

**IDENTIFICAR LAS CAUSAS DEL NO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS,  
QUE AFECTAN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN UNA IPS DE LA CIUDAD DE  
IBAGUÉ DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2023.**

Elaborado por:

Adriana Marcela Quintana Animero

Angie Valentina Rico Monroy

Edwin Andrés Riveros Morales

Universidad EAN

Especialización en administración hospitalaria

Seminario Investigación

01/09/2023

Ibagué- Tolima

## Resumen

**Introducción:** El adecuado y oportuno reporte de eventos adversos debe convertirse en un principio institucional obligatorio para todo el personal sanitario, con la finalidad de lograr que los objetivos corporativos cumplan a cabalidad con la reglamentación en salud y, por ende, pueda convertirse en una Institución confiable para sus usuarios. **Objetivo:** Determinar cuáles son las causas del no reporte de eventos adversos que afectan la seguridad del paciente en la IPS VIVA la de la ciudad de Ibagué, durante el segundo semestre del año 2023, **Metodología:** con enfoque cuantitativo, transversal, no experimental, descriptivo, el alcance brindado con la aplicación del instrumento a una muestra probabilística de 59 funcionarios de la IPS, y el instrumento fue adoptado por el equipo investigativo del artículo “Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud”, (Rosas, 2017). **Conclusiones:** Las principales causas identificadas son en primer lugar es la percepción de los colaboradores de la falta de análisis y gestión del reporte con un 38,9% seguido de la percepción de complejidad para hacer el reporte con un 28,8%.

**Palabras clave:** No reporte, Eventos adversos, Cultura de seguridad, Notificación, Incidente, Paciente.

## Problema de Investigación

La atención en salud poco segura y el no el reporte de los eventos adversos impacta negativamente a los sistemas de salud. Un evento adverso es cualquier inconveniente no intencional en la atención que puede conducir a la muerte, incapacidad o deterioro en el estado de salud de los pacientes, generando el incremento de los costos en salud (Leuro, 2019 citado por Beltrán, González & Márquez, 2022). Existen cualidades, instituciones y del talento humano, que afectan la adecuada vigilancia y registro de los eventos adversos (Gaitán, Gómez & Eslava, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud hasta el 17% de los pacientes que ingresan a una institución de salud sufrirán un evento inesperado, provocado por la atención y no por la patología por la cual ingresaron (Organización Mundial de la Salud, 2019). Estudios han evidenciado que en los países de ingresos económicos altos uno de cada diez pacientes sufre un evento adverso y en los países de ingresos económicos bajos hasta uno de cada cuatro pacientes resulta afectado (Organización Mundial de la Salud, 2022). En Estados Unidos se encontró que el personal de salud que elaboraba más reportes era el de enfermería mientras que el reporte por otro tipo de profesionales no llegaba al 40%. (Burbano, Cerón Burgos, Jacho & Yépez, 2013). El estudio IBEAS resaltó que la tasa de eventos adversos fue de 10,5%, de los cuales el 60% se consideraron evitables, así como un 6% de las muertes. Estos hallazgos plantean la existencia de un subregistro de eventos adversos alrededor del mundo (Rodríguez & Losardo, 2018).

Cada año millones de pacientes sufren daños o mueren como consecuencia de una atención insegura, lo que supone una elevada carga económica, de muerte y de discapacidad en todo el mundo, así como el aumento de los costos e implicaciones jurídicas, constituyéndose en un

problema de salud pública que debe ser evaluado para establecer estrategias enfocadas en la prevención y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2022). Con este panorama las pérdidas económicas y los problemas de acceso debidos a la atención insegura son obstáculos importantes para lograr una cobertura en salud universal y de calidad.

Es de vital importancia la identificación y el análisis de los eventos adversos ocurridos durante el proceso de atención, con el objetivo de eliminar los daños evitables en el proceso y que todos los pacientes reciban una atención segura. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud impulsa políticas y estrategias para mejorar las deficiencias en la atención de la salud y disminuir la incidencia de los eventos y sus complicaciones, creando la alianza mundial para la seguridad del paciente, los restos globales de atención segura (Rodríguez & Losardo, 2018) y el “plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud”. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

A nivel nacional, el Ministerio de Salud expidió la política de seguridad del paciente cuyos objetivos son hacer más seguros los procesos de atención, mejorar la calidad y proteger al paciente de los eventos adversos evitables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010). También emitió la resolución 3100 de 2019, donde exige que el prestador de servicios cuente con una política de seguridad del paciente.

En la actualidad un enfoque alternativo está cobrando fuerza en el ámbito de la seguridad de los pacientes, Seguridad del Paciente II, el cual se centra en hacer más segura la atención de salud de forma proactiva (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Para una atención segura es primordial generar un reporte de eventos adversos que permita el mejoramiento en la calidad de los servicios y un aprendizaje permanente con el fin de disminuir

o evitar la ocurrencia de eventos adversos, saber cómo actuar ante la ocurrencia, implementar sistemas de prevención, sensibilizar y capacitar al personal de salud, prevenir las malas prácticas y disminuir el número de demandas o problemas legales.

Por último, es importante generar cultura y entornos que favorezcan el reporte de eventos adversos y que garanticen la utilización posterior de estos reportes en los procesos de mejoramiento de las instituciones y del sistema de salud.

### **Objetivo general.**

Determinar cuáles son las causas del no reporte de eventos adversos que afectan la seguridad del paciente en la IPS VIVA 1a de la ciudad de Ibagué, durante el segundo semestre del año 2023

### **Objetivos específicos.**

Establecer cuál es el conocimiento del personal de salud sobre seguridad del paciente, eventos adversos, incidentes y atención segura.

Conocer el grado de conocimiento del personal de salud sobre el mecanismo implementado por la IPS VIVA 1A para realizar el reporte de eventos adversos de la Institución.

Identificar la percepción de los colaboradores frente a las consecuencias que conlleva un reporte de evento adverso.

Verificar si en el formato de reporte de eventos adversos existen algunas dificultades para su diligenciamiento que permita que el personal de salud se abstenga a realizarlo de manera adecuada, si es complicado, es extenso o no es la herramienta adecuada para este proceso.

## Justificación

El adecuado y oportuno reporte de eventos adversos debe convertirse en un principio institucional obligatorio para todo el personal sanitario, con la finalidad de lograr que los objetivos corporativos cumplan a cabalidad con la reglamentación en salud, y por ende, pueda convertirse en una Institución confiable para sus usuarios; la relevancia de este enfoque es imprescindible para fortalecer los procesos administrativos, para mitigar riesgos tanto para los pacientes que acuden a los servicios, hasta problemas legales para la institución.

