatológicos como la presión arterial, los niveles de colesterol y el metabolismo de la glucosa. Esto puede conducir a enfermedades como

accidentes cerebrovasculares o coronarios. La comprensión de la distribución y los determinantes del riesgo es de gran importancia para la identificación y selección de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales basadas en la evidencia, destinadas a minimizar el riesgo de padecer la enfermedad y la gestión integral de la misma, una vez se ha presentado. (p, 14)

La gestión de riesgos clínicos (GRC), incluye intervenciones compuestas de diferentes niveles organizacionales, orientados a analizar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos a través de procesos sistemáticos, aplicando estándares de calidad en el proceso durante la atención y desarrollando métodos de análisis de errores basados en métodos de prevención. En este caso, una forma de asegurar la salud pública es identificar los riesgos de manera oportuna y revisar la estructura y características funcionales de la institución. Los procedimientos que ejecutan, los tipos de recursos técnicos que posee y sus características de capital humano. Todo ello tiene en cuenta el marco ético y legal vigente.

En este sentido, la preocupación por prestar un servicio de calidad y seguro es una característica que muchas entidades de salud buscan, se han implementado varias metodologías de análisis y planes de acción para eventos adversos. Sin embargo, es de reconocer que existe un camino largo por recorrer hacia la seguridad del paciente,

La gestión del riesgo en salud constituye una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos, que permite contrarrestar el elevado riesgo y la incertidumbre de las actividades propias de este sector con el fin de generar valor, mejorar el desempeño y garantizar la supervivencia de la empresa en tiempos adversos, minimizando las pérdidas y maximizando las ganancias. En Colombia, el concepto de gestión del riesgo en salud comienza a tenerse en cuenta mucho después de haberse desarrollado y aplicado en los sectores financiero, bancario y asegurador. El sector salud tiene similitudes con el sector financiero, lo cual hace posible aplicar los principios y las técnicas que se han desarrollado para este último” (Lugo & Vergara, 2018. p. 5)

Al respecto, la prevención de eventos adversos y el fomento de la seguridad del paciente aparte de reducir riesgos en los pacientes, significa reducción significativa en procesos financieros derivados de eventos adversos, la gestión financiera adecuada es parte de la gestión de riesgos en la salud en Colombia a través de la optimización de recursos públicos designados a la salud de la población colombiana.

Las organizaciones que logran la gestión del riesgo de forma eficaz y eficiente tienen mayores probabilidades de alcanzar sus objetivos a un menor costo. Para esto la gestión del riesgo debería ser promovida por todos los miembros y dependencias de la organización, para lo cual debería estar involucrada dentro de la cultura y planificación estratégica” (ICONTEC, 2006, citado por Puerto, 2011. p. 4).

Haciendo relación al Hospital Civil de Ipiales, con 100 años de experiencia, en varias ocasiones ha sido galardonado por diferentes entidades en aspectos financieros, innovadores o de calidad. En el año 2010 y 2012 el hospital recibe mención de honor en el premio “Galardón Hospital Seguro” por parte de la asociación colombiana de hospitales y clínicas ACHC, recientemente el 22 marzo del 2019 recibe nuevamente y de manera consecutiva desde 2013 el certificado en Acreditación en Salud por parte de Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). Por otro lado, en el 2017, El hospital es el ganador del Premio Latinoamericano “Excelencia en Higiene de Manos 2017 – 2018”. En febrero de 2021 el hospital recibió premio Top Bench de la fundación Guayacanes, categoría plata en nivel humanización y atención centrada en las personas.

Por su trayectoria y su esfuerzo, varias experiencias en materia de gestión del riesgo clínico han sido reconocidas a nivel nacional e internacional, se considera pertinente las experiencias demostrativas de esta institución para proponer elementos de la gestión del riesgo clínico aplicable a otras empresas sociales del estado de tercer nivel, del orden departamental y en el país. Se buscan los elementos de gestión del riesgo clínico y que esto permita dar desarrollo a la siguiente incógnita ¿Cómo proponer elementos para la creación de un modelo de gestión del riesgo clínico basado en los lineamientos de gestión del riesgo del Ministerio de Salud y Protección Social y las experiencias demostrativas del último quinquenio

del Hospital Civil de Ipiales, referentes nacionales y referentes internacionales, con el propósito de facilitar el fortalecimiento de las capacidades para la gestión en IPS públicas del país? Con lo cual se permitió crear una propuesta de modelo para tomar como referente con un conjunto de elementos que permita llevar hacia la perfección la elaboración de los manuales de Gestión del Riesgo Clínico en diferentes entidades del país.

En este contexto, se tomó el caso particular del Hospital Civil de Ipiales, se identificó las experiencias demostrativas en riesgo clínico basado en los lineamientos de gestión del riesgo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) referentes nacionales e internacionales y las experiencias demostrativas del último quinquenio del Hospital Civil de Ipiales, con el propósito de facilitar el fortalecimiento de las capacidades para la gestión en IPS públicas del país.

En este sentido, es necesario, para todas las empresas, diseñar estrategias que les permitan establecer políticas de inclusión, ofreciendo las posibilidades de mejorar la vida de la población y que disminuyan los errores humanos. Por cuanto, durante décadas, los errores humanos en sistemas complejos han sido un tema de debate debido a sus consecuencias. Por ejemplo, las fallas del sistema en la industria de la aviación causan una gran publicidad y se abordan muy rápidamente debido al impacto que tienen, ya que involucran a una gran cantidad de personas y recursos. En el sector de la salud, los accidentes pueden ser mortales, pero no atraen tanta atención ya que afectan a menos personas a la vez. “Los errores en los entornos de atención médica comenzaron a llamar la atención del público desde la década de 1990” (Wong & Beglaryan, 2004, p.6).

Es así, como la responsabilidad que conlleva la atención a los eventos de salud de un ser humano, debe ser la constante en los profesionales de la salud, sin embargo, existen varios factores que pueden afectar el desempeño de los profesionales, por ello, es necesario elaborar herramientas o métodos para la prevención de eventos adversos y aumentar la seguridad del paciente.

En relación a lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que la promoción de la cultura de seguridad del paciente se puede conceptualizar mejor como una constelación de intervenciones arraigadas en principios de liderazgo, trabajo en equipo y cambio de comportamiento, en lugar de un proceso, equipo o tecnología específicos.

Según Lagla & Llerena, (2021):

las estrategias para promover una cultura de seguridad del paciente pueden incluir una sola intervención o varias intervenciones combinadas en un enfoque o una serie multifacéticos: también pueden incluir cambios a nivel de sistema, como los de gobernanza o estructura de informes (p. 24)

Por ejemplo, la capacitación en equipo, las rondas interdisciplinarias o de caminata ejecutiva y las estrategias basadas en unidades que incluyen una serie de intervenciones, se han etiquetado como intervenciones para promover una cultura de seguridad. Se debe considerar que “la formación en equipo se refiere a un conjunto de métodos estructurados para optimizar los procesos de trabajo en equipo, como la comunicación, la cooperación, la colaboración y el liderazgo”. (Salas E, Diaz Granados D, Weaver SJ, y Rey H, (2008) citado por Weaver, y otros, 2010, p. 2).

La seguridad del paciente es eje fundamental en la calidad de la atención, fomentar esta cultura trae beneficios para la institución, el personal y los usuarios. La mejor manera de abordaje es la prevención, para esto se requiere un análisis detallado de los procesos, factores intrínsecos y extrínsecos que influyen directa o indirectamente el desarrollo de actividades hospitalarias, además de recalcar la importancia del apoyo gerencial hacia los profesionales asistenciales. De igual manera se debe plantear mecanismos de evaluación y planes de acción oportunos en la gestión de riesgos clínicos cuyo objetivo debe ser crear un hospital seguro.

Teniendo en cuenta este panorama, el objetivo del presente documento es describir las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico basado en los lineamientos de gestión del riesgo del Ministerio de Salud y Protección Social del último quinquenio del Hospital Civil de Ipiales, referentes nacionales y referentes internacionales, con el propósito de facilitar el fortalecimiento de las capacidades para la gestión en IPS públicas del país. De esta manera comprender los procesos de inclusión de los pacientes, y diversas dimensiones de la administración en empresa pública del sector, con el fin de reconocer los aspectos positivos y negativos de las



políticas y principios que orientan este tipo de procesos, con el propósito de proponer recomendaciones que permitan mejorar su desarrollo, beneficiando de esta manera a la población en condición de discapacidad.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Identificar las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico del Hospital Civil de Ipiales en el período 2016 – 2020, para determinar los elementos fundamentales en la construcción de un modelo de Gestión de riesgo clínico, basado en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

### **2.2. Objetivos específicos**

Revisar conceptualmente los modelos de gestión del riesgo clínico en Colombia y el mundo con el propósito de identificar las variables de análisis, mediante proceso de revisión documental de bases de datos.

Determinar los principales eventos adversos generados en el Hospital Local Civil de Ipiales durante el año 2016 a 2020, a través de la revisión histórica de base de datos de gestión del riesgo clínica con el fin de identificar las acciones de mejora que se efectuaron.

Identificar las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico del último quinquenio del Hospital Civil de Ipiales, según record histórico de eventos adversos y análisis de las acciones realizadas, con el propósito de identificar los elementos fundamentales para la construcción de un modelo de gestión de riesgo clínico basado en la experiencia vivida de esta institución.

### **3. Justificación**

Línea: Gestión en salud

Objetivo de la Línea: Busca la implementación y evaluación de estrategias de gestión en instituciones públicas y privadas que realicen servicios de salud.

Los modelos de gestión del riesgo clínico se han venido convirtiendo en una parte importante de la administración de salud, por cuanto esto permite reducir la probabilidad de que se produzca un resultado indeseable -o la ausencia de un resultado deseable- a lo largo de la cadena de la acción sanitaria, en este sentido, el diseño de un modelo de gestión del riesgo clínico basado en los lineamientos de gestión del riesgo del Ministerio De Salud y Protección Social y las experiencias demostrativas del último quinquenio del Hospital Civil de Ipiales, con el propósito de facilitar el fortalecimiento de las capacidades para la gestión en IPS públicas del país, tiene una pretensión prospectiva y en esa medida es útil para quienes deben tomar decisiones en las empresas del sector salud, trascendiendo la dimensión meramente académica convirtiéndose en una herramienta que contribuya a mejorar la responsabilidad social empresarial en el departamento de Nariño.

Hoy por hoy, en las organizaciones del sector salud es notoria la baja inclusión de modelos de gestión del riesgo clínico, es por esto que el Hospital Civil de Ipiales, pretendiendo fortalecer el cumplimiento de requisitos legales y normativos y logrando precisar las diferentes causas que conllevan a la presencia de eventos no deseados, pretende reducir la presencia de fuentes de riesgo y por ende la afectación directa de todos los procesos que conforman el Hospital, generando procesos estables de alta calidad.

En razón a lo anterior, el diseño de modelos de gestión del riesgo clínico se desarrolla en virtud de conocer el proceso de adaptabilidad que realizan las organizaciones del sector salud del departamento de Nariño, mejorando la generación de mecanismos de auto sostenibilidad, y el logro de niveles aceptables de calidad de vida, que desde la academia puede partir desde la implementación del saber científico hacia la orientación de metas y decisiones que procuren la resolución de las problemáticas.

Ahora bien, según la Organización Mundial de la Salud (s.f.), para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención.

Por lo anterior se hace necesario la descripción de las experiencias demostrativas en el último quinquenio sobre la gestión del riesgo clínico del Hospital Civil de Ipiales E.S.E., basado en los lineamientos del Ministerio de Salud y protección Social, basándose en referentes nacionales e internacionales, con el propósito de facilitar el fortalecimiento de las capacidades para la gestión en IPS públicas del país.

## **4. Marco de referencia**

### **4.1 Marco de antecedentes**

En Perú, se realizó el estudio titulado: “*diseño de un sistema de control interno para contrataciones del Estado en el Hospital La Caleta de Chimbote, Perú*”. El principal propósito del estudio fue diseñar un sistema de control interno (SCI) eficaz en contrataciones de bienes y servicios del Estado para la Unidad de Logística del Hospital “La Caleta” de Chimbote, Perú, como un sistema organizacional que experimenta cambios institucionales en un contexto social globalizado.

El sistema de control interno gubernamental en la gestión de la Unidad de Logística presentó una brecha promedio de 72% porque los funcionarios y empleados desconocían o aplicaron mal las normas de control y prevaleció el paradigma de que el control debería de estar en manos solo de profesionales especializados. Por las mismas razones, la aplicación de los componentes del sistema de control interno a los procesos de contrataciones de bienes y servicios representó una brecha promedio de 74 %. La implementación progresiva del sistema de control interno propuesto, que está basado en el paradigma del informe del sistema de control interno y el cumplimiento de las normas legales en materia de control gubernamental, puede contribuir a mejorar la gestión de los procesos de contrataciones de bienes y servicios del Estado y efectuar el seguimiento y evaluación de las contrataciones del Estado (Cruz, 2011, p. 1).

En Colombia, se realizó el estudio titulado: “*implementación del sistema de administración de riesgos por Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo en Colombia 2008-2011*”. El objetivo de este artículo, es presentar el sistema de administración de riesgos, así como los niveles de implementación alcanzados por los actores del SGSSS durante los últimos tres años y formular recomendaciones que contribuyan a su consolidación y fortalecimiento.

En el estudio se concluye que:

De la IV y última fase de consolidación del sistema de administración de riesgos, como herramienta de control de gestión, serán para el sector insumo fundamental para normalizar temas vitales para la operación eficiente del sistema, tales como requisitos obligatorios de habilitación y permanencia para las administradoras de planes de beneficios, constitución de redes integradas de servicios de salud y gestión de riesgos compartidos que, por último, garanticen la gestión permanente de los indicadores trazadores de atención y aseguren el impacto en la situación de salud del país. Este artículo presenta conceptos y definiciones relevantes en la gestión del riesgo con el propósito de que las diferentes entidades vinculadas al Sector Salud, así como los tomadores de decisión, funcionarios públicos y privados, medios de comunicación, tengan información que oriente y facilite la comprensión de estos conceptos dentro de su quehacer institucional en función de la prevención de los riesgos, como eje de sostenibilidad, competitividad e impacto en los niveles de salud de la población (Alvarez, Roca, Chaux, & Pineda, 2012).

En Bogotá, se realizó el estudio “*la integración de los sistemas de gestión. Necesidad de una nueva cultura empresarial*”. El modelo empresarial surgido en los últimos años, necesita sistemas de gestión que permitan controlar de forma sistemática las actividades y procesos de la empresa, con la participación e implicación de todos sus trabajadores, con el objetivo de lograr los resultados previstos. En estos modelos de gestión, no basta con tener en cuenta solamente los parámetros económicos y de productividad. La satisfacción de los trabajadores, de los clientes y del entorno social en el que desarrolla su actividad, las actuales exigencias en materia de seguridad y salud en el trabajo, de la calidad y medioambientales, deben de ocupar posiciones preponderantes y de mejora continua (Fraguela, Carral, Iglesias, & Castro, 2011).

Asimismo, en Bogotá, se realizó el estudio titulado: “*gestión del riesgo y salud pública en los cambios normativos recientes*” (Gómez, 2015). Los cambios normativos recientes relacionados con la gestión del riesgo en salud requieren la utilización de conceptos y herramientas de la salud pública para su apropiada comprensión e implementación.

La co-responsabilidad del Estado y los habitantes como garantes del derecho a la salud, un modelo de atención con rutas y redes integrales que sostenga la movilidad social y las acciones coordinadas entre entidad territorial y empresa prestadora de servicio constituyen cambios normativos recientes relacionados con la gestión del riesgo en salud

Para una mejor comprensión de esos cambios normativos se correlacionan con definiciones de salud pública y se aporta el concepto de necesidades en salud diferenciando entre necesidades normativas, ofertadas y percibidas precisando la relación que tienen con la gestión de riesgos financieros, legales y reputacionales

Para la implementación de los cambios normativos la comunicación del riesgo, la valoración del impacto en salud de políticas extra-sectoriales, la valoración de necesidades en salud y la ética en salud pública son herramientas que enriquecen la gestión del riesgo en salud (Gómez, 2015).

En Bogotá, “*gestión de riesgos para entidades promotoras de salud – régimen contributivo en Colombia*”. El riesgo se define como un evento incierto, indeseable, imprevisto e involuntario que puede producir consecuencias negativas para quien lo sufre; el sistema de administración de riesgos surge como una secuencia de pasos bien definidos, que ayuda a la toma de decisiones para enfrentar la generación o el impacto de un riesgo en una compañía. Es una forma eficiente de identificar oportunidades y evitar pérdidas y ayuda a mejorar el funcionamiento de las unidades de negocios de cualquier tipo de empresa, ya sea pública o privada.

La implementación de un sistema de administración de riesgos en el sector asegurador en salud, requiere una visión integral que inicia con los procesos de mercadeo, ventas y afiliaciones, y finaliza con el impacto en los niveles de salud de los afiliados. El sistema le permite a la organización enmarcar sus procesos dentro de tres grandes áreas: riesgos en salud, riesgos operativos y riesgos generales del negocio. Debido a que la aplicación del sistema en el sector salud, aún se encuentra en ajustes legislativos, puede cambiar el alcance del mismo en la medida que se definan nuevos lineamientos desde el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud (Reina, Angulo, Segura, & Trujillo, 2010).

