

**AUDITORÍA DE EVENTOS ADVERSOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID
– 19 EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DEL VALLE CAUCA
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2020.**

Luz Edith Aguilar Rojas

Sandra Lorena Camayo Hurtado

Ana Cristina Collazos Cerón

Maira Yolanda González Sandoval

Luz Darly Riascos Torres

Presentado a:

Docente: Fabián Díaz Garzón

Universidad EAN

Departamento de Administración, Economía, Negocios y Finanzas.

ESP. Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud

Resumen.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo, medir la ocurrencia de eventos adversos generados por parte del personal de enfermería en época de pandemia COVID-19, en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca durante el primer semestre del 2020, mediante el despliegue de metodologías y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud, estudio de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo y cualitativo, donde se pretende evidenciar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente. Se espera que los eventos adversos generados por parte del personal de enfermería aumenten en un número no muy significativo; lo que podría relacionarse a la carga laboral, al estrés propio del trabajo, las nuevas medidas y protocolos implementados durante la pandemia. Los eventos adversos atribuidos a la atención en salud son una realidad y se presentan durante el proceso de atención y de la interacción del personal de salud con los pacientes, entender la relevancia de la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad en los servicios de urgencias, permite lograr una mejor gestión de los riesgos, control y formulación de acciones de mejora en las diferentes operaciones y procesos que desarrolla el personal de enfermería en mejora de la seguridad del paciente.

Palabras claves. Evento adverso, calidad, paciente, pandemia, auditoria.

Introducción.

La OMS, estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de las prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención en un centro hospitalario. Con frecuencia, nos damos cuenta que la seguridad del paciente es un componente

esencial de la calidad de la atención. Efectuar la medición del riesgo que conllevan los cuidados hospitalarios es de suma importancia para el sistema de salud por el impacto que esto representa en diversas esferas de la vida, no solo desde el punto de vista sanitario sino también económico, jurídico, ético, social e incluso mediático. Esto implica llevar al campo de la salud pública el análisis de los riesgos y las probabilidades de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, así como la aparición de discapacidades, la ocurrencia de accidentes y otro tipo de eventos inesperados. (Organización Panamericana de la Salud-2015)

A pesar que las instituciones realizan esfuerzos para que estos errores no se presenten la realidad es que es una problemática que sucede muy a menudo en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Dado la actual situación a nivel mundial por la pandemia (Covid 19) y el riesgo que esta trae consigo entendemos que las instituciones y el personal de salud deben redoblar sus esfuerzos para poder brindar a todos sus pacientes una atención segura y de calidad, es allí donde la auditoria de eventos adversos en tiempos de pandemia toma una gran importancia para identificar como la pandemia (covid-19) incide en el aumento o no de estas.

Por lo tanto, entender la relevancia de la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad en el servicio de atención, permitirá llevar a cabo estrategias de mejoramiento continuo en el cumplimiento de las políticas de seguridad al paciente.

Para ello utilizaremos un estudio de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, que nos permitirá identificar el total ingresos de pacientes (2.502), que consultaron por en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca durante el primer semestre del 2020, durante el primer semestre del año 2020 respectivamente.

Teniendo en cuenta la situación de pandemia durante el primer semestre del año 2020, lo cual indica que dicha coyuntura podría incidir en la presencia de eventos adversos que ponen en riesgo la seguridad del paciente y la calidad de los servicios de salud; El diseñar una estrategia que incentive la cultura del reporte de eventos adversos permitirá llevar a cabo acciones de mejoramiento continuo en el cumplimiento de las políticas de seguridad por parte del personal de salud en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca.

Entender la relevancia de la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad en los servicios de urgencias, permite lograr una mejor gestión de los riesgos, control y formulación de acciones de mejora en las diferentes operaciones y procesos que desarrolla el personal de salud del Hospital de Valle de Cauca.

Planteamiento del problema

Antecedentes del problema:

A pesar de que han pasado 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte “Errar es humano”, debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica. En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos (Ministerio de Salud).

Para el 2006, se reportó que los eventos adversos eran la sexta causa muerte en Estados Unidos, por encima de la diabetes, la influenza, la neumonía, la enfermedad renal y el Alzheimer

y que la longitud de la estadía hospitalaria y la mortalidad, por eventos adversos asociados a error, contribuyeron a 32.591 muertes por año. Recientemente se reportó que los eventos adversos son la primera causa de morbimortalidad global en algunos países en vía de desarrollo. La explicación al fenómeno de aparición de eventos adversos en la atención en salud es su alta complejidad, traducida en una gran cantidad de factores que intervienen y que cambian constantemente; algunos de los cuales no son de posible control por las personas que atienden al paciente (Ministerio de Salud).

Por consiguiente, los servicios de urgencias son elementos del Sistema Sanitario donde pueden producirse una tasa de eventos adversos elevada. Dos datos cifran la situación en Urgencias: en el estudio ENEAS, un 9,8% de los eventos adversos del periodo de prehospitalización ocurrieron en urgencias. Las condiciones de trabajo (presión asistencial, falta de coordinación del trabajo en equipo, identificación inadecuada de los pacientes, los turnos de trabajo y las guardias, las interrupciones continuas, y los errores de comunicación entre profesionales, pacientes, medicación, etc., son las causas que más se han apuntado como desencadenante de eventos adversos en los servicios de urgencias (Andrés, Remón, Burillo, & López, 2005).

Dado todo lo anterior se evidencia la gran prevalencia e incidencia de los eventos adversos asociados a la atención en salud, debido a esto y a la situación actualidad mundial por consecuencia de la pandemia del Covid-19, es de nuestro interés conocer el comportamiento de los efectos adversos en tiempos de coronavirus puesto que no existen registros ni datos ya sea por lo reciente de la pandemia o por la poca información registrada.