Es importante mencionar que, aunque existe una abstinencia importante de los profesionales en salud para generar un reporte de evento adverso, también es importante que exista un personal idóneo para el manejo de la información reportada, y a su vez, un protocolo que permita que los profesionales entiendan que ser negligentes ante una situación adversa, es bastante grave y delicado, que se afecta directamente la seguridad y vida de un ser humano, hasta cargas punitivas importantes para ellos.

El campo, grupo y línea de investigación abordado para la realización de este documento está enfocado en la Gestión en salud, que no es más que un proceso arraigado al cumplimiento de políticas, normas, leyes y demás, de manera coordinada, jerarquizada y organizada entre diferentes actores del Sistema general de seguridad social en salud SGSSS; es por esto que se apunta a la disminución de mortalidad y morbilidad ocasionada por eventos adversos y por la cual, se busca determinar las causas por las cuales el personal profesional no genera dicho reporte en la IPS VIVA 1a de la ciudad de Ibagué, durante el segundo semestre del año 2023,

siendo un indicador de calidad relacionado directamente con el paciente, que debe ser priorizado, trazado y que aporte al mejoramiento continuo de la institución.

## **Marco Teórico**

### Marco conceptual

*Seguridad del paciente:* es 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.

*Cultura de seguridad:* Se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización y conlleva tener un objetivo común a conseguir. La cultura de seguridad implica aprender de los errores y está demostrado que ayuda a las organizaciones a ser más seguras.

*Dimensiones de la cultura de seguridad:* Frecuencia de eventos notificados, Percepción de seguridad, Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad, Aprendizaje organizacional/mejora continua, Trabajo en equipo en la unidad/Servicio, Franqueza en la comunicación, Feed-back y comunicación sobre errores, Respuesta no punitiva a los errores, Dotación de personal, Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, Trabajo en equipo entre unidades y Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.

*Atención en salud:* servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

*Práctica clínica segura:* aquella que, a lo largo de todo su proceso de desarrollo, se lleva a cabo basada en la mejor evidencia científica existente hasta el momento, en referencia a que permite prevenir, minimizar e incluso eliminar los eventos adversos originados o que podrían originarse por dicha práctica.

*Indicio de atención insegura:* un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

*Falla de la atención en salud:* una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.

*Fallas activas o acciones inseguras:* son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud.

*Fallas latentes:* son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo.

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

*Evento adverso prevenible:* resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

*Evento adverso no prevenible:* resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

*Protocolo de Londres:* protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos, su objetivo es analizar de forma exhaustiva y reflexiva los incidentes para tener una visión más amplia del contexto, sin centrarse únicamente en una falla o en una culpa, busca fortalecer el proceso de prevención de una forma más profunda que los informes de expertos e incluso que los análisis rápidos, que, además de identificar los problemas, no trabajan las causas con tanta intensidad.

*Factores contributivos:* son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

*Paciente:* un paciente que contribuyó al error. (paciente angustiado o inconsciente)

*Tarea y tecnología:* toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. (ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar y tecnología con fallas).

*Individuo:* el equipo de salud que contribuyen a la generación del error. (ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos o no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica).

*Equipo de trabajo:* todas las conductas de equipo de salud que contribuyen al error. (comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo)

*Ambiente:* referente al ambiente físico que contribuye al error. (deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral o deficiencias en infraestructura).

*Organización y gerencia:* referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error (políticas, recursos, carga de trabajo).

*Contexto institucional:* referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error (decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad).

*Incidente:* es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

## Marco histórico

En seguridad del paciente se ha señalado cinco etapas de desarrollo (Rodríguez & Losardo, 2018):

1. *Albores de las civilizaciones:* En este período localizamos los primeros escritos médicos y las primeras leyes o normas establecidas para procurar una atención más segura de los enfermos, como el Código de Hammurabi, la Ayurveda hindú, el Yi Jing o Libro de las Mutaciones y el compilado Su Wen Neijing de origen chino.

2. *Seguridad del paciente en los períodos helenista y romano:* Se logró que la medicina dejara de lado la magia, la religión y el misticismo para buscar en la razón las causas de la enfermedad y su mejor tratamiento, a partir del examen físico del enfermo y el estudio racional de sus síntomas y signos, lo que contribuyó a la seguridad del paciente. Aparece el juramento hipocrático, la oficialización del ejercicio de la medicina y la normalización de la enseñanza de la medicina para garantizar la calidad y la seguridad de la práctica profesional.

3. *Seguridad del paciente desde el humanismo y el renacimiento hasta la revolución industrial:* Ignaz Philipp Semmelweis propuso que los médicos realizaran lavado de sus manos con una solución antiséptica, además de investigaciones y teorías tendientes hacia la seguridad de

los pacientes. Florence Nightingale contribuyó a la seguridad de los pacientes al establecer los principios de la técnica aséptica en la atención de los heridos durante la guerra de Crimea. Joseph Lister instauró el uso de los antisépticos en la limpieza del instrumental, de las manos de los cirujanos y de las heridas, demostrando que con estas medidas las muertes por infección disminuían drásticamente.

4. *Seguridad del paciente en la era del control estadístico de la calidad:* emerge la importancia que los hospitales deben hacer públicos los resultados positivos y negativos, con el fin de impulsar estudios que lleven a mejoras en sus diagnósticos y tratamientos, así como de comparar sus resultados con los de otros establecimientos. Se establece el control estadístico de la calidad como método para controlar y garantizar la calidad de los servicios de salud, forzando a los sanitarios a tomar medidas que mejoraran la calidad de los servicios prestados.