En Bogotá, se realizó el estudio titulado: “*diseño de un sistema de gestión del riesgo en una IPS hospitalaria de primer nivel*”. En el estudio se creó una herramienta administrativa para el análisis, evaluación y valoración de los riesgos que pueden afectar la viabilidad y sostenibilidad del Hospital Salazar de Villeta Cundinamarca, de fácil aplicación para su implementación en la ESE, con el fin de garantizar su adecuada gestión, y lograr el cumplimiento de los objetivos y la misión de la empresa, la cual por su practicidad permita la replicación en las IPS del Departamento de Cundinamarca.

En el estudio se encontró que la metodología es amigable, participativa y permite la identificación de los problemas y plantear acciones con los directivos y funcionarios, además la priorización de los riesgos, permite concentrarse en los riesgos que requieren ser mitigados de forma más oportuna y al ser este proceso de forma participativa, permite que los esfuerzos financieros, de tiempo y de personal, se hagan de forma conjunta y direccionada hacia un mismo fin, propiciando un verdadero trabajo en equipo para poder mejorar de forma continua. Esta metodología muestra que una apropiada gestión del riesgo, no debe ser complicada y que más que un requisito de ley para las entidades públicas y en especial las hospitalarias, esta metodología se puede convertirse en una verdadera herramienta de gestión, que permita garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados por la entidad y poder sortear con más propiedad las dificultades que hoy en día atraviesan las entidades públicas hospitalarias (Rubio & Soto, 2013).

En Bogotá, se realizó la “*propuesta para el diseño de una metodología para la gestión del riesgo en la E.S.E. Hospital Santa Clara considerando como apoyo la norma NTC ISO 31000*”, en él se concluye que:

cuando una organización estandariza sus procesos e identifica claramente cuáles son las situaciones que al presentarse pueden impedir y lograr que se afecte el cumplimiento de los objetivos de estos procesos, puede entonces identificar las causas generadoras y por lo tanto, mejorar su capacidad de respuesta ante estas situaciones, pudiendo diseñar acciones, establecer medidas y mecanismos que le permitan rápidamente eliminar los orígenes de los



riesgos, prevenir consecuencias funestas e impedir la materialización de estas situaciones indeseadas.

Para lograr una efectiva gestión en el control de los riesgos, se tendrá que analizar de forma juiciosa las tres variables de evaluación del riesgo, esto es, analizar de forma sistemática y en conjunto con todos los actores de cada proceso la probabilidad de detección, la probabilidad de ocurrencia y el impacto que generaría la materialización del riesgo. Esta es una de las etapas más críticas de la metodología establecida, debido a que una mala evaluación de los riesgos, conllevaría a una no muy efectiva elección de controles, lo que implicaría que los riesgos evaluados irregularmente se terminarían materializando” (Guerra, 2013).

## **4.2. Marco teórico**

La seguridad del paciente debe ser pilar fundamental en la atención en salud, la institución debe prever las condiciones seguras de atención, un personal altamente capacitado y humanizado, dedicado en el cuidado de la salud, entendiendo la integralidad del ser humano, percibido desde su condición clínica, psicológica como espiritual. Para lo cual la autoevaluación y medición de estándares es clave para determinar la situación actual y realización de gestión del riesgo clínico institucional.

En un primer momento se tomará el concepto de calidad, este se caracteriza por ser de difícil definición, pero de acuerdo con la definición de Bernal (2015) “la calidad puede ser un conjunto de atributos inherentes o agregados a un bien o servicio que los cualifican positivamente; se requiere definir un contexto y/o proceso para su aplicación y la Óptica para su valoración”. (Bernal, 2015 citado por Granda, 2016, p. 9). Es una definición que permite analizar la necesidad de esta en la creación de los manuales de Gestión del riesgo clínico y que todos los elementos estipulados en estos deben contar con esos estándares que permitan que los actores participantes de este ámbito salgan beneficiados, en especial con la prestación de los servicios a los pacientes. En este mismo sentido, la calidad en salud incluye varios aspectos determinantes, intervienen diferentes actores para lograr este fin común organizacional, pues requiere de procesos como

autoevaluación, planes de mejora e intervenciones institucionales, para ello contar con el apoyo del equipo de trabajo es fundamental. Asimismo, referente a la calidad en el cuidado de la salud no existe un concepto unificado.

Una revisión sistemática sobre este tema concluye que:

La calidad de la atención en salud es la prestación de servicios de manera estandarizada y segura, donde el paciente es el centro de la atención y de la cual se espera obtener resultados que sean medibles y generen mejoramiento continuo, todo basado en la ética y humanización de la atención. (Granda, 2016, p. 9b).

En la misma línea con la postura de Granda se puede estipular que los pacientes son los mayores beneficiarios con la creación de los manuales de Gestión del Riesgo y que sin lugar a duda, como se mencionaba anteriormente, se debe establecer una revisión continua a la aplicabilidad de la calidad, lo que permitirá una mejora continua en el servicio y por ende en los manuales.

En este orden de ideas, se hace énfasis en la gestión de riesgo en salud, según lo plantea Hernández (2010):

se constituye en una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos, que permite contrarrestar el elevado riesgo y la incertidumbre de las actividades propias de este sector con el fin de generar valor, mejorar el desempeño y garantizar la supervivencia de la empresa en tiempos adversos, minimizando las pérdidas y maximizando las ganancias (p. 2).

Lo anterior, evidencia la importancia que ejerce la gestión del riesgo en salud, porque a través de ello las instituciones pueden enfocarse en la toma de decisiones adecuadas basándose en minimizar los riesgos que puede ocasionar el cumplimiento de las diferentes funciones asignadas a las instituciones de salud.

Desde otra perspectiva, se define la gestión del riesgo en salud, según Álvarez, Roca, Chau y Pineda (2012), como:

una estrategia de las organizaciones que permite identificar los riesgos para minimizarlos, reduce la incertidumbre y facilita el logro de los objetivos de la organización. Este conjunto de procesos, procedimientos y tareas maximizan el buen desempeño empresarial generando valor para toda la sociedad (p. 3).

De acuerdo a lo anterior, se considera que la gestión del riesgo en salud, es uno de los aportes significativos para las organizaciones, porque a través de ello se fortalece el logro de los objetivos, al igual que se contribuye a un desempeño de las instituciones de salud, enfocándose en dar cumplimiento a las metas establecidas.

Otro aspecto que vale la pena mencionar, es que la gestión del riesgo en salud, es una de las actividades obligatoria, cuyo enfoque está establecido según la resolución 1441, en donde se establece: detección del riesgo en procesos asistenciales, acciones preventivas de mejora, prevención de tecno y farmacovigilancia, prevención de caídas, úlceras, identificación de pacientes, lo anterior enfocando a la acreditación, basándose en la seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de tecnología y enfoque de riesgo (Alcaldía de Santiago de Cali , 2020).

De igual manera, se hace referencia a la gestión del riesgo, para ello, se toma en cuenta el estudio realizado en Bogotá, en el cual se hace referencia a la “gestión de riesgos para entidades promotoras de salud – régimen contributivo en Colombia, en él se define el riesgo:

como un evento incierto, indeseable, imprevisto e involuntario que puede producir consecuencias negativas para quien lo sufre; el sistema de administración de riesgos surge como una secuencia de pasos bien definidos, que ayuda a la toma de decisiones para enfrentar la generación o el impacto de un riesgo en una compañía. Es una forma eficiente de identificar oportunidades y evitar pérdidas y ayuda a mejorar el funcionamiento de las

unidades de negocios de cualquier tipo de empresa, ya sea pública o privada (Reina, Angulo, Segura, & Trujillo, 2010, p. 1).

Lo anterior, indica que el sistema de gestión del riesgo en el sector asegurador en salud, tiene amplia relevancia, puesto que a través de él le permite organizar los diferentes procesos enfocándose en las áreas, favoreciendo con ello el cumplimiento de los elementos establecidos en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Hoy en día muchas instituciones buscan ser instituciones seguras, con procesos estandarizados, revisiones sistemáticas de procesos y enfoque de riesgo en su actuar diario. Sin embargo, lograrlo no ha sido fácil, pues en el camino se deben anticipar situaciones no previstas y factores que contribuyen directa o indirectamente en la aparición de eventos adversos, estamos de acuerdo con Granda donde manifiesta que la calidad en la atención en salud debe estar centrada en el paciente.

Uno de los principales obstáculos que enfrentan las organizaciones del sector salud es la ausencia de métodos, procesos y procedimientos documentados y actualizados. La falta de documentación no permite tener una memoria organizacional, concentrada en individuos aislados interpretando y aplicando cada cual los procesos a su manera. En estas circunstancias es muy difícil definir parámetros de rendimiento, establecer normas o definir metas de resultado;

de lo anterior se observa que una de las quejas más frecuentes de los usuarios con respecto a la atención del servicio, son las demoras en la atención de sus citas, los interminables trámites que deben realizar estos para acceder a ciertos servicios, la falta de capacitación al personal en temas relacionados con la atención al usuario, hacen que las personas se sientan vulneradas y no satisfechas con el servicio prestado al no encontrar funcionarios dispuestos a escuchar y a solucionar sus inconvenientes (Baquero, 2014. p. 3).

Esto ha permitido un detrimento cada vez mayor en el sistema de salud en Colombia.

Respecto a la atención del paciente se debe considerar que al ser tan complejo el ser humano, la calidad en la prestación de servicios es igualmente compleja, el entender la integralidad del ser y teniendo en cuenta la humanidad del talento humano quien los atiende, es necesario hacer hincapié en la importancia del apoyo administrativo en la ejecución de gestiones que apoyen la parte asistencial, basados en la normatividad vigente en salud en la República de Colombia, teniendo como eje central la calidad y seguridad del paciente. Lo anterior, han sido temas de interés a nivel mundial, Colombia no ha sido ajena a ello, para lo cual la normatividad vigente tiene componentes de seguridad del paciente, gestión de riesgo y busca mejorar la calidad en la prestación de servicios en el país. Para esto, muchas instituciones se basan en recomendaciones de entidades especializadas en calidad, especialmente la Joint Commission de Estados Unidos como marco referencial.

The Joint Commission fundada en 1951, busca “mejorar continuamente la atención médica para el público, en colaboración con otras partes interesadas, evaluando las organizaciones de atención médica e inspirándose a sobresalir en la prestación de atención segura y eficaz de la más alta calidad y valor” (Joint Commission, p.1, s.f.). La comisión conjunta evalúa y acredita más de 22.000 organizaciones y programas de atención médica en los Estados Unidos

En la cuarta edición de Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission, hace referencia a los objetivos internacionales para la seguridad del paciente: identificar correctamente a los usuarios, mejorar la comunicación efectiva, mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria, reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas. En los cuales muestra ampliamente los indicadores medibles de cada objetivo. (Joint Commission, 2010).

La seguridad del paciente debe ser pilar fundamental en la atención en salud, la institución debe prever las condiciones seguras de atención, un personal altamente capacitado y humanizado, dedicado en el cuidado de la salud, entendiendo la integralidad del ser humano, percibido desde su condición clínica, psicológica como espiritual. Para lo cual la autoevaluación y medición de

estándares es clave para determinar la situación actual y realización de gestión del riesgo clínico institucional.

Los sistemas de riesgo clínico para la prevención de eventos adversos son intervenciones compuestas que involucran varios niveles organizacionales y están dirigidos a analizar y prevenir la ocurrencia de los eventos adversos. La utilización de estas herramientas permite que los eventos adversos sean monitoreados y analizados, con el objetivo de examinar los puntos en los cuales se presentan fallas durante las actividades de cuidado y posteriormente rediseñar los procesos de atención o desarrollar estrategias de mejoramiento con el fin de reducir o eliminar el potencial de que un EA se presente en el futuro (Romanos, 2011).

El objetivo de los SGRC es mejorar la calidad y seguridad del cuidado médico por medio de las siguientes medidas: I. Aplicar especial énfasis en identificar las circunstancias que exponen a los sujetos al riesgo de sufrir consecuencias por errores médicos II. Actuar para prevenir o controlar esos riesgos (La Pietra, Moledini, Quattrin y Brusaferró (2005), Citado por INVIMA Universidad Nacional de Colombia, 2011 p. 3).

Los sistemas de análisis de errores que incluyen componentes de prevención dentro de su metodología son clasificados como sistemas de gestión de riesgo clínico (SGRC). En la actualidad existen varios tipos, sin embargo, la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO), la cual es la organización que certifica y habilita, organizaciones prestadoras de servicios de salud en Estados Unidos, ha determinado las características del SGRC ideal. Estos sistemas deben tener varias aplicaciones con respecto al uso, enfoque y perspectiva: 1. Deberán acoplarse con sistemas existentes y diferentes fuentes de información. 2. Usarán un sistema de clasificación universal para facilitar su implementación. 3. Deberán ser capaces de identificar, clasificar, analizar, manejar y prevenir los EA. 4. Deberán poder actualizarse de acuerdo con los avances de la tecnología y 5. Deberán poder ser usados por diferentes tipos de organizaciones prestadoras de servicios de salud (INVIMA, Universidad Nacional de Colombia, 2011 p. 6).

Al identificar las características de la seguridad del paciente y los factores influyentes en los eventos adversos, se puede definir la herramienta más acorde al contexto institucional. Para el contexto colombiano AMFE es una herramienta acorde al contexto además de sus características proactivas y reactivas para planificación en la seguridad institucional.

Es una de las herramientas más utilizadas en la planificación de la seguridad en la atención, el AMFE evalúa las deficiencias que pueden ocasionar un mal funcionamiento del servicio, es un método sistemático para evaluar procesos e identificar en donde podrían fallar y evaluar el impacto, con el fin de identificar las partes del proceso de atención que deben ser modificadas para anticiparse a un error minimizando su impacto (INVIMA S.f, citado por Vásquez, et al 2017, p. 32).

Es un método proactivo/reactivo, sistemático para evaluar procesos e identificar donde podrían fallar y evaluar el impacto de múltiples fallas, con el fin de identificar las partes del proceso de atención que deben ser modificadas para anticiparse a un error minimizando su impacto”. (INVIMA. 2014, citado por Vásquez, et al 2017, p. 32).

### **4.3 Marco Conceptual**

Los conceptos definidos aquí no corresponden a la revisión sistemática de documentos, se realizó previamente para contextualizar los términos utilizados en este estudio.

**Gestión integral del riesgo en salud:** La gestión integral del riesgo en salud es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, a cortar o paliar su evolución y consecuencias. El objetivo que persigue la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso

de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 8)

**Gestión del riesgo clínico:** comprende intervenciones compuestas que involucran varios niveles organizacionales y están dirigidas a analizar y prevenir la ocurrencia de los eventos adversos a través de un proceso sistemático, con aplicación de estándares de calidad durante la atención, el desarrollo de los sistemas de gestión de riesgo clínico basado en el enfoque de análisis de errores con metodologías de prevención. (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2019, p.6)

**Seguridad del paciente:** Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, s.f).

**Cultura de seguridad del paciente:** cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y, por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar (Vincent C., 2006, citado por Rocco y Garrido, 2017, p. 2)

**Evento adverso:** Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente (Organización Panamericana de la Salud, 2015, p.3).

**Daño asociado a la Atención Sanitaria:** Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente. (Organización Panamericana de la Salud, 2015, p.3)



**Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que, si bien no le genera un daño directo a su salud, sí le afecta en la medida que, al ocurrir fallas en los procesos de atención, afectan en cierta medida a la persona, generalmente debido a que se prolongue su estancia hospitalaria. (Organización Panamericana de la Salud, 2015, p.3)

**Error:** Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error de omisión), ya sea en la fase de planificación o de la ejecución. (Organización Panamericana de la salud, 2015, p.3)

**Práctica segura:** Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso (Espinal, Yopez, & García, 2010).

**Calidad en salud:** Donabedian define la calidad en salud suscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. (Linás, 2010, p.144)

## **5. Marco institucional**

### **5.1 Hospital Civil de Ipiales**

El Hospital Civil de Ipiales E.S.E. está ubicado en el Municipio de Ipiales, al sur del Departamento de Nariño. Su origen se remonta a partir de la Fundación Hospital San Vicente de Paúl como se denominaba anteriormente y la cual fue reconocida con personería jurídica en el año 1921; existe constancia documental de ese reconocimiento en la publicación del diario oficial de Octubre de 1921.

La Junta Directiva de la Fundación Hospital San Vicente de Paúl expidió nuevos estatutos que fueron aprobados debidamente por el Ministerio de Salud, expresando su carácter de ser institución de utilidad común de origen canónico.

#### **5.1.1 Misión**

Somos una empresa social del estado del Departamento de Nariño, que trabaja por la atención integral en salud a usuarios y sus familias, prestando servicios de salud básicos, complementarios y especializados, con amor, calidad y seguridad, contribuyendo con el bienestar de la comunidad

#### **5.1.2. Visión**

En el año 2020 seremos una empresa que preste servicios de salud memorables de alto nivel de complejidad y la mejor capacidad resolutive, con talento humano excelente y apoyo logístico adecuado, basados en la innovación de servicios, el mejoramiento de la gestión financiera, la consolidación del sistema de calidad integral y el fortalecimiento de las competencias de los colaboradores, manteniendo relaciones de satisfacción mutua con sus clientes y proveedores

### **5.1.3 Valores y Principios**

**Respeto:** es el valor que permite que el hombre pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos

**Transparencia:** es el valor que permite realizar la gestión de forma objetiva, clara y verificable.

**Liderazgo:** es el valor que permite, reconocer el valor de cada persona y lo que esta puede generar en su ambiente tomando en cuenta la dignidad de la gente, la alegría en el trabajo y las emociones.