Descripción del problema:

La actual coyuntura ha cambiado todo el paradigma de la asistencia sanitaria, en donde la seguridad de los pacientes y de los profesionales de la salud se vuelve fundamental, esto no quiere decir que antes no lo haya sido, solo que dicha situación ha priorizado a un más la importancia del cuidado, la vigilancia y control a través de los diferentes protocolos que buscan minimizar la presencia de errores y/o eventos adversos que terminan afectando el bienestar del paciente y del personal de salud. “Siendo así, como los déficits administrativos sanitarios, el número de profesionales de la salud insuficientes, la sobrecarga laboral, son factores que condicionan la atención en salud” (Santiago Tomás, 2020). Y establecen estar alertas ante los efectos directos e indirectos que puedan poner en riesgo la atención en salud.

Ante este hecho, la seguridad del paciente, se convierte en un pilar básico y necesario para ofrecer una asistencia de calidad, la cual se hace necesaria abordar, desde una nueva estrategia y cambiar la forma de hacer las cosas y no seguir los mismos planes estratégicos de seguridad, debido a que, esta situación ha mostrado lo vulnerable de una población y de las instituciones. Sin embargo, la actual situación obliga a que se adopten el máximo de prácticas seguras, que permitan asegurar que lo que depende del personal de la salud o esté en sus manos ayude a reducir la aparición de riesgos y/o eventos adversos. No obstante, en las circunstancias actuales se ha vuelto más complejo, pero aún más necesario tener en cuenta la seguridad del paciente permitiendo así minimizar los riesgos que se puedan presentar.

La 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. Lo cual implica la evaluación permanente de los riesgos

asociados a la atención en salud para diseñar e implementar las barreras de seguridad necesarias (Ministerio de Salud, 2019).

Por lo tanto, entender la relevancia de la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad en el servicio de atención, permitirá llevar a cabo estrategias de mejoramiento continuo en el cumplimiento de las políticas de seguridad al paciente. Razón por la cual, en tiempos de pandemia, el papel de la auditoría adquiere una gran relevancia, hacia la gestión de riesgos, control y formulación de acciones de mejora en las diferentes operaciones y/o procesos que se desarrollan en las instituciones sanitarias.

Sin embargo, en Colombia la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos, aunque es un tema que cada día cobra mayor importancia en las instituciones prestadoras de servicios de salud, aun en la mayoría de dichas instituciones no se ha logrado un compromiso institucional de orientación, implementación y seguimiento de este tipo de políticas. En consecuencia, ha fallado la cultura del reporte, la capacitación en temas de seguridad del paciente hacia el personal involucrado en su atención, falta apoyo y compromiso del nivel directivo. La política de seguridad del paciente expedido en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

“La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, para estimular a los diferentes actores en el desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción” (Caceres D, 2015).

No obstante, en los últimos años, la gestión y reducción del riesgo para los pacientes se ha convertido en una preocupación cada vez más importante. La Organización Mundial de la Salud

(OMS) resalta que uno de cada 300 pacientes sufre daños ocasionados por la atención médica. Puesto que según las cifras se calcula que cada año se hospitaliza a 421 millones de personas y que, en su estancia en el hospital estos pacientes sufren aproximadamente 42,7 millones de eventos adversos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En un estudio llevado a cabo en 26 países de ingresos medianos y bajos, la tasa de eventos adversos fue del 8%. El 83% de estos efectos adversos se podrían haber prevenido, y el 30% causaron la muerte al paciente. Aproximadamente dos tercios del total de eventos adversos en el mundo ocurre en estos países. Los datos disponibles de diversos estudios desarrollados en la Unión Europea muestran que entre el 8% y el 12% de los pacientes hospitalizados presenta un evento adverso asociado a la atención sanitaria (Ministerio de Salud, 2019).

El impacto que los eventos adversos tienen sobre los pacientes, la carga económica que suponen para los servicios sanitarios y la evidencia disponible sobre las medidas para prevenirlos han alertado a los diferentes Estados sobre la importancia de incluir la seguridad del paciente en la agenda de sus políticas sanitarias (Gobierno de Cantabria, 2016).

La seguridad es un principio fundamental para la atención al paciente y un componente esencial para la correcta gestión en los procesos de calidad y por medio de este brindar un sistema íntegro. Mejorarlo requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, En la que interviene una innumerable cantidad de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Por lo tanto, lo anterior implica el seguimiento y la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud, para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias. Todo esto conlleva a que cada individuo que labore en servicios de salud, desde los diferentes

roles que se desempeñe conozca y se comprometa con el cumplimiento de la política de seguridad, con el propósito de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la salud y la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con servicios de salud seguros.

Es así, como desde la auditoria en salud se debe llevar a cabo una revisión desde un enfoque integral en el cuidado, el cual se concibe al paciente como un ser integral que está en una situación de riesgo y requiere un cuidado especializado. Cuidado que amerita un entendimiento de los mecanismos de seguridad en la asistencia sanitaria. Por lo cual el profesional de salud y demás involucrados, deben proveer al paciente un adecuado cuidado, minimizando la presencia de eventos adversos.

Formulación del problema

Pregunta general de investigación:

La cultura de seguridad, se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir (Cristian Rocco, 2017).