5. *Seguridad del paciente a partir de la publicación del informe “Errar es humano”, OMS y el estudio IBEAS:* Se incorporó la idea del evento adverso como un error humano integrado a una red de acciones e interacciones, procesos, relaciones de equipo, comunicaciones, comportamiento humano, tecnología, cultura organizativa, normas y políticas, así como la naturaleza del entorno operativo (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En 1999, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos publicó el informe “Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro”, donde se consideró la seguridad de los pacientes como un principio fundamental en el proceso de la atención en salud, además plantea que es necesario mejorar y ampliar los conocimientos, identificar cuáles son los errores que más alteran la cifra de eventos adversos, establecer estándares de seguridad al paciente e implementar sistemas de reporte seguros dentro de las organizaciones sanitarias. En 2002, en Ginebra- Suiza, la Organización Mundial de la Salud durante la 55ª

asamblea mundial de la salud propuso desarrollar estrategias conjuntas para mejorar las deficiencias en la atención de la salud. Como resultado en 2004 la 57ª asamblea mundial de la salud propició la fundación de la alianza mundial para la seguridad del paciente. Un año después, en 2005, la OMS creó esa Alianza y lanzó el primer reto global de atención segura OPS-OMS titulado “Atención Limpia es una atención segura”, que es el punto de partida para el desarrollo de la “seguridad del paciente” en todo el mundo. Luego vino el segundo reto global: “Cirugía segura” y el tercer reto global: “Medicación sin daños”. En 2007, se realizó el estudio IBEAS cuyos objetivos eran conocer la prevalencia de eventos adversos en cinco países latinoamericanos, desarrollar metodologías comparables internacionalmente y que fueran de fácil aplicación en las instituciones, así como ser instrumento importante hacia la construcción de una política de seguridad del paciente.

En 2020 la Organización Mundial de la Salud lanzó el “plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud”, cuyo propósito es brindar una dirección estratégica para las medidas concretas que se deben adoptar con el objetivo de fortalecer los sistemas de salud mundiales en diagnosticar, tratar, curar, atender y al mismo tiempo procurar ante todo no hacer daño. En la actualidad un enfoque alternativo está cobrando fuerza en el ámbito de la seguridad de los pacientes (Seguridad del Paciente II), el cual se centra en hacer más segura la atención de salud de forma proactiva, haciendo hincapié en las condiciones que favorecen los buenos resultados de las personas en lugar de su fracaso. Esta perspectiva considera la seguridad del paciente en términos de resultados previstos y aceptables en la medida de lo posible (Organización Mundial de la Salud, 2022).

## Marco nacional

En la actualidad, Colombia cuenta con una política nacional 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.

En el 2005 el sistema único de acreditación en salud introdujo, como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevo voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente. Posteriormente el componente de habilitación del sistema obligatorio de garantía de calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente, así como de diez buenas prácticas para la seguridad del paciente.

En 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente” y desarrollo la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación practica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales. Esta política evolucionó de la recomendación a las instituciones de trabajar en seguridad del paciente a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una política de seguridad, un programa de seguridad del paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta la resolución 2003 de 2014, esto debido a que la seguridad del paciente debe ser una prioridad de la atención en salud en las instituciones y los incidentes y eventos

adversos deben ser la alerta acerca de la existencia de una atención insegura (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

La atención primaria de salud es la puerta de entrada al sistema de salud, brindando una atención integral y específica a las necesidades de la población, si se realiza de manera inapropiada, puede impactar negativamente la calidad de la atención, generando riesgos, daños evitables o eventos adversos.

## **Marco institucional**

Viva 1A fue creada en 2008 con cinco sedes ubicadas en Bogotá, Medellín, Envigado, Cali y barranquilla, por medio de un grupo de empresarios del sector salud, que constituyeron la empresa como una sociedad anónima, con cobertura nacional y proyección internacional. (Viva 1 A IPS, 2022)

En cuanto a su conformación documental tiene dentro de la gestión de planificación estratégica, se encuentra la política de seguridad de gestión del riesgo, donde se fomenta que todos los colaboradores y directivos estén enfocados a la implementación de acciones sistemáticas que garanticen la identificación, evaluación intervención y monitoreo de los riesgos que se presenten en la institución y en la población atendida en la IPS. (Viva 1 A IPS, 2023)

Se encuentra además la política de seguridad del paciente la cual garantiza la implementación contante de acciones y barreras de seguridad, para prevenir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en la prestación del servicio, dentro de la política se puede evidenciar cuatro principios orientadores de la política, enfoque de la atención centrada en el usuario, cultura

de seguridad, información segura y vínculo de talento humano, usuarios y familias. (Viva 1 A IPS, 2023)

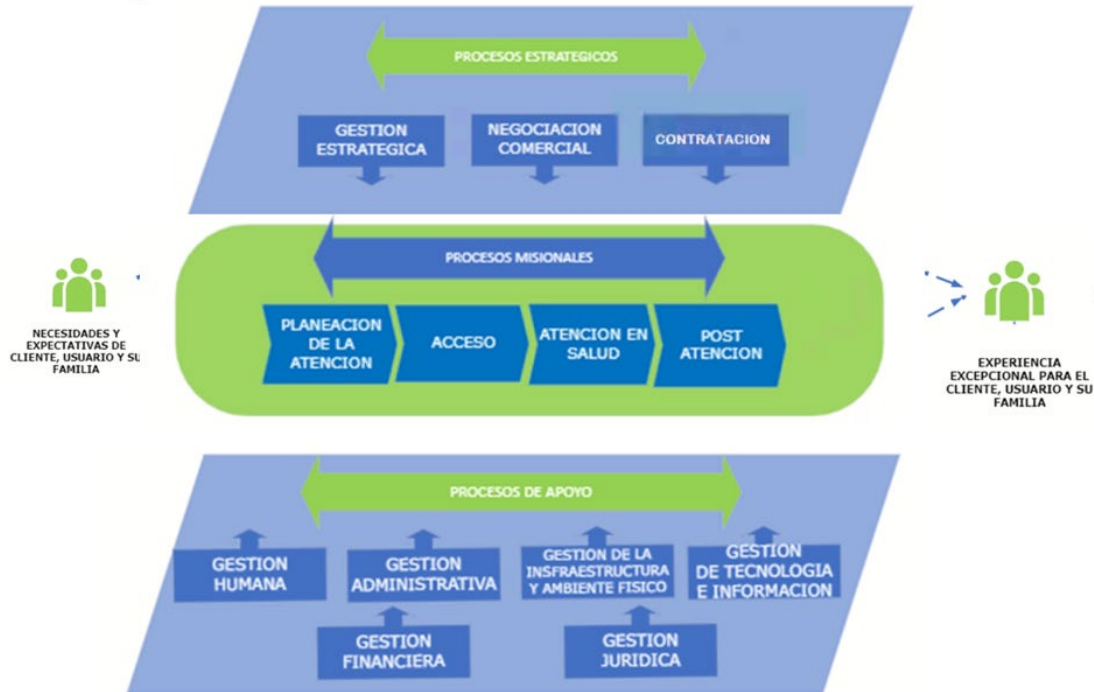
Otra política es la de calidad donde la IPS garantiza la prestación de los servicios de salud, dando cumplimiento de a los estándares de calidad establecidos en la resolución de acreditación, se brinda también dentro de la institución características de calidez en la prestación de los servicios y con talento humano profesional, haciendo que los procesos de mejora se realicen de manera continua para dar cumplimiento a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios. (Viva 1 A IPS, 2023)