**Disciplina:** es el valor que permite seguir un plan trazado por la empresa, ponerse objetivos y luchar hasta alcanzarlos y tener la convicción de terminar y no dejar a medias las cosas que sean importantes para la culminación de un proyecto exitoso.

**Calidad:** es el valor que permite realizar el trabajo bien desde el principio, con la convicción de entregar lo mejor.

Para conocer detalladamente las definiciones de los principios y valores corporativos del Hospital Civil de Ipiales ESE., visitar la página oficial donde se describe minuciosamente cada uno de ellos.

5.1.4 Organigrama

Figura 1. Estructura orgánica del Hospital Civil de Ipiales



Fuente: Hospital Civil de Ipiales (s.f.).

## **6. Diseño metodológico**

### **6.1. Tipo de investigación**

El desarrollo del estudio se fundamentó en el tipo de investigación mixto, según Hernández, Fernández, & Baptista, (2014), “implica combinar los métodos cuantitativo y cualitativo en un mismo estudio” (p. 30), para ello en la primera etapa se recolectan y analizan los datos y en la segunda fase se recaban y analizan datos del otro método, normalmente se recolectan los datos cualitativos, la intención es de explorar el planeamiento con un grupo de participantes en su contexto, para posteriormente expandir el entendimiento del problema en una muestra mayor y poder efectuar generalizaciones a la población (Creswell, 2013, citado por (Hernández, sf. p. 559)

La investigación es cuantitativa, con enfoque descriptivo, en primera instancia se plantea determinar la gestión del riesgo clínico del Hospital Civil de Ipiales ESE, a través de la identificación de los eventos adversos que se manifestaron en el período 2016 a 2020, lo cual da una visión general de cómo se han manejado la implementación de herramientas para identificar y establecer las acciones pertinentes en pro de brindar la seguridad al paciente.

Además, será una investigación descriptiva, que es “aquella que busca especificar las propiedades, características, y los perfiles importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Danhke, 1989 citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

En este sentido la presente investigación es descriptiva, corte mixto (cualitativo-cuantitativo), retrospectivo, el cual se enfocó en la parte cualitativa a través de la revisión documental, basándose en la metodología prisma, para ello se tuvieron en cuenta estudios a nivel nacional e internacional, lo cual permitió la construcción del instrumento a aplicarse en el Hospital Civil de Ipiales.

### **6.2. Población**

En el estudio se tendrá en cuenta dos poblaciones: la primera para la parte cualitativa, se realizó la revisión documental, para ello se incluyeron 20 artículos. Además, se contó con la vinculación de una persona, que es la coordinadora de seguridad del paciente.

### **6.3. Plan de recolección de datos y fuentes de información**

Para la revisión documental se realizó búsqueda sistemática en base de datos: Pubmed, Scopus, Esevier, Scielo y Springer Link, con periodo definido de tiempo 2011- 2021, con criterios de búsqueda “gestión del riesgo clínico”, “eventos adversos”, “seguridad del paciente” , “calidad en salud”, “eventos adversos relacionado con medicamentos”, “cultura de seguridad del paciente”, y “eventos adversos relacionados con infecciones”, una vez identificados los estudios con estas características, se realiza esquema prisma, y se identificaron las variables más utilizadas, clasificando las variables que aparezcan dos veces o más para contrastarlas con herramientas avaladas para riesgo clínico, cuestionario modificado Actitudes para la Seguridad del Paciente III, Escala de Predisposición a la Aparición de Eventos Adversos (EPEA), Nursing Activities Score y escala de Eventos Adversos asociados a las Prácticas de Enfermería y crear el instrumento que se utilizó para contrastar con las experiencias demostrativas del Hospital civil de Ipiales.

#### Criterios de inclusión

Estudios realizados sobre herramientas, elementos o modelos de gestión del riesgo clínico a nivel nacional e internacional escritos durante el periodo 2011-2021, idiomas: inglés, español y portugués

Documentos sobre variables de gestión del riesgo clínico determinadas previamente de los años 2016 al 2020 del hospital civil de Ipiales.

#### Criterios de exclusión

Estudios de gestión del riesgo clínico nacional o internacional realizado antes del año 2011, e idioma diferente a inglés, español o portugués.

Documentos de variables de gestión del riesgo del hospital civil de Ipiales fuera del periodo de tiempo 2011-2021.

#### **6.4. Instrumentos**

En el proceso de recolección el instrumento utilizado fue producto de la revisión de estudios internacionales y nacionales sobre gestión del riesgo clínico, se identifican variables determinantes y se crea instrumento para contrastar las experiencias demostrativas del Hospital civil de Ipiales, el período de tiempo evaluado es de 2016 al 2020 para dar cumplimiento al segundo objetivo de este trabajo.

Asimismo, se cuenta con una entrevista que se aplicó a la coordinadora de Seguridad del Paciente, que consta de 15 interrogantes y en la segunda parte se establece un cuestionario que consta de 11 preguntas para identificar las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico del último quinquenio del Hospital Civil de Ipiales, relacionada con: medicamentos, caídas, eventos adversos, adherencia al lavado de manos, extubaciones no programadas, eventos adversos relacionados con la IAAS.

#### **6.5. Procesamiento y análisis de datos**

Después de la revisión documental exhaustiva, a nivel nacional e internacional sobre gestión del riesgo clínico durante el periodo 2011-2021, determinación de variables, análisis y construcción de instrumento para analizar las experiencias vividas en el hospital civil de Ipiales, se realiza procesamiento de datos obtenidos para su comparación en programa Excel, para realización de gráficas explicativas de resultados obtenidos.

#### **6.6. Consideraciones éticas**

Para la realización del proyecto, se cuenta con aval de aprobación del Hospital civil de Ipiiales por medio de la oficina de Docencia e Investigación. Así mismo se respeta el buen nombre de la institución y los coordinadores de área quienes participaron en el proyecto, de igual manera se respetan el derecho de propiedad intelectual de los autores consultados.

Además, teniendo en cuenta Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este proyecto es catalogado como una investigación sin riesgo, específicamente en el artículo 11: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (Ministerio de salud y protección social, 1993).

### 6.7. Categorías de análisis

Categorías	Preguntas orientadoras	Instrumento	Fuente
Experiencias demostrativas	Existe un mecanismo de identificación de eventos adversos en la institución Si – No En caso de ser afirmativo, ¿Cuál es? ¿Existe un mecanismo de análisis a los eventos adversos? ¿Existe una instancia institucional para la evaluación y seguimiento a los eventos adversos? ¿Qué metodología utiliza para realizar plan de mejora? ¿Cuáles funciones específicas tiene el comité de infecciones? ¿Con qué frecuencia de reúnen el comité de infecciones? ¿La institución brinda ayuda psicológica posterior a evento adverso al paciente y su familia? En caso de ser afirmativa ¿Cómo lo realiza?	Entrevista	Coordinadora Seguridad del Paciente



	<p>En caso de ser afirmativa ¿cuál fue el aprendizaje institucional?</p> <p>¿Qué estrategias realiza la institución para fomentar la seguridad del paciente?</p> <p>¿La institución cuenta con sistemas integrados para la gestión del riesgo y mejoramiento de la calidad?</p> <p>¿Qué actividades en gestión del riesgo clínico ha realizado la institución en los últimos 5 años?</p> <p>¿Qué actividades realizadas en riesgo clínico han sido exitosas?</p> <p>¿Qué actividades exitosas en riesgo clínico pueden ser implementadas en otras instituciones?</p>		
--	--	--	--

## 6.8. Operacionalización de variables

Para realizar la operacionalización de variables, se realiza previa identificación de variables más utilizadas en la revisión documental a nivel nacional e internacional, de los estudios analizados, en idioma inglés, español y portugués, escritos en el periodo 2011-2021, se obtuvieron que la variable utilizada más de 2 veces en los estudios fue catalogada como variable en común y tomada en cuenta para el proceso de operacionalización de variables y diseño del instrumento a utilizar.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Secciones (variables independientes)	Medición teórica	Conceptos evaluados (variables dependientes)	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medida
Medicamentos	ocurrencia de errores de medicación	Numero de eventos adversos asociados a medicamentos por año desde 2016-2020	2016: _____ 2017: _____ 2018: _____ 2019: _____ 2020: _____	Cuantitativa	Escala de intervalo
		Cuál es el evento adverso asociado a medicamentos más frecuente desde 2016-2020	Error en dosis Medicamento incorrecto Paciente incorrecto Vía incorrecta	Cualitativa	Nominal
	Protocolo estándar de soluciones y diluciones de medicamentos	¿En la institución se cuenta implementado protocolo para la preparación correcta de medicamentos y diluciones desde el 2016 a 2020?	Si No En tramite	Cualitativa	Nominal
Caídas	Riesgo de caídas	Número de caídas de pacientes en el año durante el periodo 2016-2020	2016: _____ 2017: _____ 2018: _____ 2019: _____ 2020: _____	Cuantitativa	Escala de intervalo
		Escala morse	Qué servicio reportó más caídas anualmente	Urgencias Hospitalización Ginecología Pediatria Otro cual: _____	Cualitativa
		Causa de caídas más frecuente en el periodo 2016-2020	Estado de conciencia del paciente Descuido del personal de salud Piso mojado o baldosa resbaladiza Mal estado de barandas de cama, sillas rotas entre otros	Cualitativa	Nominal
Dispositivos	Equipos biomédicos	Número de reporte de eventos adversos asociados a mal estado de equipos biomédicos o fallas de insumos se han presentado anualmente dese 2016-2020	2016: _____ 2017: _____ 2018: _____ 2019: _____ 2020: _____	Cuantitativa	Ordinal
		Capacitación permanente uso de dispositivos biomédicos	¿La institución cuenta en su cronograma anual de capacitaciones incluido la capacitación al personal de salud en manejo adecuado de dispositivos biomédicos?	2016: _____ 2017: _____ 2018: _____ 2019: _____ 2020: _____	Cuantitativa
			2016: _____	Cuantitativa	Ordinal

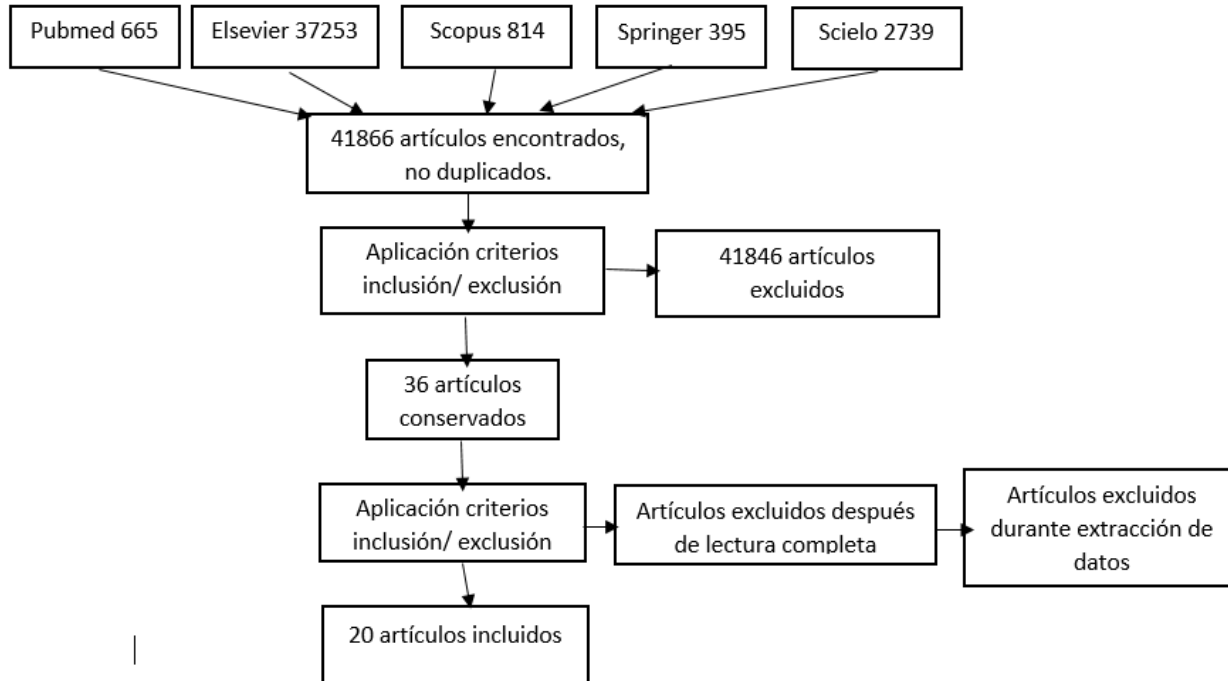
Secciones (variables independientes)	Medición teórica	Conceptos evaluados (variables dependientes)	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medida
Lavado de manos	5 momentos del lavado de manos	¿Cuál es el porcentaje de adhesión al protocolo de lavado de manos?  ¿Qué actividades se realizan para fomentar el lavado de manos anualmente?  Existe una política institucional de lavado de manos y comité de lavado de manos	2017: _____ 2018: _____ 2019: _____ 2020: _____  Concurso por servicios celebración día mundial de lavado de manos Concursos internacionales otros: _____  Si: _____ No: _____ En trámite: _____	Cualitativa	Nominal
Infecciones	Riesgo de infecciones asociadas a la atención	¿Cuál es el número anual de eventos adversos asociados a infecciones anualmente?  cuál es el evento adverso asociado a infecciones más frecuente anualmente  existe política institucional y/o comité de infecciones	2016: _____ 2017: _____ 2018: _____ 2019: _____ 2020: _____  Infección Sitio Periperatorio Infección De Catéter Central Infección Urinaria Con Cateterismo Vesical Infección De Heridas Infecciones Asociadas A Ventilador Mecánico  Si: _____ No: _____ En trámite: _____	Cualitativa	Ordinal
Extubación vía aérea	Ventilación mecánica	Cual es número de extubaciones no programadas que se presentaron anualmente  Causas más frecuentes de Extubación no programada	2016: _____ 2017: _____ 2018: _____ 2019: _____ 2020: _____  Descuido del personal de salud fallas en sedación fallas en la fijación del tubo otro si no	Cuantitativo	Ordinal
Cultura seguridad del paciente	Uso de escala de sedación Ramsay o RASS  la ocurrencia de eventos adversos asociados con	¿Los pacientes intubados son monitorizados con escala de sedación Ramsay o RASS?  Cuál es el porcentaje de reporte de eventos adversos anualmente	2016: _____ 2017: _____ 2018: _____ 2019: _____	Cualitativo	Ordinal

Secciones (variables independientes)	Medición teórica	Conceptos evaluados (variables dependientes)	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medida
	las prácticas de enfermería compromete la seguridad del paciente	Que herramienta o metodología usan para análisis de eventos adversos	2020: _____ protocolo de Londres espina de pescado amfe arc otro _____ 1 vez por semana _____ 1 vez por mes _____ 1 vez trimestral _____ 1 vez semestral _____	Cualitativa	Ordinal
		Con que frecuencia se reúne el comité de infecciones y seguridad del paciente		Cualitativa	
		A la hora de análisis de eventos adversos se tiene en cuenta Frecuencia de capacitación del personal en seguridad del paciente	Quien cometió el evento adverso en qué servicio se cometió el evento adverso Frecuencia de ocurrencia del evento adverso contexto laboral de quien cometió el evento		Ordinal
			adverso tipo de paciente en el cual se presentó el evento	Cualitativa	
			adverso otro 1 vez mes _____ 1 vez trimestral _____ 1 vez semestral _____	Cualitativa	Ordinal
Comunicación	Riesgo de errores de comunicación	Existencia de eventos adversos relacionados con órdenes verbales	2016: _____ 2017: _____ 2018: _____ 2019: _____ 2020: _____	Cuantitativa	Ordinal
		Existencia de eventos adversos asociados a ausencia de registros anteriores	Si No	cualitativa	Nominal
Condición clínica del paciente	existe riesgo de agravamiento / complicaciones de la condición del usuario debido a un juicio clínico inadecuado	Complicaciones de paciente debido a juicio clínico no adecuado o tardío	Si No	cualitativa	Nominal
Cirugía segura	Fallas en la vigilancia	Existe lista de chequeo de cirugía segura en la institución	Si No En tramite	Cualitativa	nominal
Desviación de procesos	existe riesgo de empeoramiento	Según protocolo institucional que personal debe administrar	Enfermero profesional Auxiliar de enfermería	Cualitativa	nominal

Secciones (variables independientes)	Medición teórica	Conceptos evaluados (variables dependientes)	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medida
	/ complicaciones en la condición del paciente debido a la delegación de funciones de enfermería a personal menos preparado	medicamentos de control, (incluyendo sedación e inotropía)  La institución cuenta con manual o protocolo de procedimientos, además de proceso de entrenamiento	Médico general  Si No		
Seguridad del paciente	Existe el riesgo de agravamiento / complicaciones en la condición del usuario debido a la falta de defensa de los intereses del paciente.	La institución cuenta con comité de seguridad del paciente	Si No En tramite	Cualitativa	Nominal
		Los protocolos y guías institucionales están basados en evidencia científica	Si No	Cualitativa	Nominal
Aprendizaje organizacional	Confianza al comunicar el error	La organización motiva a los profesionales el reporte de eventos adversos	Si No	Cualitativa	Nominal
		Se brinda apoyo emocional pos evento adverso al personal	Si No	Cualitativa	Nominal
		La institución se ha fortalecido en seguridad del paciente basado en los eventos adversos ocurridos	Si No	Cualitativa	Nominal
Trabajo en equipo	Un mejor trabajo en equipo multidisciplinario reducirá los eventos adversos	Se fomenta la colaboración entre el equipo multidisciplinario	Si No	Cualitativa	Nominal
		En los planes de mejora se incluye la percepción de diferentes profesionales del equipo de trabajo	Si No	Cualitativa	Nominal
		Se vigila el clima laboral de la institución	Si No	cualitativa	Nominal

## 6.9 Información para el diagnóstico

Figura 2. Esquema Prisma



“La preparación de un protocolo es un componente esencial en el proceso de revisión sistemática. Garantiza que una revisión sistemática esté planificada de manera cuidadosa y que aquello que se planifique esté explícitamente documentado antes de que empiece la revisión; lo cual promueve la actuación coherente del equipo de revisión, la responsabilidad, integridad de la investigación y transparencia de la revisión completa resultante” (Moher, y otros, 2015)

De acuerdo con Chan, et al., (2004), la preparación previa a la revisión bibliográfica es determinante a la hora de la obtención de la información que se busca, para ello, el presente estudio utilizó el esquema PRISMA para la revisión sistemática, aplicando la búsqueda con las palabras claves definidas previamente, por lo cual se obtuvieron 41.866 artículos en total y aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se filtran los documentos llegando a obtener 20 artículos finales sobre los cuales está basado la determinación de las variables utilizadas para el instrumento que se aplica en la institución hospitalaria.