La Seguridad del Paciente es un reto en salud pública y es parte esencial de la calidad asistencial. La OMS refiere que las deficiencias en seguridad del paciente derivan en inequidades en salud, aumento de la morbimortalidad, daño a los pacientes en diversos grados (discapacidades e incluso la muerte), aumentan los costos en salud, y prolongan la hospitalización, del mismo modo genera desgaste en las confianzas de los equipos, instituciones e insatisfacción de los pacientes. Conocer las fallas en seguridad que causan daño a los pacientes o eventos adversos, es necesario para avanzar en la mejora de la calidad asistencial. (Astargo, 2016) y más en este

momento con la pandemia del Sars Cov-2 la cual ha generado una crisis de tipo mundial de gran alcance y que hasta el momento no se tienen claras cuáles serán sus consecuencias en la sociedad, pero se evidencia el impacto más contundente que se ha producido sobre la salud y vida de las personas, además de la crisis en la que se encuentran la mayoría de las instituciones prestadoras de salud, por tal razón se hace necesario darle nuevos enfoques a las auditorías internas, examinar los retos de la auditoría remota y proponer estrategias para superarlos.

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. Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles (Ministerio de la Protección Social, 2008).

La seguridad de los pacientes con COVID-19 y demás patologías debe ser un objetivo prioritario como parte de la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud, proteger su seguridad requiere de sistemas de información y de vigilancia que incluyan procedimientos estandarizados a fin de notificar los posibles eventos adversos que pueda ocurrir y más aún en la situación actual que vivimos, donde la seguridad de los pacientes y del personal de salud es primordial, es aquí donde el seguimiento por parte de auditoría juega un papel importante en la detección y mejora de posibles riesgos, por lo cual realizamos la siguiente pregunta.

¿Cómo se comportan los eventos adversos generados por parte del personal de enfermería, en tiempos de pandemia COVID – 19, en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca durante el primer semestre del 2020?

Objetivo general.

Medir la ocurrencia de eventos adversos generados por parte del personal de enfermería en época de pandemia COVID-19, en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca durante el primer semestre del 2020, mediante el despliegue de metodologías y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

Objetivos específicos.

- Identificar los conocimientos de la política de Mejoramiento de Calidad, aplicada a los eventos adversos en época de pandemia COVID-19, por parte del personal de enfermería en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca durante el primer semestre del 2020.
- Identificar la ocurrencia de eventos adversos generados por parte del personal de enfermería en tiempos de pandemia COVID-19, en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca durante el primer semestre del 2020.
- Diseñar una estrategia que incentive la cultura del reporte de eventos adversos por el personal de enfermería en tiempos de pandemia COVID-19, en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca durante el primer semestre del 2020.

Marco teórico

Calidad.

Frente a la calidad en la atención, el Estado colombiano ha establecido diferentes disposiciones normativas para la prestación de los servicios de salud, entre ellas: la reforma de la salud a través de la Ley 100 de 1993 que reconoció la calidad como un aspecto fundamental en la atención; el Decreto 1011 de 2006 por el cual se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que está constituido por el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad; la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que en su Artículo 6 señala que la calidad e idoneidad profesional son elementos esenciales para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud, reconociendo la importancia de centrar los establecimientos, los servicios y las tecnologías en el usuario, a través del fortalecimiento de la formación del personal asistencial, la investigación científica y generación de procesos de evaluación de la calidad, y la Resolución 256 de 2016 que establece disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad y define los indicadores para monitorear la calidad en salud (María Clara Yépez Chamorro, 2018).

La calidad de la atención de salud incluye, como uno de sus focos principales, a la seguridad de los pacientes, siendo una gran preocupación de los sistemas sanitarios en la actualidad, como lo indica la Organización Mundial de la Salud. Más allá de que el tema incluye tener en cuenta varios aspectos como: el contexto organizacional, las técnicas diagnósticas, el

clima y la cultura de seguridad, los recursos humanos en salud, se constituyen hoy en día como uno de los temas principales al desarrollar un rol de relevancia, dado que ellos forman parte de un sistema en cadena que puede terminar en un incidente que cause algún tipo de daño a las personas receptoras de cuidados sanitarios (Augusto Ferreira Umpiérrez, 2015).

Las intervenciones de atención a la salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también se ha identificado que muchas de ellas, por diversos factores, pueden causarles daño y prueba de ello es lo que reporta la Organización Mundial de la Salud, ya que calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. Los EA pueden deberse a problemas en las prácticas de cuidado, los insumos, los equipos o los procedimientos, todos ellos elementos de un sistema cuyo impacto se refleja en la salud de las personas (R. Zárate-Grajales, 2015).

Para enfermería la seguridad es intrínseca al cuidado y a la calidad de este, ya que implica satisfacer las necesidades y cumplir con las expectativas de las personas y sus familias, con la premisa clara de no hacer daño. Al evaluar la calidad y seguridad de la atención, se deberá considerar como indicador los EA, a partir de conocer la esencia de estos, ya que no siempre son resultado de fallas en los procesos de atención en sus diferentes dimensiones, es decir, no necesariamente derivan de un fallo humano, sino que pueden presentarse por aspectos propios del sistema de salud. Así, hablar de un cuidado seguro implica una práctica profesional basada en evidencia, intencionada, planeada, que proteja y ayude a las personas, creadora de condiciones favorables en el medio ambiente del sujeto de cuidado. Hoy en día la calidad es considerada una política pública, que se traduce en estrategias múltiples de acción en todos los niveles de gobierno y forma parte esencial de la atención a la salud (R. Zárate-Grajales, 2015).

Seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Eventos Adversos.

La Health and Safety Commission of Great Britain define la cultura de seguridad del paciente (CSP) como «el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente». La CSP busca evitar posibles daños resultado de incidentes inesperados y que repercuten en la calidad y seguridad de la atención médica, realizando acciones que disminuyan las cifras de eventos adversos (Elisa Yazmín Jiménez Flores, 2018).

Un evento adverso (EA) 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 (Fernandez Cantón, 2015).

Efecto adverso prevenible: Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión (Fernandez Cantón, 2015).