La última política establecida en la IPS es la de responsabilidad social, con la que se realiza un compromiso con la sostenibilidad ambiental, el desarrollo del potencial humano, mediante estrategias que impacten positivamente, ejerciendo un liderazgo que impacte en el desarrollo sostenible. (Viva 1 A IPS, 2023)

La visión que tiene establecida la IPS es, “En el 2025 seremos el referente nacional e internacional en la prestación de servicios de salud, garantizando una experiencia excepcional y humanizada.” la Misión indicada de la siguiente manera “Somos el equipo que con sentido humano te acompaña en el cuidado y gestión de tu salud en cada etapa de tu vida.” (Viva 1 A IPS, 2023)

Dentro de los valores corporativos se encuentra el liderazgo, la construcción de confianza, la generación de valor, el trato humanizado, la innovación y el enfoque a resultados, los cuales pretenden que la totalidad del talento humano, logren conjuntamente alcanzar los objetivos organizacionales. (Viva 1 A IPS, 2023)

El mapa de procesos ejecutado en la IPS es el siguiente:



MAPA DE PROCESOS IPS VIVA 1 A - 2022

La IPS cuenta con 7 sedes en la regional centro occidente ubicado en el departamento del Tolima, 4 ubicadas en el municipio de Ibagué CRA 2, carrera quinta, calle 27y sede Ibagué, y en el municipio de Espinal, Mariquita y Guamo. (Viva 1 A IPS, 2023)

A lo largo del año se ha identificado el reporte de eventos adversos en las sedes del departamento del Tolima de solo 16 casos, de los cuales solo 3 corresponden a la sede Ibagué, 6 para la sede Cra segunda, 4 para la sede Cra quinta, 3 para la sede espinal, no siendo representativo con la población atendida en cada una de las instituciones.

## Metodología

### Primer nivel

#### *Enfoque, alcance y diseño de la investigación*

**Enfoque:** Investigación cuantitativa Que permita comprender y responder a la pregunta de investigación ¿Cuáles son las causas del no reporte de eventos adversos que afectan la seguridad del paciente en la IPS VIVA 1a de la ciudad de Ibagué, durante el segundo semestre del año 2023?

**Alcance:** Aplicación del instrumento a los 59 funcionarios de la IPS

**Secuencia temporal:** transversal, que permita la recolección de datos en un único momento en este caso en el último semestre del año 2023.

**Finalidad del estudio:** No experimental, descriptivo, se recolectará la información mediante el uso del instrumento a los colaboradores de la IPS VIVA 1A.

En esta investigación se busca recoger y analizar datos cuantitativos durante un periodo de tiempo determinado, sin manipulación de variables y empleando encuestas o cuestionarios, como herramientas de recolección de datos, con el fin de determinar y describir las causas del no reporte de eventos adversos, que afectan la seguridad del paciente, en la IPS VIVA 1A de la ciudad de Ibagué durante el segundo semestre del año 2023. Es por esto que en esta investigación se utiliza el método cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	NIVEL DE
----------	--------------------------	---------------------------	------------	-------------

				MEDICIÓN
Conocimiento de Evento adverso	Comprensión teórica o práctica de que es un evento adverso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
Conocimiento de incidente	Comprensión teórica o práctica de que es un incidente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
Reporte de evento adverso.	Notificación de la ocurrencia de un evento adverso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
Reporte de incidente.	Notificación de la ocurrencia de un incidente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa	Nominal
Origen	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal

	<p>actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>		
Edad	<p>Tiempo vivido por una persona expresado en años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal

<p>io</p> <p>Servicio</p>	<p>Conjunto</p> <p>de procesos, procedimientos, actividades y recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información que tienen por objeto satisfacer las necesidades en salud en cualquiera de las fases de la atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Antigüedad en la institución</p>	<p>Tiempo, expresado en años, laborado en la institución por una persona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> </ul>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>		
Nivel académico	Nivel de preparación profesional de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal
Profesión	Facultad que tiene una persona para realizar una actividad en base a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal

	<p>un conocimiento científico previamente adquirido, y a través de la cual, percibe una remuneración económica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>		
<p>Años de experiencia</p>	<p>Periodo de tiempo que se lleva ejerciendo un empleo, ocupación u oficio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>

<p>Conocimiento de los mecanismos institucionales para reportes</p>	<p>Comprensión teórica o práctica de los mecanismos institucionales para reportes de eventos adversos e incidentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Capacitaciones</p>	<p>Conjunto de actividades que están orientadas a ampliar el conocimiento y habilidades del personal sobre eventos adversos, incidentes y su reporte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> </ul>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>		
Calidad en la atención de salud	Procesos enfocados en la atención centrada en las personas, familias, comunidad con énfasis en procesos óptimos de eficiencia y eficacia de los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal
Actitudes negativas	Disposición que surge de alguna conducta de manera positiva o negativa, que	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal

	afecta el ambiente laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>		
o	Castigo Procesos sancionatorios contra quien ha cometido faltas o delitos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal
o	Miedo Emociones naturales que se caracterizan por diferentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal

	percepciones o sensaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>		
Jornada laboral	Tiempo que cada trabajador dedica al desempeño de su trabajo y por la cual, recibe una remuneración.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal
Hoja de vida	Documento que recoge toda la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal

	<p>personal, educativa y laboral que una persona ha adquirido a lo largo de su vida, además de sus habilidades propias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>		
Error	<p>Concepto equivocado o juicio falso. Acción desafortunada o equivocada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal

<p>Falla</p>	<p>Defecto material o deficiencia en el funcionamiento de una cosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Reparación económica</p>	<p>Cantidad que se debe pagar para compensar un daño producido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> </ul>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>		
<p>Sanciones laborales</p>	<p>Amonestación o medida disciplinaria que una empresa o empleador puede llevar a cabo contra el trabajador que haya incurrido en malas conductas, desobediencia o indisciplina en su trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Supervisión</p>	<p>Ejercer inspección continua de un trabajo o actividad realizada por un empleado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> </ul>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>		
Culpa	Responsabilidad o causa de un suceso o de una acción negativa, que se atribuye a una persona o a una cosa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo</li> <li>• De acuerdo</li> <li>• Indiferente o neutro</li> <li>• En desacuerdo</li> <li>• Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal
Conocimiento del análisis de	Comprensión teórica o práctica del análisis de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa	Nominal

eventos adversos e incidentes	eventos adversos e incidentes			
-------------------------------------	----------------------------------	--	--	--

### ***Población y Muestra***

Características de la población: Se eligió al personal tanto administrativo como asistenciales de la IPS, que cumplan con los siguientes criterios:

- Ser funcionario de la IPS Viva 1 a Sede Ibagué
- Pertenecer al área asistencial o administrativa

**Muestra:** Probabilística, El universo es 142 colaboradores que cumplen con los criterios de inclusión anteriormente mencionados, aplicando un 50% de heterogeneidad, un 10% de margen de error y un nivel de confianza del 95% y se obtiene una muestra de 59 colaboradores, lo que indica que, si se realiza la aplicación del instrumento a los 59 empleados, el 95% de las veces el dato que se quiere medir estará en el intervalo de  $\pm 10\%$  respecto al dato que se observe en la encuesta, la metodología que se empleó para determinar la muestra fue por medio de un aplicativo llamado “calculadora de la muestra” que permitió introducir los aspectos relacionados previamente, y que generara un dato representativo para los hallazgos que sean recolectados.

### **Segundo nivel**

#### ***Selección de métodos o instrumentos para recolección de información***

Antes de iniciar la encuesta se da la bienvenida en el formulario Google forms, se establece la privacidad y objetivo de la recolección de los datos informando la ley estatutaria 1581 del 2012, y el decreto 1377 de 2013, y se informa la duración promedio de diligenciamiento del instrumento y se pregunta si el colaborador decide aceptar o no la realización de las mismas.

Se hará uso un **instrumento** adoptado por el equipo investigativo de la herramienta usada en el artículo “Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud”, construido en Ciudad de México en el año 2017, producto de una tesis de maestría (Rosas, 2017)”

La fiabilidad del instrumento es alta ya que el coeficiente de Cronbach fue de 0.81 indicando un 81% de fiabilidad.

El instrumento que es una encuesta contiene 56 preguntas que buscar identificar las variables anteriormente mencionadas en el presente trabajo las cuales son: conocimiento de evento adverso, comprensión del concepto de incidente, reporte del evento adverso, genero, edad, servicio, antigüedad en la institución, nivel académico, profesión, años de experiencia, conocimiento de los mecanismos institucionales para el reporte, capacitaciones, calidad de la atención en salud, actitudes negativas, castigo, miedo, jornada laboral, hoja de vida, error, falla, recargos económicos, sanciones laborales, culpa y conocimiento del análisis de los eventos adversos e incidentes.

### ***Técnicas de análisis de datos***

El análisis de datos es el proceso de examinar un conjunto de datos con el objetivo de obtener información, extraer conocimientos y tomar decisiones informadas, además implica la utilización de técnicas y herramientas estadísticas, matemáticas y de visualización para

identificar patrones y tendencias. Para lograr hacer un adecuado análisis es importante establecer previamente el instrumento de recolección de la información, que en esta investigación se escogió una encuesta utilizando el formato de Google forms, el cual permite procesar y organizar adecuadamente la información para su posterior análisis. Para el proceso de análisis, el formato de Google forms nos permite identificar la frecuencia y el porcentaje de participación de las variables contempladas en el instrumento de recolección. De igual manera se utilizará medidas de tendencia central para establecer las principales causas del no reporte de eventos adversos dando respuesta a la pregunta de investigación.

La técnica de análisis de datos que se empleará será la de análisis cuantitativo donde la información se expresa numéricamente, puede realizarse cálculos y representarse visualmente mediante tablas o gráficos. Por lo tanto, nos proporcionaría indicaciones sobre las causas del no reporte de eventos adversos, objeto de nuestra investigación. La metodología de análisis que se aplicará será el análisis descriptivo que proporciona una visión de lo que ha sucedido en el pasado, aportando así elementos necesarios para respaldar nuestros resultados.

La generación de graficas de tendencia, como técnica de visualización que explique de manera clara los patrones en los datos, brindará un análisis estadístico descriptivo y comparativo para correlacionar el impacto de los resultados y así brindar un análisis coherente a la realidad de la IPS, para generar planes de acción enfocados a la resolución del problema.

## Análisis y discusión de los resultados

En esta investigación se buscó determinar cuáles son las causas del no reporte de eventos adversos que afectan la seguridad del paciente en la IPS VIVA 1A de la ciudad de Ibagué, durante el segundo semestre del año 2023; así como:

1. Establecer cuál es el conocimiento del personal de salud sobre seguridad del paciente, eventos adversos, incidentes y atención segura.
2. Conocer el grado de conocimiento del personal de salud sobre el mecanismo implementado por la IPS para realizar el reporte de eventos adversos.
3. Identificar la percepción de los colaboradores frente a las consecuencias que conlleva un reporte de evento adverso.
4. Verificar si en el formato de reporte de eventos adversos existen algunas dificultades para su diligenciamiento, que permita que el personal de salud se abstenga a realizarlo de manera adecuada, si es complicado, es extenso o no es la herramienta adecuada para este proceso. Para todo esto se utilizó como herramienta la encuesta “reporte de eventos adversos e incidentes” aplicada a 72 funcionarios de la institución y se realizó un análisis profundo del conocimiento sobre eventos adversos, incidentes y mecanismos institucionales para su reporte; de las causas del no reporte de eventos adversos; y de la percepción, por parte de los colaboradores, de los medios institucionales para el reporte y análisis de eventos adversos.