A continuación, se evidencian los documentos revisados con las variables utilizadas en estos estudios, para determinar cuáles son las variables que aparecen el mayor número de veces y así construir el instrumento que se utilizará para contrastar las experiencias demostrativas del Hospital Civil de Ipiales.

Para la revisión sistemática de los estudios de forma cualitativa, basándose en el esquema Prisma para decidir con seguridad la elegibilidad de los artículos. Luego de esto se ha determinado las variables de uso más frecuente en los estudios seleccionados, teniendo como base mínimo de apariciones 2 veces. Obteniendo como resultado los porcentajes de la siguiente manera:

Se revisaron 20 artículos que cumplen con los criterios de inclusión, se identifican variables utilizadas en cada uno de ellos, posteriormente se cuentan cuantas variables fueron utilizadas en estos. Quedando finalmente las variables seleccionadas y agrupadas de mayor a menor cantidad de veces utilizada en los artículos. La variable más usada fueron seguridad del paciente y frecuencia de eventos adversos (10 veces) que corresponde al 50% de los 20 artículos, en segundo lugar se ubicaron medicamentos e infecciones (9 veces) con el 45%, comunicación (7 veces) con el 36%, después se encuentran aprendizaje organizacional, caídas, y lavado de manos (5 veces) 25%, seguidamente estuvieron las variables dispositivos médicos, ventilación mecánica, trabajo en equipo, úlceras por presión, horas de trabajo, condición clínica del paciente y cirugía segura (3 veces) con el 15%, finalmente se ubicaron variables como: errores historias clínicas, dispositivos médicos y desviación de procesos (2 veces) que corresponde al 10% de los artículos revisados.

Una vez realiza las revisiones bibliográficas, se determinaron las variables a utilizar: se identifican escalas o herramientas de medición de gestión de riesgo clínico y eventos adversos para compararlas, extraer variables y combina herramientas para crear el instrumento que se utiliza para la operacionalización de variables.

## **7. Desarrollo del trabajo**

En el estudio se identificaron las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico del Hospital Local Civil de Ipiiales, basándose en los lineamientos de gestión del riesgo del Ministerio de Salud y Protección Social, es así como se plantean los hallazgos del mismo.

### **7.1. Revisión documental**

En primera instancia se hace referencia a la revisión documental en donde se plasma el título, objetivos, resultados y aportes, los cuales tienen amplia relación con la gestión del riesgo clínico y permitió tomar las variables que se tuvieron en cuenta en el desarrollo del mismo.

Se tomaron un total de 20 artículos a nivel internacional, nacional y regional, los cuales aportan significativamente en el desarrollo del estudio, las cuales se mencionan a continuación:



Tabla 2. Revisión documental

Título	Objetivo	Resultado	Aporte
Desarrollo y validación del modelo predictivo de riesgo de muerte para pacientes adultos ingresados en unidades de cuidados intensivos en Japón: un enfoque para mejorar la precisión de las medidas de calidad de la atención médica (Endo, y otros, 2021)	Este estudio tuvo como objetivo mejorar la calibración del modelo y desarrollar un modelo de riesgo de muerte de Japón (JROD) con fines de evaluación comparativa	En total, se incluyeron 33,557 pacientes de 44 UCI en la población de estudio. La mortalidad en UCI fue del 3,8% y la mortalidad hospitalaria del 8,1%. El AUROC, la puntuación de Brier y el valor $p$ modificado de Hosmer-Lemeshow del modelo original y los modelos 1, 2 y 3 fueron 0,915, 0,062 y $<0,001$ ; 0,915, 0,047 y $<0,001$ ; 0,915, 0,047 y 0,002; y 0,917, 0,047 y .84, respectivamente. A excepción del modelo 3, los gráficos de embudo mostraron una dispersión excesiva. La validez de las cartas EWMA para los modelos recalibrados se determinó mediante inspección visual.	Se elige este estudio , pues las variables utilizadas van en relación a la gestión del riesgo clínico, en este caso a la cantidad de muertes esperadas en relación con el resultado obtenido en la medición de la escala APACHE III modificada, esto en relación con la calidad (número de muertes esperadas ) en un servicio crítico como una unidad de cuidados intensivos, donde la evolución del paciente, es impredecible y puede ocurrir lo no esperado, teniendo en cuenta características individuales como diagnóstico, edad y otros factores como la atención y tratamiento oportuno.
Evaluación de la cultura de seguridad del paciente mediante un algoritmo de bosque aleatorio (Emre, Qazi, Alalami, Ellahham, & Ozonoff, 2020)	explorar una metodología para analizar la relación entre los atributos de PSC y los resultados de seguridad del paciente informados. Proponemos un algoritmo de aprendizaje automático, que utiliza un modelo forestal aleatorio basado en árboles, para predecir los	modelo estableció que la percepción general de seguridad, el apoyo de la gerencia y las expectativas del supervisor / gerente son los tres componentes más importantes asociados con el grado general de seguridad del paciente. Dentro de estos compuestos, los problemas de seguridad en las unidades de trabajo y el clima laboral proporcionado por la dirección del	Se eligió este estudio porque dentro del se realiza revisión documental de los antecedentes de la seguridad del paciente, además de describir las variables más relevantes en la cultura de seguridad del paciente, entre las más significativas se encuentra el apoyo de

Titulo	Objetivo	Resultado	Aporte
	atributos de la cultura de seguridad con la mayor influencia en los resultados de seguridad del paciente.	hospital son impulsores específicos del grado de seguridad del paciente. Mecit Can Emre Simsekler, al et. (2020).	gerencia, este punto en fundamental en el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente en cualquier institución hospitalaria.
Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria (Muñoz & Padilla, 2013)	Describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios de un área sanitaria; determinar si el nivel de cultura de seguridad del paciente difiere de otros estudios; y evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejora.	Se analizaron 176 encuestas (tasa respuesta: 71,2%). El 50% califican el clima de seguridad como muy bueno, el 37% como aceptable y el 7% como excelente. Como fortalezas destacan las dimensiones «trabajo en equipo dentro de las unidades» (80,8%) y «expectativas y acciones de la dirección» (80,5%). Como oportunidades de mejora se identifican las dimensiones «dotación de personal» (37,9%), «respuesta no punitiva a los errores» (41,6%) y «notificación de eventos adversos» (49,0%).	Se selecciona este artículo, pues dentro de su metodología, aplica el instrumento HSOPSC de la AHRQ, donde se incluye dimensiones de la cultura de seguridad: 1) frecuencia de eventos notificados; 2) percepción de seguridad; 3) expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad que favorecen la seguridad; 4) aprendizaje organizacional/mejora continua; 5) trabajo en equipo en la Unidad; 6) franqueza en la comunicación; 7) retroalimentación y comunicación sobre errores; 8) respuesta no punitiva a los errores; 9) dotación de personal; 10) apoyo de la dirección del centro en la seguridad del paciente; 11)

Titulo	Objetivo	Resultado	Aporte
			<p>trabajo en equipo entre unidades; y 12) problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades. Estas dimensiones son fundamentales a la hora de conocer el estado o la recepción de la cultura general en los miembros del equipo, así pudiendo determinar acciones de mejora para aumentar si es el caso la cultura de seguridad del riesgo directamente proporcional a una buena gestión del riesgo.</p>
<p>Acción después de eventos adversos en el cuidado de la salud: una revisión de la literatura integradora (Liukka, y otros, 2020)</p>	<p>identificar los elementos subyacentes necesarios para las acciones de prevención y mejora de daños posteriores a los eventos adversos con el fin de orientar el desarrollo y la investigación futura.</p>	<p>Las acciones posteriores a EA se componen de tres temas, a saber, primeras víctimas, segundas víctimas y terceras víctimas, con la comunicación empática y ética, los servicios de apoyo, la disculpa completa y la formación y el aprendizaje como elementos transversales. El tema de acción para las primeras víctimas se compuso de cuatro elementos: atención en la revelación de un EA, comunicación después de los EA, apoyo a la primera víctima y disculpa completa. Tanto los pacientes como las familias y los proveedores de atención médica a menudo tenían miedo de</p>	<p>Es elegido este artículo, porque dentro él incluye las 3 víctimas posteriores de un evento adverso, en primera instancia se tiene al usuario sobre el cual ocurre el evento, en segunda instancia la familia y los profesionales de salud y tercero las organizaciones donde suceden estos eventos. En este artículo se recalca el sentimiento posterior a la ocurrencia de un evento, esto es notorio en los</p>

Título	Objetivo	Resultado	Aporte
		hablar. La comunicación empática, ética y abierta jugó un papel importante en general; la calidad de la comunicación pareció empoderar o desempoderar a los pacientes y sus familias.	profesionales donde sin intencionalidad generan daño y en una institución sin cultura de seguridad del paciente puede ser punitivo.
Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves (Mira, Carrillo, & Lorenzo, 2017)	Explorar qué se está haciendo en atención primaria y en los hospitales para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves.	La mayoría de las instituciones (70, el 45,2% de atención primaria, y 85, el 54,8% de hospitales) no tenían un plan de crisis para salvaguardar su reputación tras un evento adverso. En atención primaria realizaban un mejor tratamiento de la comunicación interna ( $p = 0,0001$ ) y externa ( $p = 0,012$ ) que en los hospitales. En pocos casos se había definido el papel de la dirección tras un evento adverso (el 10,7% de los hospitales y el 6,25% de atención primaria).	Este documento es incluido como referente porque en salud el riesgo de la aparición de un evento adverso es alto, por lo cual la ocurrencia de un evento adverso genera desconfianza en el usuario y su familia, además de la pérdida de buena reputación, este es un aspecto a tener en cuenta en la cultura de seguridad del paciente y su respectiva gestión del riesgo clínico.
Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales (Panattieri, y otros, 2019)	Destacar la importancia de la seguridad del paciente, reconocer las metas internacionales de seguridad del paciente como herramientas fundamentales para comenzar a trabajar en su mejora.	La construcción de una cultura institucional para promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de atención, en la que los profesionales de salud adopten prácticas seguras, es el punto de partida para prevenir los errores y disminuir al mínimo posible la incidencia de EA	Se toma como referencia este artículo porque en el abordan la seguridad del paciente con eje fundamenta hacia las practicas seguras con el fin de disminuir el riesgo latente en la atención en salud.
Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en	Determinar los eventos adversos (EA) reportados	Se reportaron 1163 eventos, de los cuales el 34 %, se relacionó con el cuidado, el	Este documento aborda variables primarias de

Titulo	Objetivo	Resultado	Aporte
pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo (Achury, y otros, 2016)	por enfermería y sus factores en unidades de cuidado intensivo (UCI) adulto, pediátrica o neonatal de tres países participantes (México, Argentina y Colombia).	19 % con vía aérea y ventilación mecánica, el 16 % con el manejo de accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infección nosocomial y el 11 % con la administración de medicamentos. El 7 % restante correspondió a relacionados con pruebas diagnósticas y equipos. El 94,8% se consideraron prevenibles. Para determinar los factores presentes en los EA, se utilizó el coeficiente Phi y se encontró que los que podrían estar relacionados fueron aquellos del sistema en los que predominó la falta de adhesión a protocolos, problemas de comunicación, formación y entrenamiento inadecuado (Phi 0-1 p<0,05).	eventos adversos, relacionados directamente sobre la atención en salud, y variables secundarias como factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en la aparición de estos eventos, por lo anterior es incluido en el presente estudio pues incluye variables determinantes en la seguridad del paciente y gestión del riesgo clínico.
Metodología análisis modo falla efecto (AMFE) como herramienta de reactivovigilancia para la prevención de efectos indeseados taller análisis modo falla efecto (AMFE) (Roncancio, 2018)	Prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.	fuentes de falla (Experiencia profesional, Guías de manejo, Sistema de vigilancia de cada institución, Reporte de eventos) Milton Tahir Roncancio Vanegas (2018).	En este documento se analiza los diferentes sistemas de gestión de riesgo clínico existentes, sus características y de acuerdo al contexto colombiano cual es más aplicable, por estas razones se adiciona este documento como referente de la presente investigación.
Sistemas de gestión del riesgo clínico para el mejoramiento de la calidad de la atención en	Identificar, a través de las experiencias de diferentes organizaciones sanitaria a nivel mundial, las	Se ha encontrado que los sistemas de gestión de riesgo no solo pueden ser usados como una herramienta de prevención de EA, sino como una	Este artículo se encuentra como referente de la presente investigación pues define que es un sistema de gestión de

Título	Objetivo	Resultado	Aporte
instituciones hospitalarias (INVIMA Universidad Nacional de Colombia; 2011)	aproximaciones más efectivas que puedan ser usadas como base para la implementación de estos sistemas en instituciones hospitalarias colombianas.	herramienta para mejorar la calidad del cuidado en eventos tales como la reducción de complicaciones, interacciones medicamentosas, errores de dispensación y prescripción, aumento a la adherencia de protocolos y disminución en tiempos de atención a los pacientes. De esta manera, la implementación de SGRC en instituciones hospitalarias no solo contribuirá a la reducción de eventos adversos si no a aumentar sus estándares dentro del marco de garantía de la calidad.	riesgo clínico, sus características y como aplicarlo dentro de las instituciones hospitalarias para aumentar la calidad en la atención en salud.
Carga laboral de enfermería y ocurrencia de eventos adversos en los cuidados intensivos: revisión sistemática (Carvalho, Garcia, & De Souza, 2016)	Identificar evidencias de la influencia de la carga de trabajo de enfermería en la ocurrencia de eventos adversos (EA) en pacientes adultos ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI).	De 594 estudios potenciales, ocho conformaron la muestra final de la revisión. El Nursing Activities Score (NAS; 37,5%) y el Therapeutic Intervention Scoring System (TISS; 37,5%) fueron los instrumentos más utilizados para evaluar la carga de trabajo de enfermería. Seis estudios (75,0%) identificaron la influencia de la sobrecarga laboral en eventos de infección, UPP y errores de medicación. Una investigación encontró que el NAS era un factor de protección para PU.	Se incluye este artículo porque la carga laboral de enfermería influye directamente en la aparición de eventos adversos, esta variable es relevante en la seguridad del paciente.
Prevalencia y características de los eventos adversos por medicamentos en Brasil (Oliveira & Dourado, 2018)	estimar la prevalencia y características de los eventos adversos reportados por los usuarios	De los 41.433 participantes de la encuesta PNAUM, el 50,7% informó consumir medicamentos. La prevalencia de EAM fue del 6,6% en general, y fue	Se decide incluir este artículo, por la relevancia de la seguridad en la administración de

Título	Objetivo	Resultado	Aporte
	de medicamentos en Brasil, e identificar los factores asociados con su ocurrencia, comparando variables demográficas y socioeconómicas, salud autoevaluada, número de medicamentos utilizados y automedicación.	mayor en las mujeres (7,8%), en el grupo de edad de 20 a 39 años (8,2%), en la región Central (8,4%), con una autoevaluación de salud “mala” (14,8%). %), con consumo de 5 o más medicamentos (14,7%) y con automedicación (7,8%),	medicamentos, pues esta variable es de importancia en la aparición de eventos adversos.
Reacciones adversas a medicamentos en niños hospitalizados en Colombia (De las Salas, Díaz, Burgos , Vaca, & Serrano, 2016)	Describir las reacciones adversas a medicamentos en niños menores de 6 años de edad hospitalizados en dos servicios de pediatría general en Barranquilla, Colombia	En total se monitorizaron 772 pacientes. Se detectaron 156 reacciones adversas a medicamentos en 147 niños. La incidencia acumulada de las reacciones adversas a medicamentos fue 19.0% (147/772); la densidad de incidencia fue de 37.6 reacciones adversas a medicamentos por 1,000 pacientes-día (147/3,913). La frecuencia de reacciones adversas fue mayor en niños <2 años de edad (12.7%). La ocurrencia de reacciones adversas a medicamentos fue mayor en pacientes masculinos (RR= 1.66; IC 95% =1.22-2.22, p= 0.001) y en quienes usaron antibióticos sistémicos (RR= 1.82; IC 95% =1.17-2.82, p= 0.005)	La inclusión de este estudio en la presente investigación obedece al análisis de eventos adversos de medicamentos en niños, esta variable debe analizarse para aumentar la seguridad del paciente en una entidad sanitaria.
Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario (Consuegra, 2015)	evaluar la utilidad de Metodología AMFE como herramienta de tecnovigilancia proactiva que permite la reducción de	: Las tres (3) barreras principales presentadas a la implementación de la metodología AMFE fueron: poco compromiso por parte de la alta dirección, dificultad para la participación	La razón por la cual se ha incluido este documento, como referente en la presente investigación es que, dentro de las variables utilizadas en