Efecto Adverso Grave: Aquel que ocasiona exitus (Mortalidad innecesariamente precoz y sanitariamente evitable, siempre que no esté relacionada con la historia natural de la enfermedad y sí esté relacionada con cualquier otro de los efectos adversos definidos. Ni el pronóstico, ni la

gravedad del paciente, ni la edad la hacía previsible) o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Efecto Adverso Moderado: Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Efecto Adverso Leve: Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria (Ministerio de la Protección Social, 2007).

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. Hecho en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que, en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. Posteriormente el estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria, AMBEAS, fue hecho en 4 países de Latinoamérica y se basó en la ya demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación (Ministerio de Salud).

En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. A este punto es importante advertir que, contrario a los demás países, la mayoría de hospitales participantes en el nuestro fueron hospitales acreditados (Ministerio de Salud).

Como se miden los eventos adversos en el mundo:

Desde un punto de vista histórico los problemas de seguridad clínica de los pacientes se han abordado desde las sesiones de morbilidad y mortalidad y desde el registro de las reclamaciones

y sugerencias de los pacientes. Éstas siguen siendo fuentes de información muy útil, así como los sistemas de auditoria de historias clínicas u otros registros clínicos que permiten conocer la frecuencia de los problemas de seguridad y, en algunas ocasiones, las causas. La creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad puede complementar las fuentes anteriormente descritas (Ministerio de Salud).

El informe del Institute of Medicine (IOM)¹ estableció que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Este informe establece que los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: se pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los proveedores rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los proveedores proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad. El primer enfoque se materializa en los sistemas obligatorios y públicos de notificación. Se centra en eventos adversos que producen lesiones graves o muertes y pone el acento en proporcionar al público unos mínimos de protección, en ser un incentivo para que las instituciones eviten problemas de seguridad que les podrían conducir a sanciones y, en último lugar, en exigir a las organizaciones inversiones en recursos para la seguridad del paciente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014).

Los sistemas que se enfocan hacia la mejora de la seguridad son los sistemas de carácter voluntario. Se centran en los incidentes (donde no ha habido daño) o en errores que han producido daño mínimo. Su objetivo es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema

antes de que se produzca el daño en los pacientes y formar a los profesionales sobre lo aprendido con el análisis de múltiples casos. Aunque existen pronunciamientos claramente a favor de los sistemas voluntarios, ambos sistemas pueden jugar un papel positivo para el mejor conocimiento de los problemas de seguridad. Cabe recordar que los sistemas de registro y notificación no pretenden ser una estimación de la frecuencia de los eventos adversos (EA) y de los incidentes en el sector sanitario, es decir de su epidemiología, sino una forma de obtener una información valiosa sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de uno de estos acontecimientos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014).

Marco de desarrollo de los sistemas de registro y notificación

Los sistemas de registro son herramientas que permiten actuar para mejorar la cultura de seguridad, la cual está afectada por la totalidad de los factores ambientales que la rodean. La cultura de seguridad es el producto de los valores individuales y de grupo, las actitudes, percepciones, competencias y objetivos que determinan el grado de implicación que tienen las organizaciones para minimizar el daño al paciente. Los sistemas de notificación, la información asociada a estos sistemas compartidos y la resolución de estos problemas permiten a las organizaciones por un lado identificar y aprender de las experiencias y por otro rediseñar procesos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014).

Barreras para la notificación.

Los sistemas de registro y notificación son solo una parte de la “cultura de seguridad”, donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar más que como fallos que deben ser escondidos. En el sistema sanitario, la creación e implantación de estos sistemas todavía no está sistematizada, sin embargo, ha sido una prioridad en otras industrias

donde el riesgo de accidentes y de eventos adversos es elevado. Aunque en los últimos 5-10 años se han producido movimientos encaminados en esta dirección como, por ejemplo, los registros de incidentes en anestesia, en unidades de cuidados intensivos, en unidades de transfusión, en medicina laboral o en el área del medicamento. Y pese al interés creciente en relación a la seguridad, no existe todavía una sensibilización generalizada respecto a la importancia de la notificación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014).

Se pueden observar una gran diversidad de abordajes en las experiencias internacionales y como denominador común una reticencia a la notificación por parte de los profesionales, que se basa especialmente en cuestiones legales y en la falta de confianza respecto a la confidencialidad de los datos. Se estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos. Nos encontramos ante la punta del iceberg. La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición (Ministerio de Salud).

Según (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014) Las principales barreras identificadas para la notificación son las siguientes:

- La falta de conciencia de que un error ha ocurrido.
- La falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué.
- La percepción de que el paciente es indemne al error.
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias.
- La falta de familiaridad con los mecanismos de notificación.

- Pérdida de autoestima.
- Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar.

Algunos datos relevantes de la medición de los eventos adversos en el mundo

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) está regido actualmente por un sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente, mediante estándares homologados para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad general, los cuales han sido establecidos por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, constituido oficialmente en 2007. El triple enfoque en la evaluación de la asistencia sanitaria (estructura-proceso-resultado) fue establecido por Donabedian. La premisa central de este enfoque es que la atención de calidad maximiza el bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas. La eficiencia y la calidad son dos componentes inseparables de la atención a la salud, por lo que todo desperdicio durante la atención médica se traduce en baja calidad (Armadillo, Báez, Hernández, & Fondón, 2015).