*Tabla de resultados de la encuesta*

Nº	RESULTADO
1	El 98,6% de los trabajadores encuestados refiere saber que es un evento adverso.
2	El 98,6% de los trabajadores encuestados refiere saber que es un incidente
3	El 97,2% de los trabajadores encuestados considera que se debe reportar todo evento que sucede en la atención clínica de un paciente que no genera daño, pero que incorpora fallas en los procesos de atención
4	El 95,8% de los trabajadores encuestados considera que se debe reportar toda atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

5	El 95,8% de los trabajadores encuestados refieren que Si reportaría un incidente.
6	El 76,4% de los trabajadores encuestados manifiestan que no han realizado algún reporte de evento adverso en la institución.
7	El 79,2% de los trabajadores encuestados manifiestan que no han realizado algún reporte de incidente en la institución.
8	El 90,3% de los trabajadores encuestados manifiesta que no ha dejado de reportar algún evento adverso institucional.
9	El 86,1% de los trabajadores encuestados manifiesta que no ha dejado de reportar algún incidente institucional.
10	El 77,8% de los trabajadores encuestados refieren que conocen los mecanismos institucionales para reporte de eventos adversos e incidentes.
11	El 75% de los trabajadores encuestados manifiestan haber recibido capacitación sobre eventos adversos, incidentes y medios de reporte.
12	El 69,4% de los trabajadores encuestados manifiestan conocer el proceso institucional para el análisis de eventos adversos.
13	El 68,1% de los trabajadores encuestados respondieron de manera acertada que el evento adverso es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño alguno al paciente.
14	El 68,1% de los trabajadores encuestados concuerda en que un incidente corresponde a un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de salud.
¿Las siguientes variables pueden influenciar en el personal de salud para identificar y reportar eventos adversos e incidentes?	
15	El 65,3% de los trabajadores encuestados considera que la edad no influye en el reporte de eventos adversos e incidentes.
16	El 75% de los trabajadores encuestados considera que el género no influye en el reporte de eventos adversos e incidentes.
17	El 55,6% de los trabajadores encuestados considera que el nivel académico no influye en el reporte oportuno de eventos adversos e incidentes.
18	El 54,1% de los trabajadores encuestados considera que la profesión del personal de salud no influye en el reporte de eventos adversos e incidentes.
19	El 56,6% de los trabajadores encuestados considera que los años de experiencia laboral no influye en el reporte de eventos adversos e incidentes.
20	El 50% de los trabajadores encuestados considera que el servicio o la dependencia al que pertenece un funcionario no influye en el reporte de eventos adversos e incidentes.
21	El 59,7% de los trabajadores encuestados considera que el tiempo de antigüedad en la institución no influye en el reporte de eventos adversos e incidentes.
22	El 44,5% de los trabajadores encuestados considera que las funciones y actividades propias del cargo no influyen en el reporte de eventos adversos e incidentes.
23	El 44,4% de los trabajadores encuestados considera que al haber realizado un reporte previo de algún evento adverso o incidente si influye en un nuevo reporte de evento adverso e incidente.
24	El 48,6% de los trabajadores encuestados considera que el tiempo transcurrido desde la última capacitación no influye en el reporte de eventos adversos e incidentes.

Lea cada pregunta y marque con una X la respuesta que mejor describa su opinión.	
25	El 80,5% de los trabajadores encuestados considera que se debe reportar los eventos adversos e incidentes en los que estén involucradas otras personas.
26	El 97,2% de los trabajadores encuestados considera que el reportar eventos adversos e incidentes beneficia la seguridad del paciente.
27	El 73,6% de los trabajadores encuestados no considera que siempre y cuando se aprenda de los eventos adversos y de los incidentes no es necesario reportarlos.
28	El 45,9% de los trabajadores encuestados considera que es necesario la utilización de estímulos para impulsar los reportes de eventos adversos e incidentes.
29	El 91,6 % de los trabajadores encuestados considera que el reporte de eventos adversos e incidentes mejora la calidad en la atención de salud.
30	El 55,6% de los trabajadores encuestados considera que el reporte de eventos adversos e incidentes no genera comentarios y/o actitudes negativas por parte de los compañeros y superiores.
31	El 67,0 % de los trabajadores encuestados considera que en la institución no existe una cultura punitiva o de castigo frente a la ocurrencia de eventos adversos e incidentes.
32	El 45,8 % de los trabajadores encuestados considera que el grado de complejidad de una jornada laboral interfiere en la identificación y el reporte de eventos adversos e incidentes.
33	El 70,9 % de los trabajadores encuestados no considera que el reporte de eventos adversos e incidentes genere anotación o afecte la hoja de vida.
34	El 80,5 % de los trabajadores encuestados considera que las capacitaciones promueven el reporte de eventos adversos e incidentes.
35	El 72,2% de los trabajadores encuestados considera que los mecanismos institucionales para reporte de eventos adversos e incidentes son adecuados, amigables y favorecen el reporte.
36	El 76,4 % de los trabajadores encuestados considera el reconocer y aceptar que se ha presentado un error o una falla como determinante para el reporte de eventos adversos e incidentes.
37	El 51,4 % de los trabajadores encuestados no considera los procesos de análisis de eventos adversos e incidentes molestos y complicados.
38	El 79,2 % de los trabajadores encuestados considera que el análisis de eventos adversos e incidentes genera resultados y cambios significativos y positivos.
39	El 68,1% de los trabajadores encuestados considera que el reporte de eventos adversos e incidentes favorece e incentiva la supervisión de sus labores.
40	El 57% de los trabajadores encuestados no considera que el reporte de eventos adversos e incidentes genera problemas personales e interpersonales
41	El 79,2 % de los trabajadores encuestados no considera que el reporte de eventos adversos e incidentes genere recargos económicos.
42	El 66,6 % de los trabajadores encuestados no considera que el reporte de eventos adversos e incidentes genere dificultades y sanciones laborales.
43	El 61,1 % de los trabajadores encuestados no considera que solo sea necesario anotar en la historia clínica del paciente o en una nota administrativa la ocurrencia de un evento adverso.