Titulo	Objetivo	Resultado	Aporte
	eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos dentro de un hospital universitario en tercer nivel.	a las reuniones y la ausencia de una cultura de presentación de informes. El uso constante de la metodología es efectivo en el contexto de Tecnovigilancia Proactiva, ya que permite una reducción de eventos. efectos adversos y su efectividad dependerá de las condiciones administrativas existentes relacionadas con el tema y de los recursos que previsto por la Institución.	el instrumento, está adjunto la falla de dispositivos biomédicos y es analizado con la metodología AMFE para gestión del riesgo clínico, donde se destaca la importancia del compromiso de gerencia para lograr dichos objetivos de mejoramiento de la calidad que sería el fin a determinar.
Reporte de conocimientos, creencias y actitudes en calidad de atención y seguridad del paciente en alumnos de pregrado: validando el cuestionario APSQ-III modificado (García, y otros, 2016)	Validar el cuestionario modificado de Actitudes para la Seguridad del Paciente III (APSQ III, por su sigla en inglés Attitudes to Patient Safety Questionnaire III), para la medición de conocimientos, creencias y actitudes de los estudiantes de medicina del Instituto Universitario Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas. Describir el nivel de conocimientos, creencias y actitudes en seguridad del paciente de los estudiantes de medicina del referido	La fiabilidad (consistencia interna) del instrumento, mediante $\alpha$ de Cronbach, mostró una correlación global de 0,695. En todas las categorías, excepto en la importancia de la seguridad del paciente en el plan de estudios y en la de inevitabilidad del error, se obtuvieron valores de $\alpha$ de Cronbach adecuados. Las respuestas sobre conocimientos, actitudes y percepciones sobre la seguridad del paciente en las tres cohortes de estudiantes de medicina mostraron que el 57% cree entender los conceptos acerca de la seguridad del paciente, el 53% considera que su formación los prepara para entender la causa de errores médicos, el 59% cree que los errores son inevitables y el 98% cree que un verdadero profesional no comete errores. Un 64% cree que las	La percepción de segura del paciente desde la facultad, es vital en la formación de una cultura de seguridad del paciente y adecuada gestión del riesgo clínico en los futuros profesionales de la salud, la cultura de seguridad del paciente requiere esfuerzo y dedicación de las instituciones y de su equipo de trabajo, estas son las razones para mencionar este documento como referencia.



Título	Objetivo	Resultado	Aporte
	instituto en los años 2012, 2015 y 2016.	habilidades en esta temática sólo se adquirieron a partir de la experiencia clínica.	
Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid (Aranaz & Fernández, 2018)	detectar áreas de mejora específicas en los conocimientos relacionados con la seguridad del paciente y evaluar las actitudes y percepciones sobre CSP mediante una herramienta, adaptada a profesionales pertenecientes a distintos ámbitos del sistema sanitario, que permita orientar los contenidos en la formación específica en seguridad del paciente.	El 60% respondió correctamente a las preguntas sobre conocimientos en seguridad del paciente, identificando áreas de mejora en prácticas seguras (higiene de manos y microorganismos resistentes a antibióticos, con 66% y 61% de respuestas incorrectas, respectivamente), y en gestión de riesgos sanitarios (investigación e identificación de eventos adversos, con el 62% y 56% de respuestas incorrectas, respectivamente). El 80% consideró positiva la CSP institucional, y la percepción de seguridad como oportunidad de mejora (63,9% de valoraciones negativas). Así, el 88% reconocía preocuparse por la seguridad del paciente sólo tras incidentes adversos, y el 65% sentía miedo a hablar sobre estos. La satisfacción con la metodología docente fue de 9,3 puntos sobre 10.	El miedo a hablar de eventos adversos es frecuente en los trabajadores de la salud, la percepción que tengan de seguridad del paciente y el reporte no punitivo fortalece a la institución, conocer estos aspectos es importante en un hospital, estas son las razones por la cual este estudio alimenta el marco referencial de este proyecto, para determinar las variables comunes entre los artículos investigados a nivel nacional e internacional y así poder construir el instrumento que se aplicara al Hospital Civil de Ipiates.
Epidemiología de la infección asociada a catéter venoso central (Londoño, Ardila, & Ossa, 2011)	Identificar la frecuencia de las infecciones relacionadas con CVC, describir la relación con algunos factores de riesgo y calcular el valor diagnóstico de la	se encontró una tasa de infecciones similar a otros sitios con excepción de la ITS relacionada con PICC que resultó más alta; se identificaron factores de riesgo relacionados con procedimientos quirúrgicos tanto para la ITS como para la colonización; se encontró que no	la incidencia de infecciones asociadas a catéteres venosos centrales, suelen ser frecuentes en UCI, además de factores desencadenante para ello, como los días de estancia, protocolo de

Titulo	Objetivo	Resultado	Aporte
	<p>colonización de la piel en el sitio de inserción y las conexiones para la infección del torrente sanguíneo.</p>	<p>tienen utilidad los cultivos de vigilancia periódica de la colonización en el sitio de entrada ni las conexiones; sin embargo, se resalta la importancia de la colonización de la conexión dentro de la patogénesis de las infecciones encontradas. El perfil microbiológico predominante fue por contaminantes comunes de la piel y gérmenes hospitalarios Gram negativos con altos índices de resistencia a antibióticos. Se recomienda la implementación del Bundle para prevención de ITS adicionando la vigilancia epidemiológica con la creación de un registro que puede ser en un libro para anotaciones o en tarjetas prediseñadas donde se puedan vigilar los aspectos más importantes dentro del seguimiento de los CVCs, así mismo enfatizar en la uniformidad de criterios para el cambio de sistemas de infusión y la utilización de antisépticos. Es necesario realizar un monitoreo del comportamiento de los perfiles de sensibilidad y resistencia de los gérmenes locales a los antibióticos.</p>	<p>curación e infusiones, en este artículo se indaga sobre las características comunes que pueden desencadenar estas infecciones y con esto ocho prevenirlo o disminuir el riesgo es estos pacientes con dispositivos invasivos. Esas variables son importantes para el presente trabajo.</p>
<p>Reporte De Eventos Adversos En Una Unidad De Cuidados Intensivos De Tunja, Colombia (Riveros, Amado, &amp; Zambrano, 2013)</p>	<p>Evaluar el reporte de eventos adversos en una clínica colombiana de tercer nivel, a través de la estimación de frecuencias y categorías de los reportes.</p>	<p>Se registraron 383 admisiones a la UCI, correspondientes a 2374 días paciente. Se presentaron un total de 54 eventos adversos reportados (tasa de 22,74 por 1000 días paciente). El tipo de evento más frecuente fue el relacionado con vías</p>	<p>La razón para incluir este estudio como referente, es el análisis del reporte de eventos adversos en UCI, la cultura de reporte es un factor determinante en el</p>

Titulo	Objetivo	Resultado	Aporte
		intravenosas (55%) (IC 95% 50,1-58,3), seguido por desviación de procesos (22%) (IC95% 18,2-26,1).	mejoramiento continuo de la calidad de atención prestada.
Errores, factores influyentes y estrategias de prevención frente a la administración de medicamentos (Martínez, 2018)	Reconocer las falencias y estrategias de prevención en la administración de medicamentos por los profesionales de enfermería en el ámbito clínico.	Se encontró que los principales errores en la administración de medicamentos (EAM) son: la omisión y fallas en los 5 correctos, dentro de los factores influyentes se encuentran las interrupciones, distracciones, carga laboral, estrés y falta de conocimiento y comunicación ineficaz.	Se incluye este estudio como referencia por las variables utilizadas para la revisión de causas de eventos adversos relacionados con medicamentos, donde la falta en la comunicación, carga laboral, falta de conocimiento y distracciones son factores que pueden encontrarse en la mayoría de los hospitales.
Evolución y modelos de la gestión clínica (Delgado, 2015)	busca analizar su importancia y experiencias novedosas y proporcional información que permita mejorar la gestión clínica.	se constata un interés creciente en la implantación de la gestión clínica por parte de los profesionales sanitarios y gestores; los resultados obtenidos han demostrado una amplia mejora en las áreas de aplicación de los hospitales estudiados.	Se elige este artículo porque en él se hace referencia a la importancia de la gestión clínica, y el mejoramiento de la misma en los hospitales.
Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias (Paranaguá, y otros, 2014)	caracterizar los incidentes derivados de los cuidados ocurridos en el servicio de urgencias de un hospital universitario perteneciente a la Red de Hospitales Centinela.	De entre los 29 incidentes relacionados con la organización del servicio, el más frecuente está relacionado con los errores en las anotaciones, caracterizadas como ausencia de anotaciones y/o registro incorrecto de signos vitales y balance hídrico, comprobación de medicación inadecuada y dificultad para realizar la lectura de medicamentos	Este estudio hace parte de la referencia de la presente investigación pues dentro de las variables estudiadas, fallas en las anotaciones ausencia de anotaciones y/o registro incorrecto, comprobación de medicación inadecuada, previsión y

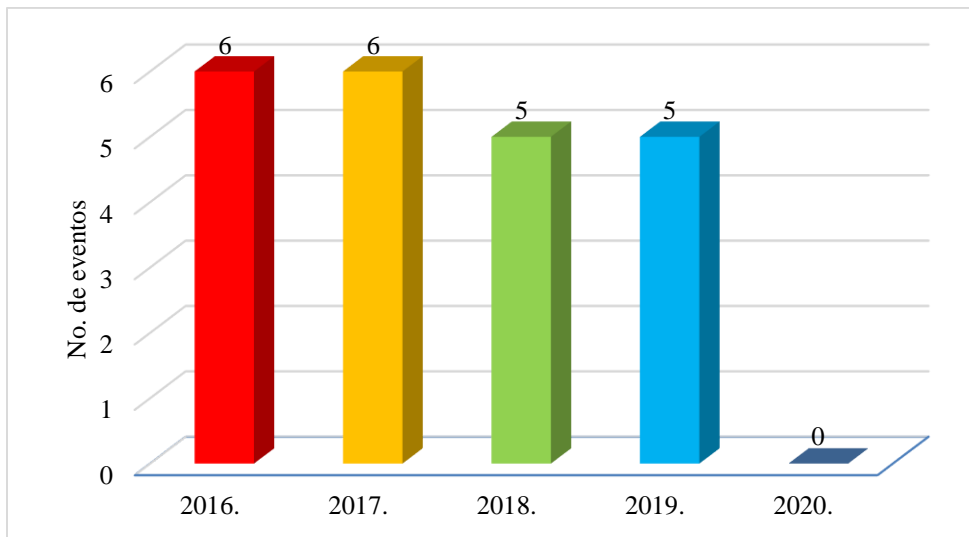
Titulo	Objetivo	Resultado	Aporte
		prescritos en la historia clínica: “Paciente de la cama 2 está con el medicamento haloperidol pautado en diferentes horarios, mas no hay esta medicación en la farmacia y el paciente tampoco la tiene” (R22), “Paciente nefrópata con prescripción médica para control de cantidad de orina, el ‘profesional’ relató dos veces en el recipiente, sin embargo, el paciente está usando sonda vesical permanente”.	provisión de materiales, evasión del paciente, son los eventos más frecuentes.

Una vez se aplica los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo 20 artículos que fueron utilizados como sustento bibliográfico para la presente investigación.

Para la obtención de variables se combina la *escala de eventos adversos asociados a la práctica de enfermería* con la escala de *Predisposición a la Aparición de Eventos Adversos (EPEA)*, además de la extracción de los ítems de las escalas de Norton y Downton, Se toman elementos de la escala NAS carga laboral Nursing Activities Score, así como cuestionario modificado Actitudes para la Seguridad del Paciente III, se complementa las variables entre una escala y la otra para obtener de esta combinación el instrumento que se aplicara en la institución hospitalaria.

## 7.2. Eventos adversos a nivel de Hospital Local Civil de Ipiales

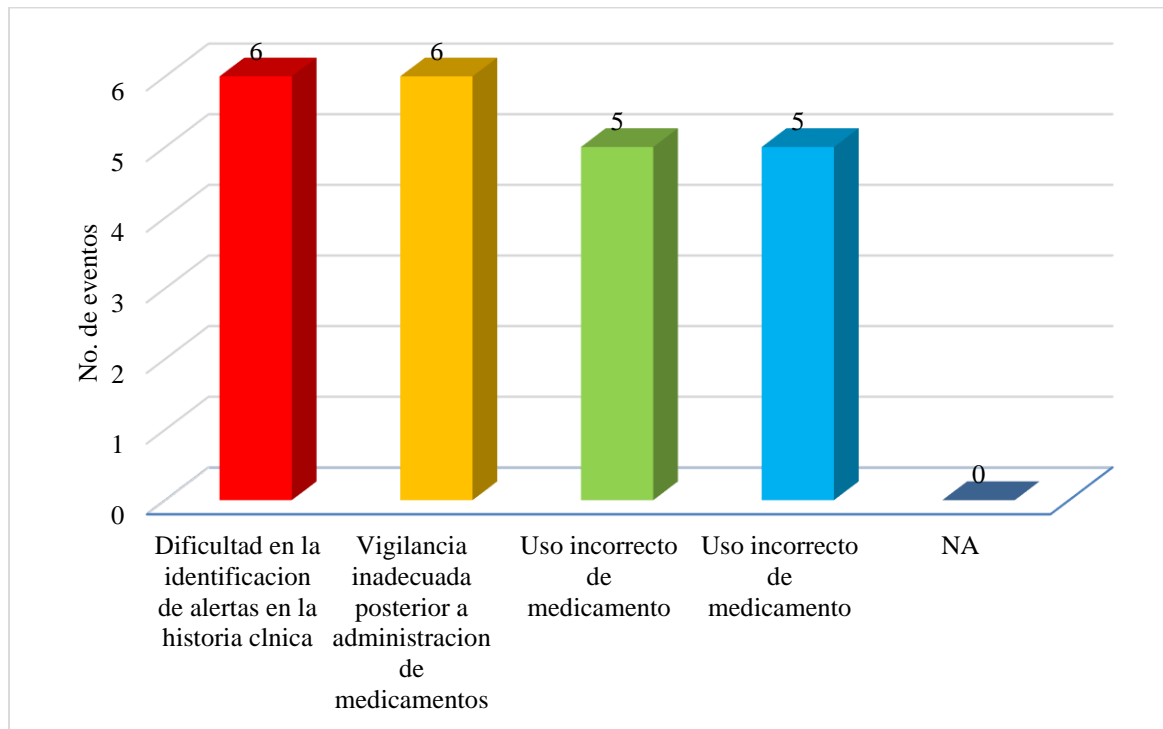
**Gráfica 1. Número de eventos adversos relacionados con medicamentos en el Hospital Local Civil de Ipiales, período 2016 a 2020**



En la gráfica 1, se hace referencia al número de eventos adversos relacionados con los medicamentos que se presentaron en el Hospital Local Civil de Ipiales durante el período 2016 a 2020, es así como se encontró 6 casos en el 2016, 6 casos en el 2017, 5 casos en el 2018, 5 casos en el 2019 y en el 2020 cero casos, lo anterior evidencia que a través del modelo de gestión de

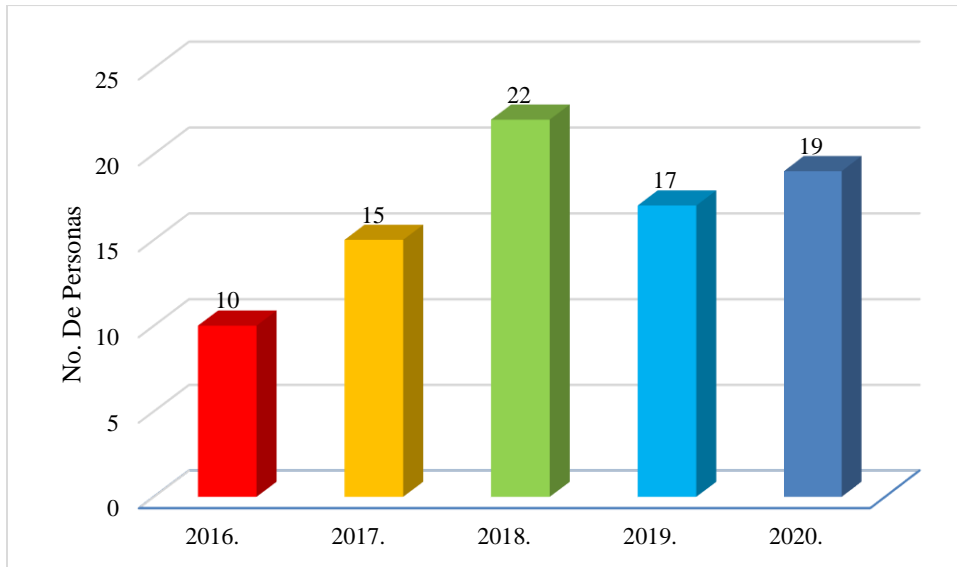
riesgo clínico en la institución de salud se disminuyen en cantidad el número de eventos con respecto a los años anteriores, por lo tanto se considera que la aplicabilidad del modelo ha sido efectiva y ha contribuido de alguna manera a obtener estos resultados.