En 1913 surgió por primera vez en Estados Unidos la evaluación de instituciones de salud; en 1926 en Australia y en 1953 en Canadá. América Latina y Asia cuentan con modelos encaminados más al proceso regulatorio que a la evaluación. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) propone el concepto y las dimensiones de calidad desde dos puntos de vista: hacer las cosas bien y hacerlas correctamente. En Estados Unidos el Instituto de Medicina (Institute of Medicine: IOM) comenzó en 1998 el proyecto “Quality of Health Care in América”. En el informe “To Err is Human: Building a Safer Health System” documentan la presencia de 98 000 errores por año, por arriba de los accidentes automovilísticos, el cáncer de mama o el sida, por lo que concluyen que un sistema de

notificación sólida es una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. En Latinoamérica, el Estudio IBEAS desarrollado en cinco países, incluido México, señala que la incidencia de eventos adversos fue del 11.85 % y la evitabilidad del 65 %. Los eventos adversos se relacionaron con los cuidados en el 13.27 %, con el uso de medicación en 8.23 %, con infecciones nosocomiales en 37.14 %, con algún procedimiento en 28.69 % y con el diagnóstico en 6.15 %. En todos los estudios se detectó que casi la mitad de los eventos adversos pueden ser prevenibles. Reportes internacionales señalan que solo 5 % de los eventos adversos son notificados (Armadillo, Báez, Hernández, & Fondón, 2015).

Aún existe controversia sobre las características de un sistema de comunicación ideal, ya que para que tenga éxito se requeriría de una cultura de seguridad implantada en la organización. Entre las características ideales de un sistema de registro y notificación de eventos adversos es importante que sea confidencial, no punitivo, independiente de cualquier autoridad con poder para castigar al notificante, que incluya un análisis por expertos que se haga a tiempo, que tenga una orientación sistémica que repercuta en la mejoría del sistema y que también tenga capacidad de respuesta para difundir las recomendaciones (Armadillo, Báez, Hernández, & Fondón, 2015).

En todos los casos los objetivos del sistema de notificación dependen de las necesidades en materia de seguridad y del programa que se cree, a fin de que sea una herramienta útil en la que la información que se obtenga permita un avance en el cuidado de la seguridad del paciente y una posibilidad de mejorar el sistema. En el IMSS está vigente el Sistema de Vigilancia de Eventos Centinela, Eventos Adversos y Cuasifallas (sistema VENCER II) a través del mecanismo de identificación, notificación, análisis de causa-raíz para unidades de atención

médica de segundo y tercer nivel, donde, de forma sistemática se registran los eventos adversos a nivel nacional (Armadillo, Báez, Hernández, & Fondón, 2015).

Pandemia: La pandemia ha puesto en evidencia las deficiencias en cuanto a las estrategias que se tienen sobre atención segura aplicadas y conocidas hasta ahora.

La exposición al virus y a los diferentes factores de riesgo que pueden presentarse en las distintas instituciones de atención sanitaria, deben ser parte de la gestión de la seguridad y salud, para evitar la presencia de errores y/o eventos que puedan vulnerar y afectar el bienestar de los pacientes y del personal sanitario, partiendo con la evaluación del riesgo y la adopción de las medidas de prevención y protección pre y post pandemia. (Organización Internacional del Trabajo, 2020)

Según la Organización Mundial de la Salud (2010) se llama pandemia “a la propagación mundial de una nueva enfermedad”.

Se produce una pandemia cuando surge un nuevo virus y/o enfermedad contagiosa que se propaga rápidamente por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él. Por lo común los virus que han causado pandemias con anterioridad han provenido de virus gripales que infectan a los animales (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Afrontar los desafíos que trae la pandemia ha sido abrumador, puesto que, hacer frente a las afectaciones que ha dado lugar en todos los sectores desde lo económico y social, así como, el impacto más relevante la afectación en los servicios de atención sanitaria. Las medidas de confinamiento, distanciamiento social y los protocolos de bioseguridad han provocado mucho estrés y ansiedad, y el personal de la salud no es ajeno a esto, más aun, cuando en medio del caos se intenta cumplir con las responsabilidades que conlleva el trabajo. En medio de esta coyuntura,

distintos factores pueden poner en riesgo la calidad de la atención, la seguridad del paciente y del profesional de la salud, si no se tienen en cuenta los protocolos de seguridad y atención en tiempos de pandemia (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Es así, como la alta mortalidad y morbilidad asociadas al COVID-19 han volcado la atención hacia un gran número de intervenciones farmacológicas y otros tratamientos sintomáticos. La seguridad de las personas con COVID-19 y demás personas que requieren de atención sanitaria, debe seguir siendo un objetivo prioritario como parte de la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud. Los pacientes con COVID-19, frecuentemente, adultos mayores y con comorbilidades establecidas, están recibiendo en varios casos múltiples medicamentos concomitantes, sin considerar los posibles eventos adversos e interacciones que puedan presentarse (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Por tanto, proteger la seguridad de los pacientes en tiempos de pandemia requiere de sistemas de información y de vigilancia que incluyan procedimientos normalizados a fin de evitar y notificar si llegasen a presentarse eventos adversos e interacciones, según la normativa y protocolos que así lo indiquen (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

La actual situación respecto a la pandemia por COVID-19 ha cambiado el paradigma de la asistencia sanitaria, lo que ha puesto en tensión todos los sistemas de salud, ante esta situación se ha evidenciado un elevado número de personas afectadas, de igual manera la falta de material de protección y equipamientos suficientes para atender a los pacientes. Por ello, la seguridad del paciente en tiempos de pandemia constituye un componente clave de la calidad asistencial, la seguridad en la atención sanitaria en los últimos años ha alcanzado gran relevancia, “considerándose en la actualidad, un derecho de los pacientes. La seguridad del paciente engloba

actuaciones dirigidas a eliminar, reducir y/o mitigar los eventos adversos (EA) producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria” (Miriam Estepa del Árbol, 2016).

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Estos sistemas han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces que, en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del paciente se hace necesario que, cada proceso de intervención se realice en forma adecuada y coordinada con los demás (Suarez, 2008).

Por consiguiente, la concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema. Pero para que se pueda evitar esta premisa, se necesita decisión de la conducción de las organizaciones, con respecto a una clara gestión proactiva que busque aportar soluciones para las fallas en lugar de culpables de los errores (Ministerio de Salud, 2016).

Metodología.