44	El 75% de los trabajadores encuestados considera que el reporte de eventos adversos e incidentes se ve favorecido con la existencia de una oficina o persona encargada del monitoreo de los eventos adversos o incidentes.
45	El 45,8% de los trabajadores encuestados considera que en el reporte y posterior análisis de eventos adversos e incidentes se establece quien tiene la culpa del error.
46	El 77,8 % de los trabajadores encuestados considera a los eventos adversos y a los incidentes como prevenibles y a su vez reconoce que se tiene un propósito al reportarlos.
47	El 47,3% de los trabajadores encuestados no considera que las personas sean indiferentes frente a la ocurrencia de un evento adverso o incidente
48	El 69,5 % de los trabajadores encuestados no considera que se esté reportando a una persona en particular con el reporte del evento adverso o el incidente.
49	El 38,9% de los trabajadores encuestados refieren haber reportado algún evento adverso o incidente y de estos trabajadores el 60,7% no se ha desanimado en seguir reportando.
¿Los siguientes factores contribuyen a la falta de interés para seguir reportando?	
50	El 38,9 % de los trabajadores encuestados considera la falta de análisis y gestión del reporte como factor contribuyente a la perdida de interés para seguir reportando.
51	El 33,4% de los trabajadores encuestados no considera inútil realizar el reporte de un evento adverso o un incidente.
52	El 29,2 % de los trabajadores encuestados no considera que la complejidad para hacer el reporte de un evento adverso o un incidente influya en el desánimo del trabajador para seguir realizando estos reportes.
53	El 38,9% de los trabajadores encuestados no considera que las actividades realizadas en el análisis de los eventos adversos sean molestas y que influyan en el desánimo del trabajador para seguir realizando estos reportes.
54	El 60,2% de los trabajadores encuestados no considera que el reporte de eventos adversos o incidentes atraiga problemas y complicaciones laborales que influyan en el desánimo del trabajador para seguir realizando estos reportes.
55	El 45,8 % de los trabajadores encuestados no considera que con el reporte de eventos adversos o incidentes se presenten problemas personales e interpersonales, que influyan en el desánimo del trabajador para seguir realizando estos reportes.
56	El 55,6% de los trabajadores encuestados no considera que se presenten problemas económicos al reportar un evento adverso o un incidente, que influyan en el desánimo del trabajador para seguir realizando estos reportes.

Con estos resultados se puede caracterizar al personal encuestado de la IPS VIVA 1A de la ciudad de Ibagué de la siguiente manera:

- El 98,6% de los encuestados refiere conocer e identificar que es un evento adverso y un incidente, sin embargo, el 68,1% respondió de manera acertada a la pregunta de definición de evento adverso y de incidente.
- Más del 95% de los encuestados afirma que se debe reportar y reportaría la ocurrencia de un evento adverso y de un incidente, sin embargo, más del 75% de los encuestados no ha realizado algún reporte de evento adverso o de un incidente.
- El 97,2% de los encuestados reconoce que el reporte de eventos adversos e incidentes es necesario para mejorar la calidad en la atención de salud y el 91,6% considera que este reporte beneficia la seguridad del paciente.

Se pueden identificar factores que influyen o contribuyen al no reporte de eventos adversos o incidentes como:

- El no reporte previo de algún evento adverso o incidente.
- La no utilización de estímulos para impulsar los reportes de eventos adversos o incidentes.
- El grado de complejidad de una jornada laboral.
- La no realización de capacitaciones.
- El no reconocimiento y la no aceptación que se ha presentado un error o una falla en el proceso de atención.
- La percepción por parte de los trabajadores que el reporte y su posterior análisis es el punto de partida para la supervisión de sus actividades laborales.

- La ausencia de una oficina o persona encargada del monitoreo de los eventos adversos o incidentes.
- La apreciación que mediante el reporte y análisis de eventos adversos e incidentes se establece quien tiene la culpa del error.

En relación con los mecanismos o medios utilizados en el proceso institucional de reporte y análisis de eventos adversos o incidentes se evidencia:

- El 77% de los trabajadores encuestados refiere que conoce los mecanismos y los procesos institucionales para reporte y análisis de eventos adversos y de incidentes.
- El 75% de los encuestados refiere haber recibido capacitación sobre eventos adversos, incidentes y medios de reporte.
- El 72% de trabajadores encuestados considera que los mecanismos institucionales para reporte de eventos adversos e incidentes son adecuados, amigables y favorecen el reporte.
- El 51% de los encuestados no considera que el proceso o las actividades realizadas en el análisis de los eventos adversos o de los incidentes sean molestas o complicadas.
- El 9% de los trabajadores encuestados ha dejado de reportar algún evento adverso y el 13 % ha dejado de reportar algún incidente institucional, a pesar de que el 79% de los encuestados considera que el análisis de eventos adversos e incidentes genera resultados y cambios significativos y positivos.

Por último, el 60% de los trabajadores encuestados y que han realizado el proceso de reporte y análisis institucional de algún evento adverso o incidente refieren no sentirse desanimados a seguir

reportando, además el 38% de estos trabajadores contempla la falta de análisis y gestión del reporte como factor contribuyente a la pérdida de interés para seguir reportando.

## Conclusiones:

- Las principales causas identificadas son en primer lugar es la percepción de los colaboradores de la falta de análisis y gestión del reporte con un 38,9%, seguido de la percepción de complejidad para hacer el reporte con un 28,8% por último la percepción de que el reporte atrae problemas y complicaciones laborales con un 20,4%.
- El grado de conocimiento del personal de salud sobre el mecanismo de reporte de eventos adverso de la institución refleja que el 77,8% de los colaboradores de viva 1 a y 72,2% considera que es adecuado, amigable y favorece el reporte.
- La percepción de los colaboradores frente a las consecuencias que conlleva un reporte de evento adverso se identifica que el 20,4% considera que realizar el reporte de evento adverso podría atraer problemas y complicaciones laborales, el 11,1% considera que con el reporte se presentan problemas personales e interpersonales y el 2,7% considera que se podría presentar problemas económicos al reportar los eventos.

## Recomendaciones

Las recomendaciones que se establecen involucran el liderazgo organizacional frente a los proveedores de atención, esto significa que, los directivos son la primera línea jerárquica encargados de la identificación y análisis de amenazas potenciales en los servicios prestados, y para esto, se requiere de intervenciones estructuradas que impacten positivamente el personal que labora en la IPS VIVA 1A, teniendo muy en cuenta que el concepto de seguridad es un fenómeno organizativo bastante complejo.

Teniendo en cuenta que el presente trabajo se realizó en base a unos objetivos específicos encaminados a identificar el por qué no se generan reportes de eventos adversos, se plasman unas recomendaciones de carácter estructural tales como:

- Crear un flujograma que establezca líderes de procesos de verificación, ejecución y control del reporte oportuno de eventos adversos, es decir, Postular o elegir personal sanitario en diferentes áreas que tengan un alto grado de compromiso con la institución y generen un nivel de confianza asertivo hacia el personal médico y demás, logrando disminuir la percepción de que el reporte puede generar problemas, complicaciones laborales y que logre eliminar el porcentaje que refleja esta actitud.
- Educación continua y generación de espacios de comunicación asertiva en los diferentes niveles jerárquicos; en el espacio de capacitaciones, más que insistir en el manejo y cumplimiento de guías y protocolos que es de bastante importancia, es enfocar al personal en que la realización de reportes de cualquier evento adverso que se pueda presentar, va a permitirle a la institución avanzar en los procesos de calidad,

de atención al usuario, de humanización y a su vez, cumplir con los indicadores del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad SOGC en su componente de seguridad del paciente. Esta educación continuada, debe tener un cronograma de replicación de la información que permita abrir espacios donde el personal pueda expresar vivencias y recibir instrucciones de manejo.