**Gráfica 2. Principales causas relacionadas con eventos adversos relacionados con medicamentos en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.**



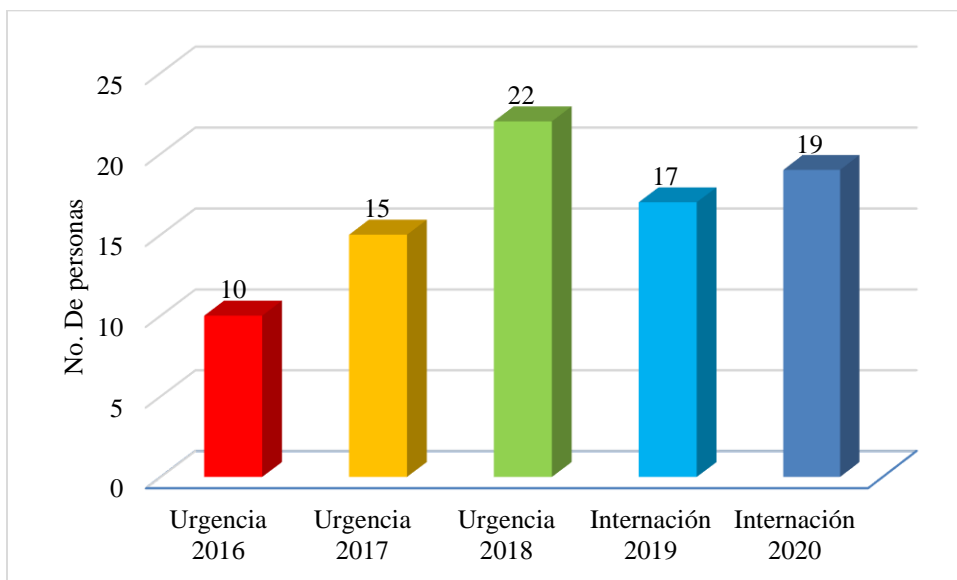
En la gráfica 2, se hace referencia a las principales causas de eventos adversos relacionados con los medicamentos, se encontró que los seis casos que se presentaron en el 2016, fueron por dificultad en la identificación de alertas en la historia clínica, las del 2017 fueron por vigilancia inadecuada posterior a administración de medicamentos, en el 2018 y 2019 fue por uso incorrecto de medicamentos.

**Gráfica 3. Número eventos relacionados con caídas en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.**



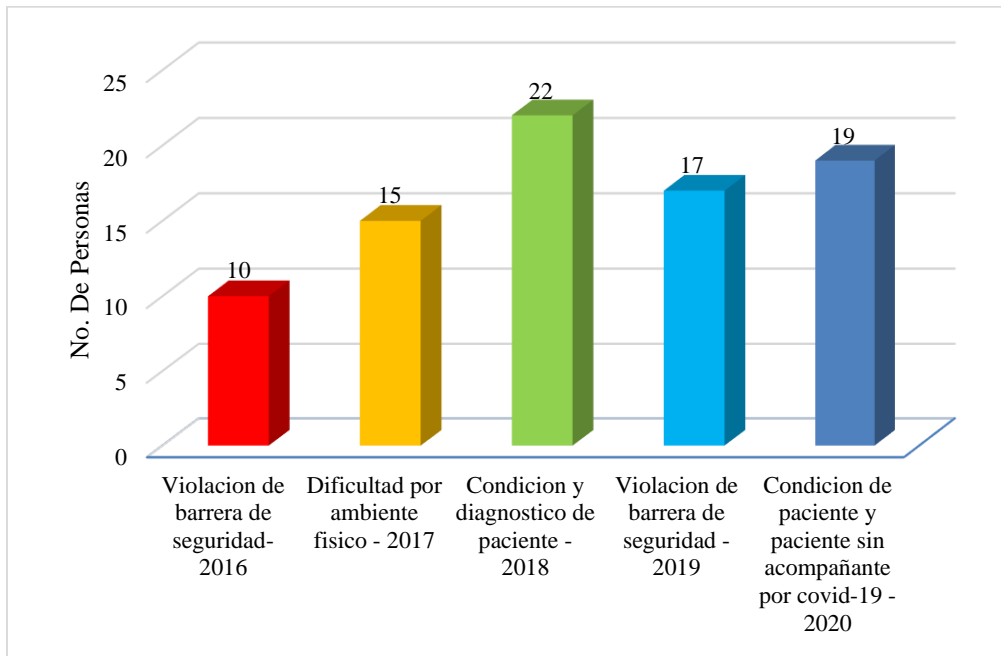
En la gráfica 3, se hace referencia al número de eventos adversos relacionados con caídas en el Hospital Civil de Ipiales, encontrándose que en el 2018 se presentaron 22 eventos por caídas, seguido en el 2020 con 19 casos, en 2019 se presentaron 17 casos, 207 fueron 15 casos y en 2016 fueron 10 casos.

**Gráfica 4. Servicio con mayor reporte de caídas en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.**



En la gráfica anterior se evidenció que el servicio que presentó mayores eventos relacionados con caídas fue urgencias, representado en 47 casos, en los períodos 2016 a 2018, mientras que en el servicio de internación se presentaron 17 casos en 2019 y 19 casos en el 2020.

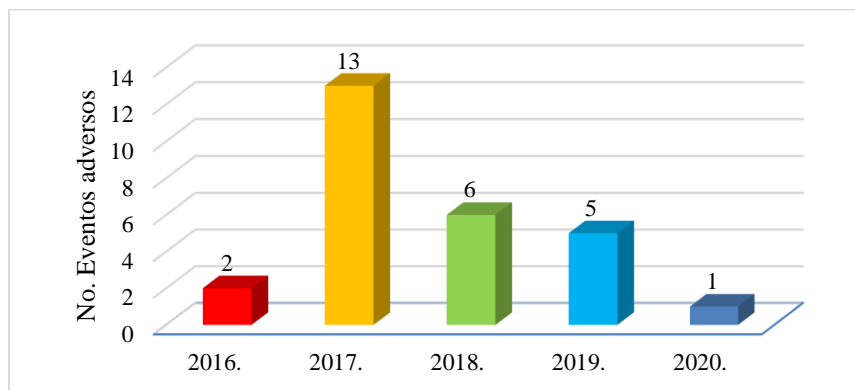
**Gráfica 5. Principal causa relacionada con caídas en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.**



La principal causa relacionada con caídas estuvo representada por la violación de barreras de seguridad que se presentó en el 2016 (10 casos) y en el 2019 (17 casos), además en el 2017 fueron 15 casos por dificultad por ambiente físico, en el 2018 fueron 22 casos por condición y diagnóstico del paciente, mientras en el 2020, fueron 19 pacientes por la condición del paciente y paciente sin acompañante por covid-19.

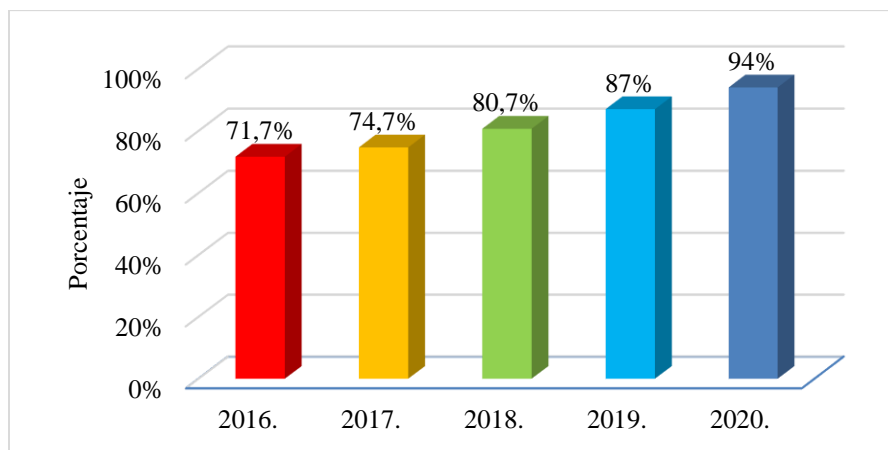


**Gráfica 6. Número de eventos adversos relacionados con dispositivos médicos en el Hospital Civil de Ipiiales, período 2016 a 2020.**



En la gráfica anterior, se hace referencia al número de eventos adversos generados con los dispositivos médicos, en el período 2017 se presentaron 13 casos, seguido por 6 casos en el 2018, 5 casos en el 2019, 2 casos en el 2016 y 1 caso en el 2020.

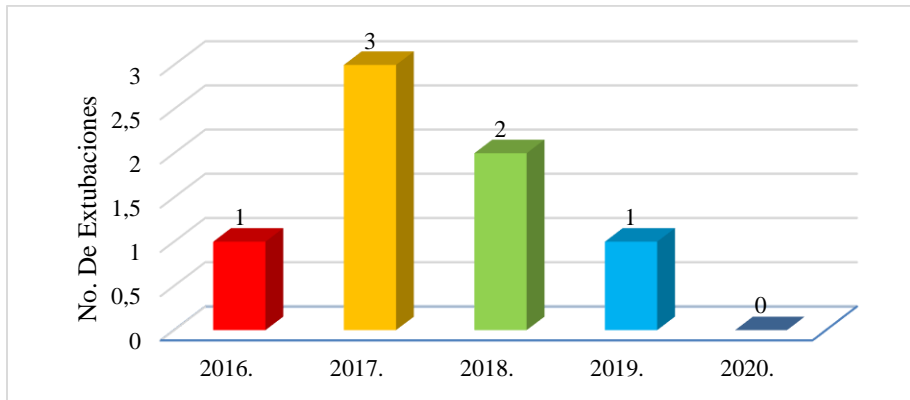
**Gráfica 7. Porcentaje de adherencia lavado de manos en el personal del Hospital Civil de Ipiiales, período 2016 a 2020.**



En la gráfica anterior, se hace referencia a los porcentajes de adherencia al lavado de manos por parte del personal del Hospital Civil de Ipiiales, al respecto se encontró que en el 2020 fue del 94%, en menor proporción el 87% en el 2019, el 80.7% en 2018, el 74.7% en 2017 y el 71.7% en el

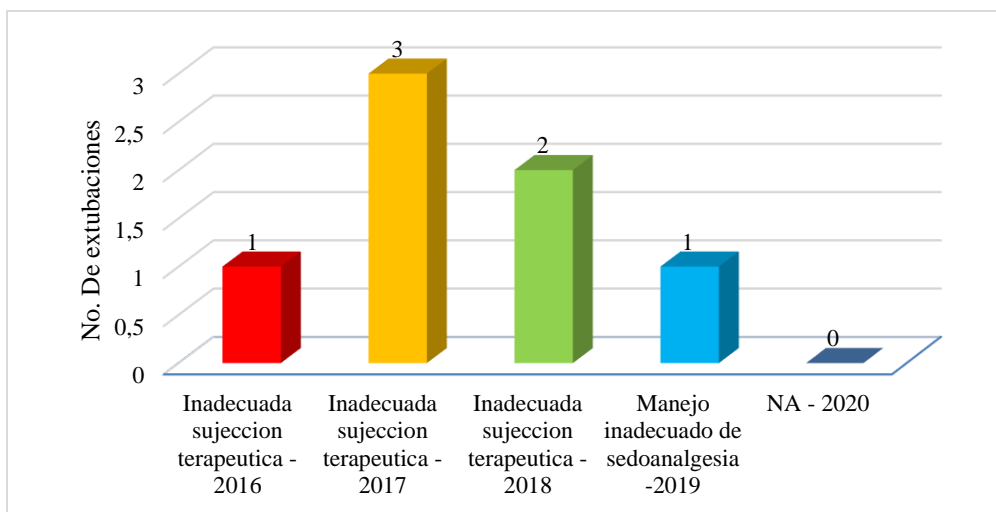
2016. Los datos evidencian que se ha manifestado un incremento a medida que avanza el tiempo, lo cual es positivo para la seguridad del paciente.

**Gráfica 8. Número de extubaciones no programadas en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016-2020.**



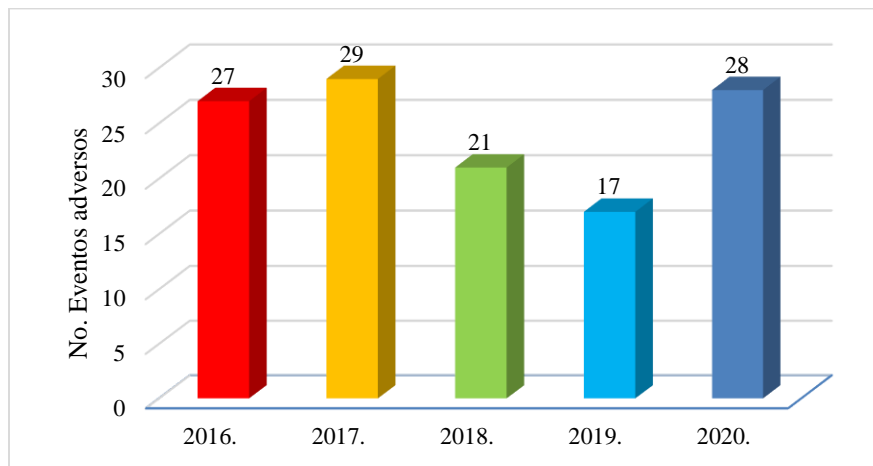
En la gráfica se hace referencia al número de extubaciones no programadas, se encontró que en 2017 se realizaron 3, en el 2018 fueron dos y en el 2016 y 2019 fue 1 respectivamente, en el 2020, no se encontró.

**Gráfica 9. Causa principal de extubaciones no programadas en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016-2020**



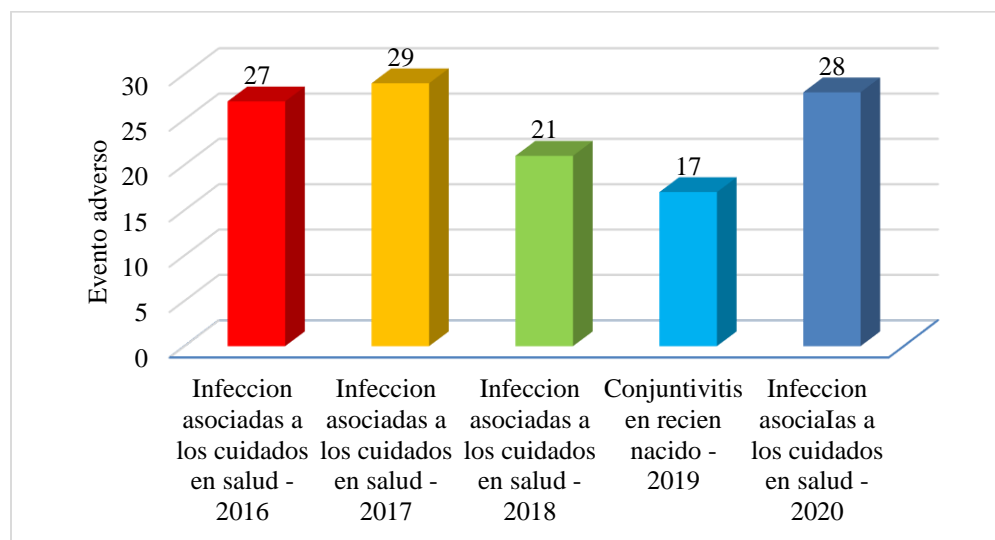
En la gráfica anterior, se hace referencia a las causas de las extubaciones no programadas, en el 2016, 2017, 2018 fue la inadecuada sujeción terapéutica y en el 2019 fue el manejo inadecuado de sedoanalgesia.

**Gráfica 10. Número de eventos adversos relacionados con IAAS**



En la gráfica 10, se hace referencia al número de eventos adversos relacionados con las IAAS, en este aspecto es importante mencionar que se manifestaron en mayor proporción en el 2017 con 29 eventos, seguido por el 2020 con 28, en 2016 fueron 27, en el 2018 fue 21 y en el 2019 fueron 17 eventos.

**Gráfica 11. Evento adverso asociado a IAAS más frecuente en el Hospital Civil de Ipiales, período 2016 a 2020.**



En la gráfica anterior, se hace referencia a los eventos adversos asociados a la IAAS más frecuente en el período 2016, 2017, 2018 y 2020 fue la infección asociadas a los cuidados en salud, mientras que en el 2019 fue la conjuntivitis en recién nacido.

### **7.3. Experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico en el Hospital Civil de Ipiales**

Las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico en el Hospital Civil de Ipiales, se realizó a través de una entrevista a la Coordinadora de Seguridad del paciente, para ello se tuvieron en cuenta aspectos relacionados con la temática.

En primera instancia se preguntó si existe un mecanismo de identificación de eventos adversos en la institución, al respecto mencionó que el mecanismo es un software denominado SIOS, es una plataforma que integra la atención a los pacientes en la parte asistencial, en la parte administrativa se hace referencia al ítem denominado formulario de seguridad del paciente, el cual es de acceso a los colaboradores de la institución; cuando se identifica algún suceso puede ser evento adverso o incidente, una no conformidad que cualquier persona sube el reporte, ahí no es obligatorio el campo dónde se diligencia el nombre, eso puede generar un tiempo de inconveniente.

Anteriormente, se manejaba formulario en físico ahora sistemático, generándose inconvenientes con el análisis de paquete de Londres, ya que se perdía mucha información, documentación por cargar, había dificultades. Sin embargo, en el SIOS, cada persona que trabaja en la institución tiene su código, quienes deben ingresar por procesos de inscripción como formulario de seguridad del paciente y para hacer un registro nuevo, toda esta información se la debe revisar todos los días y dar respuesta según sea el caso.