Se realiza revisión de los eventos adversos, reportados por el personal de enfermería en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca, durante el primer semestre del 2020. Para obtener estos datos se solicitó información referente al número de pacientes que ingresaron por el servicio de urgencias y de los eventos adversos generados durante la atención en salud en dicha institución durante el semestre ya mencionado, para posteriormente realizar un análisis del

número de casos, teniendo en cuenta algunas variables y poder determinar si los casos reportados aumentaron en tiempo de pandemia.

Método.

El Método de estudio al cual hace referencia la investigación es Observacional de corte transversal, donde se pretende evidenciar la incidencia de eventos adversos en época pandemia durante el primer semestre del año 2020, vinculados al Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca, mediante esta investigación se busca interpretar y comprender la importancia de la auditoria a través de la revisión y análisis de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.

Diseño.

Se trata de una investigación No Experimental, debido a que no se manipularon datos, variables, ni se alteró la condición del paciente. El análisis de la ocurrencia de eventos adversos se hizo a través de la revisión de casos que se presentaron en el primer semestre del año 2020, en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca.

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio de tipo Descriptivo con enfoque mixto, debido a que se pretende evaluar el comportamiento de los eventos adversos en tiempos de pandemia, comparando los casos de eventos adversos reportados durante el primer semestre del año 2020, en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca, revelando las características, factores y/o impacto del fenómeno de estudio, referente a la importancia de la auditoría en el cumplimiento de los procesos y protocolos de seguridad del paciente, calidad del servicio y personal de la salud.

Población y Muestra.

La población está conformada por el total de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias de un Hospital de Valle del Cauca durante el primer semestre del año 2020, el cual corresponde a un reporte de 2,502 ingresos al servicio de urgencias respectivamente.

Muestra.

Se trata de una muestra no probabilística por conveniencia, por considerarse un universo finito y cuantificable y ya que solo se encuentran solamente 57 reportes de eventos adversos se tomarán como el total de nuestra muestra.

Criterios de exclusión e inclusión.

Criterios de Inclusión.

- Pacientes que estén incluidos en el Registro de Eventos Adversos del Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca durante el primer semestre del 2020.
- Pacientes que cuenten con historia clínica de atención.
- Pacientes que registren ingreso al servicio de Urgencias de un Hospital del Valle de Cauca durante el primer semestre del año 2020.

Criterios de Exclusión.

- Pacientes con registros incompletos.
- Pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias de un Hospital del Valle de Cauca durante el primer semestre del año 2020 y no reportaron casos de eventos adversos.

Técnicas e instrumentos.

Las fuentes de recolección de información son secundarias, ya que los datos que se recolectaron por el grupo investigador a través de la solicitud de ducha información, teniendo en cuenta la revisión de las siguientes fuentes:

- Base de datos del Servicio de Urgencias.
- Historias clínicas.
- Libros de registro o revisión sistematizada de eventos adversos Urgencias.
- Libros de registro de ingresos y egresos Servicio de Urgencias.
- Ficha de notificación de eventos adversos.
- Instrumento para la recolección y análisis de datos.

Procedimientos.

El estudio se realizará en cuatro fases, las cuales se detallan a continuación:

Fase 1

- Selección del tema.
- Revisión exhaustiva y selectiva de la literatura referente al tema de estudio.
- Planteamiento y formulación del problema, Justificación, Objetivos.
- Marcos de referencia.

Fase 2

- Diseño de la metodología.

Fase 3

- Para implementar el estudio de campo se realizará los trámites administrativos a través de una carta dirigida al Hospital del Valle del Cauca y Servicio de Urgencias, a fin de solicitar la autorización para solicitar la información requerida.
- Registro y sistematización de los resultados obtenidos en la recolección de datos

Fase 4

- Plan de análisis
- Análisis de datos
- Presentación de resultados.

Variables.

Cuantitativas:

Continuas y discretas:

- Peso: Expresada en kg, para facilitar el estudio estadístico.
- Talla: Expresada en cm, para facilitar el estudio estadístico.
- Edad: Expresada en años, para facilitar el estudio estadístico.
- Días de estancia en urgencia: Expresada en número de días, para facilitar el estudio estadístico.
- Hora de evento: Expresada en horas, para facilitar el estudio estadístico.
- fecha de reporte:

Cualitativas.

Ordinal y nominales:

- Sexo: Masculino o Femenino
- Régimen: Subsidiado o contributivo.
- Eps: Asmet Salud, AIC, Emssanar, Mallamas, Sanitas, Nueva Eps, etc.
- Diagnóstico del paciente: Diagnóstico médico.
- Causa de evento adverso: Caídas, medicamentos, identificación de paciente, etc.
- Evento prevenible.
- Evento no prevenible.
- Incidente.
- Clasificación de eventos adversos: leve, moderado, grave, con riesgo para la vida, muerte relacionada con los eventos adversos.

Análisis de Resultados Esperados

Teniendo en cuenta la grave coyuntura que atraviesa el país por la pandemia Covid-19, los resultados esperados al culminar esta investigación son los siguientes:

Los eventos adversos generados por parte del personal de enfermería, en tiempos de pandemia COVID – 19, en un Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca durante el primer semestre del 2020, aumentaran en un número no muy significativo; lo que podría relacionarse o atribuirse a la carga laboral, al estrés propio del trabajo, las nuevas medidas y protocolos implementados durante la pandemia.

Aunque se puede evidenciar un leve aumento en los eventos adversos, podemos inferir que no hay una buena cultura del reporte por parte del personal de enfermería y más en tiempos de pandemia COVID – 19, esto podría generarse por miedo a ser descubiertos y a que se tomen represalias contra el personal de salud, lo que evidencia que no hay una cultura arraigada en la institución sobre el reporte oportuno de eventos adversos a pesar de la actual coyuntura del sistema de salud.

Las causas más comunes de eventos adversos generados por parte del personal de enfermería, en tiempos de pandemia COVID – 19, en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle del Cauca, podrían ser identificación incorrecta del paciente, uso de medicamentos y las caídas.

Conclusión y discusión.

Los eventos adversos atribuidos a la atención en salud son una realidad y se presentan durante el proceso de atención y de la interacción del personal de salud con los pacientes, por ello se deben fortalecer y establecer mecanismos que contribuyan a que estos eventos no se presenten, para esto es necesario el entrenamiento, capacitación al personal de salud y proporcionalidad en la carga laboral.

Es importante tener en cuenta que, el nivel de conocimientos de la política de Mejoramiento de Calidad, aplicada a los eventos adversos en época de pandemia COVID-19, permite una mejor orientación hacia la prestación más segura de los servicios de salud por parte del personal de enfermería, de manera que la difusión, despliegue y generación de conocimiento permita minimizar el riesgo de que dichos eventos se presenten.

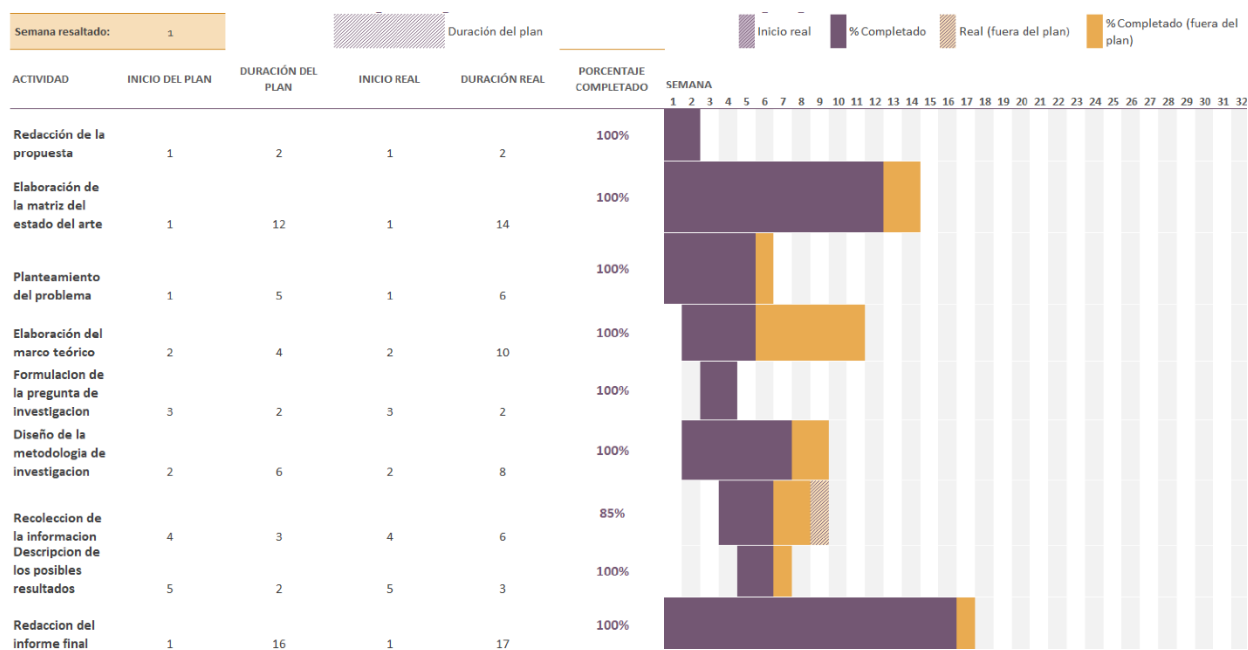
El diseñar una estrategia que incentive la cultura del reporte de eventos adversos permitirá llevar a cabo acciones de mejoramiento continuo en el cumplimiento de las políticas de seguridad por parte del personal de enfermería del Servicio de Urgencias de un Hospital de Valle de Cauca.

Entender la relevancia de la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad en los servicios de urgencias, permite lograr una mejor gestión de los riesgos, control y formulación de acciones de mejora en las diferentes operaciones y procesos que desarrolla el personal de enfermería de un Hospital de Valle de Cauca.

Algunos eventos adversos en el marco de la coyuntura en salud actual pueden atribuirse a la carga laboral, al estrés propio del trabajo, las nuevas medidas y protocolos implementados durante la pandemia, esto nos lleva a establecer que, los eventos adversos pueden aumentar en tiempos de pandemia (Covid-19), y por ello se deben establecer estrategias que contribuyan a que estos no se presenten, o a que se realice el reporte, para establecer medidas que contribuyan a la disminución de eventos adversos, mejorar el reporte y por ende buscar soluciones que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente.

Cronograma

Cronograma Anteproyecto: Auditoría de Eventos Adversos en Tiempos de pandemia Covid – 19 en un Servicio de Urgencias de un Hospital del Valle cauca durante el Primer Semestre del 2020.



Presupuesto.

AUDITORÍA DE EVENTOS ADVERSOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID – 19 EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DEL VALLE CAUCA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2020.				
RUBROS	CANTIDAD	CONTRAPARTIDA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Físicos				
Humanos				
Tiempos honorarios	190 horas	20%	\$32.688	\$6.210.720
Tecnológicos				
Internet	60 horas		\$2.000	\$120.000
Computador	5 equipos		\$700.000	\$3.500.000
Financieros				\$5.000.000
Total		\$2.966.144	\$734.688	\$14.830.720

Consideraciones éticas.

El valor de esta investigación consiste en evidenciar la incidencia del posible aumento de eventos adversos en el servicio de urgencias de un Hospital de Valle de Cauca, lo cual será beneficioso para tomar los correctivos necesarios y realizar posteriormente las recomendaciones necesarias para el mejoramiento de la política de seguridad del paciente en dicha institución.