Asimismo, se abordó si existe un mecanismo de análisis de los eventos adversos, al respecto manifestó: cuando se redirecciona el evento adverso a la persona encargada, según el protocolo de Londres, se tiene incorporado el análisis de causas 5WH, esta plataforma permite evidenciar sucesos que aún están pendientes por completar, lo que quiere decir que las acciones de mejora están sin cumplir, una vez se presenten las evidencias ya se puede cerrar el evento adverso. Además, existe un documento donde se establece los tiempos que tiene el proceso para realizar el cierre, el cual no puede pasar más de 60 días, el análisis si es urgente no puede pasar de las 48 horas, y no amerita urgencias, se puede realizar el análisis hasta los 30 días con previa revisión del comité responsable.

De igual modo, se indagó la existencia de una instancia institucional para la evaluación y seguimiento a los eventos adversos, al respecto manifestó: si, todos los protocolos y por lo general todos los de seguridad al paciente tienen su seguimiento, aquí en la institución tenemos 39 buenas prácticas de seguridad en el paciente.

Otro aspecto que se abordó fue la metodología utilizada para realizar un plan de mejora, al respecto se menciona: cada responsable de área maneja un indicador, de manera trimestral se consolida como estamos en general, y se le hace el seguimiento de cada uno de los protocolos y cuando se presentan todas las evidencias se cierra el evento adverso y se lo va a encontrar en la opción completados. luego se hace la retroalimentación de las acciones.

En cuanto a las funciones específicas que tiene el comité de infecciones, se menciona, la más importantes es la de identificar nuevas estrategias o acciones para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, se hace la socialización de los indicadores, por ejemplo cuál es la

tasa de infección a nivel institucional, esto lo hace con el comité institucional trimestralmente, anualmente se hace un plan de prevención de IAAS, se realiza seguimiento a programas, vigilancia activa, vigilancia pasiva, ajuste a protocolos, cambios en relación a procesos y procedimientos de nuestros servicios, revisión del indicador de profilaxis antibiótica, procedimiento de esterilización, adherencia a la higiene de manos. protocolo de uso y reusó y limpieza y desinfección.

Haciendo referencia a la frecuencia con que se reúne el comité de infecciones, se menciona que antes se realizaba trimestral, pero en julio de este año se hizo una modificación donde se empezó a realizar de manera mensual y en el caso de que suceda algo imprevisto de plantea de manera extraordinaria, conformado por: alta gerencia, subgerencia administrativa, científica. líderes de procesos, microbiología, infectólogo, intensivista, coordinador de UCI, jefe encargado del sistema de seguridad en salud en el paciente.

Igualmente, se menciona si la institución brinda ayuda psicológica posterior a eventos adversos al paciente y la familia, lo cual se realiza cuando los eventos son centinelas. Lo cual se realiza con el médico tratante quien solicita la valoración por psicología, es la persona encargada de hacer el proceso de ingreso y la respectiva valoración.

En este sentido, el aprendizaje institucional ha sido excelente, ahora la persona encargada es el médico hospitalario, la jefe, equipo de psicología, en el momento no se han presentado casos con dificultad y la retroalimentación ha sido positiva, se le hace un seguimiento y un acompañamiento al familiar y al paciente, el seguimiento se hace a través de atención al usuario, los 5 primeros días de cada siguiente mes se envía una base de datos con los eventos adversos los cuales se deben hacer seguimientos, se coloca la nota administrativa y se identifica el tipo de evento adverso.

Las estrategias que realiza la institución para fomentar la seguridad del paciente: se realizó la conformación del grupo referente de seguridad del paciente, se escogió una jefe por cada servicio, siendo la líder y referente para ese proceso en seguridad del paciente, se difunde un video para promover la cultura del reporte, actividades de liderazgo, se revisan todos los procesos, documentación, atención, cronograma para celebrar el día de seguridad del paciente, actividades

de análisis de casos, identificar y socializar necesidades en los procesos, análisis del protocolo de Londres, ajustes a protocolos o elaborar nuevos protocolos, siete personas lo conforman.

En este orden de ideas, se indagó ¿la institución cuenta con sistemas integrados para la gestión del riesgo y mejoramiento de la calidad?, al respecto afirmó: “nuestro sistema es un sistema integrado, tenemos tres políticas incorporadas, seguridad y salud en el trabajo, calidad, y gestión ambiental. Se hace la identificación de riesgo a través de la oficina de planeación, la cual maneja las matrices, donde se hacen mesas de trabajo, donde asisten todas la líderes y coordinadoras de todos los procesos de la institución, se identifica los riesgos históricos del año anterior, dependiendo de este análisis se incorpora en la matriz de procesos.

Asimismo, las actividades en gestión del riesgo clínico que ha realizado la institución en los últimos cinco años son: actividades de incorporación, adaptación de guías de práctica clínica las cuales se hacen a través de los auditores de calidad, se hacen metodologías para la incorporación de las guías en los dos últimos años, para evitar, minimizar riesgos, eventos y sucesos en los pacientes según guías del ministerio, se sacan las recomendaciones trazadoras según el nivel de incidencia dadas por los especialistas y grupos epidemiológicos. contamos con el fortalecimiento del protocolo de identificación del ingreso del paciente de la institución, contamos con un protocolo que se llama “ identificación del paciente y sus riesgos con esto sabes que riesgos se nos pueden generar durante su hospitalización, tenemos un ítems de alertas generales, alertas por alergias, psicosocial, riesgo clínico y rehabilitación, identificación de riesgos por colores, de contacto, aéreo, con alguna discapacidad, transfusional, pacientes con riesgo de fuga, mórbidos, maternas, esto se implementa cuando el paciente ingresa al servicio para identificar el riesgo.

De igual manera, las actividades realizadas en riesgo clínico que han sido exitosas se mencionaron: “las actividades más importantes y que se ha fortalecido es la identificación y riesgo del paciente, la misma se ha actualizado y se crearon nuevos ítems de alerta. también la implementación de guías clínicas.

Finalmente, se indagó qué actividades exitosas en riesgo clínico pueden ser implementadas en otras instituciones, al respecto manifestó: “nuestra fortaleza es nuestro sistema de software

SIOS y la parte de identificación, las cuales fueron solicitadas desde una institución de Cúcuta, la cual la querían tomar como referencia y experiencia ya que se postulaba para acreditación. la parte de guías de práctica clínica, la identificación del riesgo del paciente para cirugía, escalas de riesgos, se hace la incorporación y su respectiva medición cuando se requiera ese tipo de escalas.

De las experiencias que hemos tenido el aprendizaje que nos dejó fue: fortalecer el programa de inducción y reinducción, ya que por el tercer pico de la pandemia de COVID 19 se incorporó a más personas a la institución, por eso se hizo una inducción de manera rápida, luego la líder de los procesos realizaba los conocimientos aprendidos en lo anterior, este proceso está implementado en la institución. implementación de listas de chequeo se implementan como procesos en rehabilitación y Unidad de Cuidado Intensivo.



## **8. Conclusiones y Recomendaciones**

### **8.1 Recomendaciones**

Es importante que en las instituciones de salud se cuente con un sistema de gestión del riesgo clínico, puesto que a través de ello se contribuye en la prevención de eventos adversos, puesto que le permitirá realizar una monitorización, análisis y contribuir con ello a la prevención de la ocurrencia de los mismo, por considerarse útil en el desarrollo de las actividades de cuidado que se brinde a los pacientes.

Es pertinente realizar la evaluación de los eventos adversos y realizar el monitoreo constante en aquellos aspectos que tienen relación directa con la seguridad del paciente, lo anterior con la finalidad de minimizar el riesgo a la salud de los pacientes y mejorar la calidad de atención en las instituciones de salud.

Se sugiere a las instituciones de salud fortalecer las habilidades y competencias al personal asistencial, contribuyendo con ello a la vigilancia epidemiológica de los eventos adversos, incidentes y aspectos que compliquen la seguridad del paciente.

Se recomienda que se realice la mejora continua del sistema de monitorización para contribuir a la seguridad del paciente en las instituciones de salud, ya que a través de ello se tomarían las medidas preventivas o correctivas en pro de brindar una atención con calidad.

En las instituciones de salud se requiere monitorización de la seguridad del paciente, por ello es pertinente analizar los indicadores de estructura, proceso y resultados, con la finalidad de tomar las medidas correctivas pertinentes que favorecen la salud y atención a los usuarios que hacen uso de los diferentes servicios y programas que en él se brindan.

En las instituciones de salud, es importante que se realice una revisión documental de estudios que tienen relación con la gestión del riesgo clínico, porque a través de ello se puede tomar en cuenta aportes significativos que pueden contribuir a liderar un proceso de gestión que

contribuya a la seguridad del paciente, enfocándose específicamente en aquellos modelos que han sido aplicados en instituciones de salud de otras regiones, por ello, sus aportes son significativos y a la vez contribuyen para fortalecer las habilidades y competencias del personal del área asistencial y administrativo.

Es pertinente que se realicen investigaciones basadas en la percepción de la seguridad del paciente según los mismos usuarios que hacen uso de los servicios, ya que, a través de ello, se puede tomar las decisiones pertinentes enfocándose especialmente en fortalecer el trabajo en equipo y la mejora continua en la calidad de atención brindada.

Se cree necesario que se evalúe continuamente al personal que labora en el área asistencial y administrativa en cuanto a la participación en las diferentes actividades de gestión del riesgo clínico, para de esta manera verificar la efectividad en las funciones y d establecer las experiencias positivas para mejorar la seguridad del paciente.

## **8.2 Conclusiones**

En el estudio se abordaron las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico, para ello se realizó la revisión documental, la cual dio las pautas para las variables a analizar, entre las cuales se mencionaron: seguridad del paciente, eventos adversos, medicamentos, infecciones, comunicaciones, caídas y lavado de manos.

En cuanto a los eventos adversos relacionados con los medicamentos que se presentaron en el Hospital Local Civil de Ipiales, se encontró en el período 2016 seis casos y disminuyeron significativamente en los diferentes períodos hasta llegar al 2020 con cero eventos, las causas se manifestaron fueron la identificación de alertas en historias clínicas, vigilancia inadecuada posterior a la administración de medicamentos y uso incorrecto de medicamentos.

En cuanto al número de eventos relacionados con caídas se ha incrementado en el período 2018, disminuye en el 2019 y se incrementa nuevamente en el 2020, siendo el mayor reporte en el servicio de urgencias e internación. Además, la principal causa es la violación de las barreras de

seguridad, dificultad por ambiente físico, condición del diagnóstico del paciente sin acompañante por covid-19.

Los eventos adversos relacionados con dispositivos médicos, se manifestó en mayor predominio en el 2017 con 13 casos, en los otros años se manifestaron en menor frecuencia.

El porcentaje de adherencia al lavado de manos ha sido favorable, puesto que en el año 2016 fue del 71.7%, se incrementó significativamente en los períodos de 2017 a 2019 y finalmente en el 2020 obtuvo un 94%.

El número de extubaciones no programadas se presentó 3 casos en el 2017, en los demás períodos menor frecuencia y cero casos en el 2020, la causa principal fue inadecuada sujeción terapéutica y manejo inadecuado de sedoanalgesia.

En número de eventos adversos relacionados con IAAS, se manifestó en mayor frecuencia en el 2017 con 29 casos y 28 casos en el 2020, las causas más frecuentes son las infecciones asociados a los cuidados en salud y la conjuntivitis en recién nacido.

En cuanto a las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico en el Hospital Civil de Ipiales, se encontró aspectos positivos, puesto que poseen una persona capacitada y calificada para la coordinación de seguridad del paciente, quienes cumplen las funciones enfocadas en la capacitación y sensibilización del paciente, unido a ello realizan el análisis de los eventos adversos que se presentan en la institución para tomar las medidas pertinentes.

Es importante resaltar, que en el Hospital Civil de Ipiales, cuentan con un mecanismo de identificación de eventos adversos a través de un software denominado SIOS en él se integra la atención a los pacientes en la parte asistencia y en la parte administrativa a través de un formulario de seguridad del paciente, que les permite hacer el diligenciamiento pertinente del suceso o evento adverso e incidente, el cual es revisado periódicamente para la toma de decisiones, a través del análisis de causas 5WH, que da la posibilidad de las acciones de mejora establecidas según el evento.

El Hospital Civil de Ipiales, cuenta con una instancia institucional para la evaluación y seguimiento de los eventos adversos, además dispone de todos los protocolos de seguridad del paciente con su respectivo seguimiento, enfocándose específicamente en las 39 prácticas. Además, cuenta con el comité de infecciones quienes lideran las estrategias o acciones enfocadas en la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud, por ello se realiza la evaluación de los indicadores para establecer el plan de prevención para contribuir a brindar una atención con calidad a los usuarios que hacen uso de los servicios que en él se brinda.

Otro aspecto de amplia importancia es que la institución dispone de ayuda psicológica posterior a los eventos adversos, dirigida a los pacientes y la familia, es así como se considera que el aprendizaje institucional ha sido excelente, ya que cuenta con personas encargadas de ello, como el médico hospitalario, la jefe y el equipo de psicología, cuyo seguimiento y acompañamiento ha sido positivo.

Se han liderado estrategias para fomentar la seguridad del paciente a través de la conformación de un grupo de seguridad del paciente, eligiendo a una jefe del servicio, líder y referente para este proceso, se ha fortalecido a través del uso de las tecnologías de información y comunicación para promover la cultura del reporte, liderazgo, revisión del proceso, documentación, entre otros, quienes son los encargados del análisis de los protocolos y tomar los correctivos pertinentes.

Las actividades realizadas en gestión del riesgo clínico han sido exitosas, ya que esto ha favorecido la identificación de los eventos y al mismo tiempo la implementación de guías clínicas, además se ha fortalecido la inducción y reinducción a personal nuevo lo cual ha sido una tarea ardua, pero a la vez exitosa.

## **8.2 Conclusiones**

**8.2.1. Conceptualización de Sistematización:** La sistematización, obedece a un ejercicio riguroso de aprendizaje e interpretación crítica de las experiencias vividas, siendo además un proceso teórico-práctico de interpretación y transformación de la realidad concreta, que contribuye además, a reconstruir reflexivamente los proyectos de acción profesional y a la reconfiguración de

los procesos educativos y organizativos, generando en esa medida, nuevos conocimientos mediante las vivencias cotidianas que se tienen con las poblaciones comprometidas con procesos de organización popular. (Lasso, 2014, p.8).

8.2.2 Proyecto objeto de sistematización: las experiencias exitosas en Gestión Del Riesgo Clínico del Hospital Civil de Ipiales en el periodo 2016-2020, como base para propuesta de modelo de este.

8.2.3 Experiencia objeto de sistematización: Experiencias demostrativas de gestión de riesgo clínico en el Hospital Civil de Ipiales, en el periodo comprendido entre los años 2016 y 2020, a través de entrevista centralizada en referente de seguridad del paciente.

8.2.4 Hipótesis de acción: se genera un conocimiento de las practicas que han sido exitosas en el hospital durante los últimos 5 años en gestión del riesgo clínico en particular en la implementación del sistema SIOS e identificación del usuario para continuar en el mejoramiento continuo hacia un hospital seguro.

8.2.5 Eje de la sistematización: ¿cómo generar una propuesta de modelo de gestión del riesgo clínico a partir de las experiencias demostrativas del Hospital Civil de Ipiales durante los últimos 5 años?

8.2.6 categorías de Análisis: riesgo clínico

8.2.7 Objetivos de la sistematización.

- Objetivo general: Proponer elementos fundamentales en la creación de un modelo de gestión de riesgo clínico a partir de las experiencias demostrativas exitosas del Hospital Civil de Ipiales en el último quinquenio.
- Objetivos específicos: Determinar cuáles experiencias en gestión de riesgo clínico han sido exitosa a través de la revisión de historial del último quinquenio e identificar que experiencias exitosas pueden ser tomadas en cuenta como base para la propuesta de creación de modelo de gestión de riesgo clínico.

8.2.8 Metodología: la presente sistematización utiliza fuentes primarias de recolección del a información la entrevista focalizada a la referente de seguridad del paciente del Hospital Civil de Ipiales.

Otras fuentes secundarias son bases de datos de indicadores de riesgo clínico y su gestión durante el último quinquenio.

#### 8.2.9 fuentes de información:

La información es recolectada a través de entrevista presencial con la referente de seguridad del paciente a través de la aplicación de encuesta contenida en el instrumento diseñado, el cual consta de 15 preguntas.

La base de datos es obtenida de los archivos centrales del hospital, una vez obtenida se procede a realizar depuración de la información, en primera instancia por años (últimos 5 años) y variables contenidas en la primera parte del instrumento que consta de 11 ítems.

para el análisis de la información obtenida se realiza baseamiento de datos en Excel, donde se complementa con la utilización de gráficas representativas de los cambios entre las cifras obtenidas.

Para la entrevista se base información de acuerdo a cada ítem contemplado en el instrumento.

#### 8.2.9 Reconstrucción y comprensión de la experiencia

En el estudio se abordaron las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico, para ello se realizó la revisión documental, la cual dio las pautas para las variables a analizar, entre las cuales se mencionaron: seguridad del paciente, eventos adversos, medicamentos, infecciones, comunicaciones, caídas y lavado de manos.