Según la Resolución 8430 de 1993 esta investigación se clasifica sin riesgo, “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”.

Conflicto de interés: Se declara que uno de los integrantes del presente trabajo de investigación trabaja en el Servicio de Urgencias de dicha institución.

Bibliografía.

- Alonso L, Rojas M. (2012). *Evento adverso y salud publica*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a01.pdf>
- Andrés, J. M., Remón, C. A., Burillo, J. V., & López, P. R. (2005). *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización*. Madrid. Obtenido de <http://fidisp.org/wp-content/uploads/2017/05/Informe-ENEAS-2005.pdf>
- Armadillo, M. d., Báez, M. V., Hernández, M. M., & Fondón, A. G. (2015). Validación de un sistema de registro de eventos adversos en atención primaria. *Revista medica del Instituto Mexicano de Seguro Social*.
- Astargo, C. (2016). "Detección Eventos Adversos en pacientes adultos egresados de una Unidad de Paciente Crítico utilizando una herramienta de búsqueda intencionada". Santiago.
- Augusto Ferreira Umpiérrez, Z. F. (2015). Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: La seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. *Enfermagem*, 310. Obtenido de https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/es_0104-0707-tce-24-02-00310.pdf
- Caceres D, S. A. (2015). *Auditoria al cumplimiento de la politica de seguridad del paciente*. Obtenido de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4192/2/Auditoria_Cumplimiento_Politica.pdf
- Cristian Rocco, A. G. (2017). Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 785-795.
- Elisa Yazmín Jiménez Flores, A. A. (2018). Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. *Revista CONAMED*, 66- 72. Obtenido de

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-

EventosAdversosYBurnoutEnProfesionalesDeUnaClinica-6508623.pdf

Fernandez Cantón, S. (2015). Los eventos adversos y la seguridad del paciente. *CONAMED*.

Obtenido de

http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf

Gobierno de Cantabria. (2016). Obtenido de Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la

atención en salud. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos:

<http://www.scsalud.es/documents/2162705/2163013/Manual+de+Seguridad+del+Paciente+Quir%C3%BArgico+v4.pdf>.

María Clara Yépez Chamorro, M. R. (2018). Calidad percibida de la atención en salud en una red

pública del municipio de Pasto, Colombiano. *Universidad y salud*, 98. Obtenido de

<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3721>

Martinez A., (2013). Gestion Sistemica del Error. *El enfoque del queso Suizo en las Auditorias*.

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Herramientas para promover la estrategia de la*

Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención

en Salud. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de l política de*

seguridad del paciente. Bogotá D.C. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%20.pdf

Ministerio de Salud. (2014). Recuperado el 12 de Julio de 2019, de Política Nacional de Seguridad del Paciente.:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicass-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de Salud. (2015). *Herramientas para promover estrategias de Seguridad del Paciente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>.

Ministerio de Salud. (2016). *La Institucion debe arminizar los procesos clave en Seguridad del Paciente*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/La%20instituci%C3%B3n%20debe%20monitorizar%20aspectos%20claves%20relacionados%20con%20la%20seguridad%20del%20paciente.pdf>

Ministerio de Salud. (2019). Obtenido de Seguridad del paciente: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

Ministerio de Salud. (2019). *Sistema de Reporte de Seguridad*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-unidad-cuidados-intensivos.pdf>

Ministerio de Salud. (s.f.). *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Ministerio de Salud. (s.f.). *Reducir riesgo de la atención del paciente crítico. Guía técnica "Buenas practicas para a seguridad del paciente en la tención en salud"*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/reducir-riesgo-atencion-del-paciente-critico.pdf>

Ministerio de Salud. (s.f.). *Seguridad del paciente y la atención segura*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de Salud. (s.f.). *Seguridad del paciente y la atención segura, Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del Paciente en la atención en salud"*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Ministerio de Salud. (s.f.). *Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos, Guía Técnica "Buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud"*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-unidad-cuidados-intensivos.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2014). *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos*. Madrid. Obtenido de <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/sistemasregistronotificacionin cidentesea.pdf>

- Miriam Estepa del Árbol, M. C. (2016). Eficacia de los Programas de Seguridad del Paciente. *Enfermería Nefrológica*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000100008
- Organizacion Internacional del Trabajo. (18 de Abril de 2020). *Seguridad y salud en el trabajo frente a la pandemia*. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/briefingnote/wcms_742469.pdf
- Organizacion Mundial de la Salud. (2007). Obtenido de Calidad de la atencion; Seguridad del paciente: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (24 de Febrero de 2010). *¿Que es una pandemia?* Obtenido de https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Obtenido de 10 Datos sobre seguridad del paciente: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Seguridad del Paciente*. Obtenido de https://www.who.int/topics/patient_safety/es/.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2019). *Seguridad del paciente*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Panamericana de la Salud. (26 de Mayo de 2020). *Seguridad de los pacientes con COVID-19 en relación con el uso de medicamentos sin evidencia científica sobre su beneficio*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52219/OPSEIHHACOVID-19200003_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

R. Zárate-Grajales, S. O.-A.-C.-C.-A.-L.-L.-V. (2015). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Universidad*, 63 - 72. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n2/1665-7063-eu-12-02-00063.pdf>

Santiago Tomás. (2020). *La epidemia Covid-19 ha puesto en evidencia los grandes agujeros del queso gruyere que tienen las estrategias de seguridad del paciente*. Obtenido de <https://fidisp.org/covid-19-seguridad-paciente/>

Suarez, M. G. (2008). *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia Bogotá, 11 de junio de 2008*. Bogotá: Editorial, Respuesta del Ministerio de la Protección Social. Obtenido de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-81/respuestadelministerio/>