En cuanto a los eventos adversos relacionados con los medicamentos que se presentaron en el Hospital Local Civil de Ipiales, se encontró en el período 2016 seis casos y disminuyeron significativamente en los diferentes períodos hasta llegar al 2020 con cero eventos, las causas se manifestaron fueron la identificación de alertas en historias clínicas, vigilancia inadecuada posterior a la administración de medicamentos y uso incorrecto de medicamentos.

En cuanto al número de eventos relacionados con caídas se ha incrementado en el período 2018, disminuye en el 2019 y se incrementa nuevamente en el 2020, siendo el mayor reporte en el servicio de urgencias e internación. Además, la principal causa es la violación de las barreras de seguridad, dificultad por ambiente físico, condición del diagnóstico del paciente sin acompañante por covid-19.

Los eventos adversos relacionados con dispositivos médicos, se manifestó en mayor predominio en el 2017 con 13 casos, en los otros años se manifestaron en menor frecuencia.

El porcentaje de adherencia al lavado de manos ha sido favorable, puesto que en el año 2016 fue del 71.7%, se incrementó significativamente en los períodos de 2017 a 2019 y finalmente en el 2020 obtuvo un 94%.

El número de extubaciones no programadas se presentó 3 casos en el 2017, en los demás períodos menor frecuencia y cero casos en el 2020, la causa principal fue inadecuada sujeción terapéutica y manejo inadecuado de sedoanalgesia.

En número de eventos adversos relacionados con IAAS, se manifestó en mayor frecuencia en el 2017 con 29 casos y 28 casos en el 2020, las causas más frecuentes son las infecciones asociados a los cuidados en salud y la conjuntivitis en recién nacido.

### 8.3 conclusiones

En cuanto a las experiencias demostrativas en gestión del riesgo clínico en el Hospital Civil de Ipiales, se encontró aspectos positivos, puesto que poseen una persona capacitada y calificada para la coordinación de seguridad del paciente, quienes cumplen las funciones enfocadas en la capacitación y sensibilización del paciente, unido a ello realizan el análisis de los eventos adversos que se presentan en la institución para tomar las medidas pertinentes.

Es importante resaltar, que en el Hospital Local Civil de Ipiales, cuentan con un mecanismo de identificación de eventos adversos a través de un software denominado SIOS en él se integra la atención a los pacientes en la parte asistencia y en la parte administrativa a través de un formulario de seguridad del paciente, que les permite hacer el diligenciamiento pertinente del suceso o evento adverso e incidente, el cual es revisado periódicamente para la toma de decisiones, a través del análisis de causas 5WH, que da la posibilidad de las acciones de mejora establecidas según el evento.

El Hospital Local Civil de Ipiales, cuenta con una instancia institucional para la evaluación y seguimiento de los eventos adversos, además dispone de todos los protocolos de seguridad del paciente con su respectivo seguimiento, enfocándose específicamente en las 39 prácticas. Además,

cuenta con el comité de infecciones quienes lideran las estrategias o acciones enfocadas en la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud, por ello se realiza la evaluación de los indicadores para establecer el plan de prevención para contribuir a brindar una atención con calidad a los usuarios que hacen uso de los servicios que en él se brinda.

Otro aspecto de amplia importancia es que la institución dispone de ayuda psicológica posterior a los eventos adversos, dirigida a los pacientes y la familia, es así como se considera que el aprendizaje institucional ha sido excelente, ya que cuenta con personas encargadas de ello, como el médico hospitalario, la jefe y el equipo de psicología, cuyo seguimiento y acompañamiento ha sido positivo.

Se han liderado estrategias para fomentar la seguridad del paciente a través de la conformación de un grupo de seguridad del paciente, eligiendo a una jefe del servicio, líder y referente para este proceso, se ha fortalecido a través del uso de las tecnologías de información y comunicación para promover la cultura del reporte, liderazgo, revisión del proceso, documentación, entre otros, quienes son los encargados del análisis de los protocolos y tomar los correctivos pertinentes.

Las actividades realizadas en gestión del riesgo clínico han sido exitosas, ya que esto ha favorecido la identificación de los eventos y al mismo tiempo la implementación de guías clínicas, además se ha fortalecido la inducción y reinducción a personal nuevo lo cual ha sido una tarea ardua, pero a la vez exitosa.



## Referencias Bibliográficas

- Achury, D., Rodríguez, S., Díaz, J., Cavallo, E., Zarate, R., Vargas, R., & De la Salas, R. (Abril de 2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Revista Enfermería Global*, 15(42), 324-340. Obtenido de <https://bit.ly/3F6uARl>
- Alcaldía de Santiago de Cali . (2020). Gestión del riesgo clínico: seguridad del paciente . V *Simposio Internacional de Seguridad del Paciente* .
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2019). Manual técnico institucional de gestión del riesgo clínico - AMFE. Bogotá D.C., Colombia. Obtenido de <https://bit.ly/3mhan2w>
- Alvarez, G., Roca, S., Chau, M. L., & Pineda, F. (Enero - Junio de 2012). Implementación del sistema de administración de riesgos (SAR) por Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo en Colombia 2008 - 2011. *Monitor Estratégico*, 1(1).
- Aranaz, J., & Fernández, A. (2018). Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Rev. Esp. Salud*, 92(8), 3-15. Obtenido de <https://bit.ly/3Fa8aP5>
- Balaguera, A., Nieto, M., Peña, J., & Roso, A. (2018). *Estudio comparativo de los programas de seguridad del paciente de Colombia, Chile y México, y acciones desarrolladas en el periodo 2008 a 2018 que pueden fortalecer las buenas prácticas en la atención de salud en Colombia*. Trabajo de grado (optar título de Auditoría en Salud), Universidad Autónoma de Bucaramanga, Posgrado en Auditoría en Salud, Bucaramanga. Obtenido de <https://bit.ly/3kT5xsY>
- Baquero, S. (2014). *La importancia de la implementación del sistema de gestión de calidad en los procesos misionales de las empresas prestadoras del servicio de salud en Colombia*. Trabajo de grado (optar título Especialización en Control Interno), Universidad Militar Nueva granada, facultad de ciencias Económicas, Bogotá. Obtenido de <https://bit.ly/3uun0Lf>

- Carvalho, A., Garcia, P., & De Souza, L. (2016). Carga laboral de enfermería y ocurrencia de eventos adversos en los cuidados intensivos: revisión sistemática. *Rev. esc. enferm*, 50(4), 683-694. Obtenido de <https://bit.ly/3D35LnE>
- Chan, A., Hróbjartsson, A., Haahr, M., Gøtzsche, P., & Altman, D. (2004). Evidencia empírica para el informe selectivo de resultados en ensayos aleatorizados. Comparación de protocolos con artículos publicados. *Journal JAMA*, 291(20), 2457-2465. Obtenido de <https://bit.ly/2ZCKibi>
- Consuegra, O. (2015). Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración*, 11(20), 37-50. Obtenido de <https://bit.ly/3D3siAF>
- Cruz Cruz, O. (Agosto de 2011). Diseño de un sistema de control interno para contrataciones del Estado en el Hospital "La Calera" de Chimbote, Perú. *Revista Ciencia y Tecnología. Escuela de Posgrado*, 1(1).
- De las Salas, R., Díaz, D., Burgos, F., Vaca, C., & Serrano, D. (Jul-Sep. de 2016). Reacciones adversas a medicamentos en niños hospitalizados en Colombia. *Revista Colombia Médica*, 47(3). Obtenido de <https://bit.ly/3Fa5f95>
- Delgado, P. (2015). *Evolución y modelos de la Gestión Clínica*. Trabajo de fin de grado (optar título de Enfermera, Universidad La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de enfermería y fisioterapia. Sede Tenerife, La Laguna. Obtenido de <https://bit.ly/3oomOMI>
- Elmonstari, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). *Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review*. (Vol. 7). BMJ.
- Emre, M., Qazi, A., Alalami, M., Ellahham, S., & Ozonoff, A. (2020). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente mediante un algoritmo de bosque aleatorio. *Ingeniería de confiabilidad y seguridad del sistema*, 204. Obtenido de <https://bit.ly/2WtupOt>
- Endo, H., Uchino, S., Hashimoto, S., Aoki, Y., Hashiba, E., Hatakeyama, J., & ... Miyata, H. (2021). Desarrollo y validación del modelo predictivo de riesgo de muerte para pacientes adultos ingresados en unidades de cuidados intensivos en Japón: un enfoque para mejorar la precisión de las medidas de calidad de la atención médica. *Revista de Cuidados Intensivos*, 9(18), 2-11. Obtenido de <https://bit.ly/3AXFcQ3>
- Espinal, M., Yopez, L., & García, L. (2010). *Seguridad del paciente: aspectos generales y conceptos básicos*. Propuesta de monografía (optar título de Especialista en Auditoría en

- Salud, Universidad CES, Facultad de Medicina, Medellín. Obtenido de <https://bit.ly/2Y40Cwe>
- Fraguela, J., Carral, G., Iglesias, G., & Castro, A. (Mayo de 2011). La integración de los sistemas de gestión. Necesidad de una nueva cultura empresarial. *Universidad Nacional de Colombia, 1*(1).
- García, E., Macchiavello, D., Rodríguez, V., Catalano, Y., Corna, G., Dahinten, J., & Ontivelo, M. (2016). Reporte de conocimientos, creencias y actitudes en calidad de atención y seguridad del paciente en alumnos de pregrado: validando el cuestionario APSQ-III modificado. *Revista Biomédica, 16*(11). Obtenido de <https://bit.ly/3A2Wkm9>
- García, J., Duran, S., Cardeño, E., Prieto, R., Garcia, E., & Paz, A. (2017). Proceso de planificación estratégica: Etapas ejecutadas en pequeñas y medianas empresas para optimizar la competitividad. *Revista Espacios, 38*(52), 16. Obtenido de <https://bit.ly/3kZJOj9>
- Gómez Rivadeneira, A. (Abril de 2015). Gestión del riesgo y salud pública en los cambios normativos recientes. *Fundación Universitaria Sanitas, 11*(1).
- Granda, P. (2016). Calidad de la atención en salud, una mirada desde la teoría de sistemas. Revisión de la literatura. *Universidad CES - Facultad de Medicina*.
- Guerra Manjarres, R. (Febrero de 2013). Propuesta para el diseño de una metodología para la gestión del riesgo en la ESE Hospital Santa Clara considerando como apoyo la norma NTC ISO 31000. *Universidad Libre, 1*(1).
- Hernández, R. (sf.). *Los métodos mixtos*. Obtenido de <https://bit.ly/3usJUTg>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill Education.
- Hernández Velandia, A. (2010). Gestión del riesgo y su aplicación al sector salud - enfoque desde las normas técnicas colombianas.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F., México: McGraw Hill. Obtenido de <https://bit.ly/3zWzNrg>
- Ibarra, M. (2012). Gestión de riesgos clínicos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 20*(1), 4-6. Obtenido de <https://bit.ly/3zVVfwt>

- INVIMA Universidad Nacional de Colombia;. (2011). Sistema de gestión de riesgo clínico para el mejoramiento de la calidad de la atención en instituciones hospitalarias. Bogotá, Colombia.
- Joint Commission . (2010). Metas internacionales de seguridad del paciente . *Joint Commission International* .
- Lagla, S., & Llerena, M. (2021). *Incidencia de notificación de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente en los centros de salud del Ministerio de Salud pública : Distrito 05D01 Latacunga*. Trabajo de titulación (Optar título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria), Universidad Técnica de Ambato, Especialización en medicina Familiar y Comunitaria, Ambato. Obtenido de <https://bit.ly/39Su6A4>
- Lasso, Burbano Carlos, la comunicación popular como escenario de praxis para la búsqueda de la politización, organización y movilización de los sectores populares, Manizales, 2014, pág. 8
- Liukka, M., Steven, A., Vizcaya, M., Sara-aho, A., Khakurel, J., Pearson, P., . . . Tella, S. (2020). Acción después de eventos adversos en el cuidado de la salud: una revisión de la literatura integradora. *En t. J. Environ. Res. Salud pública*, 17(13).
- Llinás, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del sistema. *Revista Salud Uninorte*, 26(1), 143-154. Obtenido de <https://bit.ly/3kUkKtN>
- Londoño, Á., Ardila, M., & Ossa, D. (Dic. de 2011). Epidemiología de la infección asociada a catéter venoso central. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(6), 493-501. Obtenido de <https://bit.ly/3oq7nDS>
- Lugo, M., & Vergara, D. (2018). *Administración hospitalaria en la “gestión del riesgo”*. Trabajo de grado (optar título de Especialista en auditoría en Salud), Universidad Santo Tomás, Facultad de Economía, Bogotá D.C. Obtenido de <https://bit.ly/3orsJAR>
- Martínez, A. (2018). *Errores, factores influyentes y estrategias de prevención frente a la administración de medicamentos*. Monografía (optar título de Enfermera), Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., Facultad de Ciencias de la Salud, Bogotá. Obtenido de <https://bit.ly/3B0dCS8>
- Méndez , J., & Becerril , T. (Octubre de 2005). Planeación estratégica: técnica gerencial aplicada en la administración pública. *Quivera Revista de Estudios Territoriales*, 7(2), 160-178.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2012). Resolución 012 de 2012. *Minsalud*, 12.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Gestión Integral del Riesgo en Salud*. Bogotá, Colombia. Obtenido de <https://bit.ly/3CYnkVN>
- Mira, J., Carrillo, I., & Lorenzo, S. (2017). Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves. *Gaceta Sanitaria.*, 31(2), 150-153. Obtenido de <https://bit.ly/2ZNV6Ph>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., . . . Grupo PRISMA-P. (2015). Elementos de informe preferidos para los protocolos de revisión sistemática y metanálisis (PRISMA-P) Declaración de 2015. *Revista revisiones Sistematicas*, 4(1). Obtenido de <https://bit.ly/3imweol>
- Muñoz, F., & Padilla, V. (Nov - Dic. de 2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un distrito sanitario. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 329-336. Obtenido de <https://bit.ly/2ZNTjhZ>
- Oliveira, L., & Dourado, P. (2018). Prevalencia y características de los eventos adversos con medicamentos en Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 34(4), 1-14. Obtenido de <https://bit.ly/3B0ipTP>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La investigación en seguridad del paciente*. Ginebra, Suiza: OMS. Obtenido de <https://bit.ly/3CZuBVf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Los eventos adversos y la seguridad del paciente. *Boletín*, 1-9. Obtenido de <https://bit.ly/3ooFMmq>
- Panattieri, N., Dackiewicz, N., Arpi, L., Godio, C., Andión, E., Negrette, C., . . . Jorro, F. (2019). Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. *Arch Argent Pediatr*, 117(6), S277-S309. Obtenido de <https://bit.ly/3imbooZ>
- Paranaguá, T., Braga, Q., Bezerra, A., Bauer, S., Azevedo, F., & Gomes, M. (2014). Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la. *Revista Enfermería Global*(34), 206-218. Obtenido de <https://bit.ly/3uvHQtl>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (s.f). *Riesgos de corrupción en el sistema de salud colombiano*. Obtenido de <https://bit.ly/3F4NkR7>
- Puerto, D. (2011). *La gestión del riesgo en Colombia*. Trabajo Final ( Optar título de Maestría en Administración línea de Profundidad), Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Economicas, Bogotá D.C. Obtenido de <https://bit.ly/3AW6E0s>

- Reina, M., Angulo, S. I., Segura, A. M., & Trujillo, A. (Mayo de 2010). Gestión de riesgos para entidades promotoras de salud - régimen contributivo en Colombia. *CES - MEDICINA*, 24(1).
- Riveros, E., Amado, P., & Zambrano, P. (2013). Reporte de eventos adversos en una unidad de cuidados intensivos de Tunja, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas*, 70(2), 70-75. Obtenido de <https://bit.ly/3uyXBQW>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultural de seguridad. *Rev. Med. Clin. Condes*, 28(5), 785-795. Obtenido de <https://bit.ly/3D4294v>
- Romanos Zapata , M. (2011). Sistemas de gestión de riesgo clínico para el mejoramiento de la calidad de la atención en instituciones hospitalarias . *Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Universidad Nacional de Colombia* .
- Roncancio, M. (28 de Mayo de 2018). *Metodología análisis modo falla efecto (AMFE) como herramienta de reactivovigilancia para la prevención de efectos indeseados*. Obtenido de Taller análisis modo falla efecto (AMFE): <https://bit.ly/3usp32w>
- Rubio Bohorques , D., & Soto Guzmán , C. (Enero de 2013). Diseño de un sistema de gestión del riesgo en una IPS hospitalaria de primer nivel. *Biblioteca Digital Minerva*, 126(77).
- Tamborero, G., Esteva, M., March, S., & Guillen, M. (Agosto de 2014). Autonomía de gestión en atención primaria: posicionamiento de los profesionales de Mallorca . *Elsevier*, 4(2).
- Vásquez, K., Rodríguez, D., Andrade, J., & Valderrama, L. (2017). *Análisis modal de fallos y efectos (AMFE) en la prestación de dos servicios de la I.P.S. Neurotrauma Center, 2017*. Universidad de Santander udes, Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Servicios de Salud, Bucaramanga. Obtenido de <https://bit.ly/3ATwylw>
- Weaver, S., Lyons, R., Díazgranados, D., Rosen, M., Salas, E., Oglesby, J., . . . Rey, H. (2010). La anatomía de la capacitación de equipos de atención médica y el estado de la práctica: una revisión crítica. *Revista Medicina Académica*, 85(11), 1746-1760.
- Wong, J., & Beglaryan, H. (2004). Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research. *The Change Foundation*, 49. Obtenido de <https://bit.ly/2ZBrKn2>