- Mejorar el instrumento de notificación de eventos adversos, logrando que sea completo, pero a su vez, sencillo de diligenciar, de fácil manejo y que su estructura permita realizar un reporte completo que a su vez permita que todas las áreas estén conectadas a una misma información de red.
- Delegar una oficina enfocada en la seguridad del paciente, donde se encuentre bajo la responsabilidad de una persona profesional que pueda recibir los eventos adversos y a su vez realizar una estadística concreta que permita identificar cuáles son los principales eventos que se presentan en la Institución. En esta oficina se medirán indicadores de forma mensual referentes a la proporción de gestión de eventos adversos y proporción de reportes de los mismos.
- Realización de cronograma mensual del comité de seguridad al paciente, donde se evidencien hallazgos y generación de medidas correctivas o planes de acción de manera inmediata.

## Referencias.

Rosas-Vargas, L., & Zárate-Grajales, R. (2017). Validación del instrumento “Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud”. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 25(3), 227-32.

Viva 1A IPS, vigilado Supersalud, Ibagué Tolima 2022. <https://vivala.com.co/>

Aranaz, J. M., Pardo Hernández, A., López Pereira, P., Valencia Martín, J. L., Diaz-Agero Pérez, C., López Fresneña, N., Rincón Carlavilla, A., Gea-Velázquez de Castro, M. T., Navarro Royo, C., Albéniz Lizárraga, C. & Fernández Chávez, A. C. (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. *Revista Española de Salud Pública*. 92(8). 1-15. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272018000100419](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419)

Araujo Rosero, O., Guerrero Lasso, P., Matabanchoy Tulcán, S. & Bastidas Jurado, C. (2021). Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. *Revista universidad y salud sección artículos originales*. 23(3). 351-365. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072021000400351](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000400351)

Beltrán Luna, D., González Villadiego, A. & Márquez Chejne, M. (2022). Costos de no calidad relacionados con los eventos adversos en la atención en salud. [Monografía para optar al título de: Especialistas en auditoría de la calidad en salud]. Repositorio Unicordoba.

<https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/6368/beltranlunadanielabeatriz-gonzalezvilladiegoauraoliva-marquezchejnemeilysofia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Burbano Valdés, H., Caicedo Eraso, M., Cerón Burgos, A., Jacho Caicedo, C. & Yépez Chamorro, M. (2013). Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia. Revista universidad y salud sección artículos originales. 15(2). 187 – 195. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072013000200009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072013000200009)

Campos Castolo, M. & Carrillo Jaimes, A. (2008). Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos. Revista CONAMED. 13 (2). 17-22. <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2008/vol13/abr-jun/2.pdf>

Campos, L. P., de Assis, Y. I., Carneiro-Oliveira, M. M., Picanço, C., de Souza, A. C., de Souza, A. & Faustino, T. (2023). Safety culture: Intensive Care Unit nurses' perceptions. ACTA Paulista de Enfermagem. 36(1). <https://www.scopus.com/bdbiblioteca.universidadean.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85163437507&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=77a76c31e0f7d038c09e1f066cf57762&sot=b&sdt=b&s=TITLE%28Cultura+de+seguran%C3%A7a%3A+percep%C3%A7%C3%A3o+dos+enfermeiros+de+Unidades+de+Terapia+Intensiva%29&sl=77&sessionSearchId=77a76c31e0f7d038c09e1f066cf57762>

Castillo Cruz, N. A., García Saavedra, I. D., García Villamil, S. S., & Gutiérrez Rivera, N. I. (2019). Factores que contribuyen al no reporte de eventos adversos por parte de los profesionales asistenciales en una institución de I nivel en Bogotá, en el segundo trimestre del año 2019.

Universidad

EAN.

<https://repository.universidadean.edu.co/bitstream/handle/10882/9506/GarciaShanen2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Comunidad de Madrid. Biblioteca Breve de Seguridad del Paciente. Comunidad de Madrid, Servicios e información, Salud. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/biblioteca-breve-seguridad-paciente>

Contreras, L. M., Clavijo, C. & Bula Romero, J. (2017). Factores asociados al no reporte de eventos adversos en servicios de apoyo diagnóstico 2010-2015. Revista Avances en Salud. 1(2). 28 – 38. <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1202/1487>

Duran Castro, D., Rendón Henao, M. & Rosada Ramos, M. (2020). Dimensiones de cultura de seguridad del paciente afectadas en una IPS de tercer nivel. Monografía para optar por el título de especialista en auditoría en salud. <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4150/MONOGRAF%C3%8DA%20DIMENSIONES%20DE%20CULTURA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20AFECTADAS%20EN%20UNA%20IPS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Flores González, E., Godoy Pozo, J., Burgos Grob, F., & Salas Quijada, C. L. (2021). Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Ciencia y enfermería*, 27. <https://doi.org/10.29393/ce27-27aeec40027>

García Solano, M., Macias Maroto, M., Viana, T., Lopez Alcalde, J., Sanz Cuesta, Teresa., Aranaz, J., De la Corte Garcia, M., Drake Canela, M., Alvarez Diaz, N., Lopez Fresnena, N., Soler Vigil, M., Rivera Moreno-Chocano, P., Alcantarilla Moreno, C., Ojeda Feo, J. J., Albeniz Lizarraga, C., Pardo Hernandez, A., Muñoz Romo, R. & Paniagua Camarzana, E. (2019). To promote knowledge on patient safety: the case of the Biblioteca Breve de Seguridad del Paciente (Brief Patient Safety Library). *Revista española de salud pública*. 93. <https://www-webofscience-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/wos/woscc/full-record/WOS:000489662900001>

García Tello, M., Briones Pérez, N. G., Fuentes Torres, B., Domínguez Nuncio, J. L., Aguirre Pérez, D. M. & Solís Covarrubias, I. F. (2023). Perception of the nursing staff about the culture and patient safety. *Enfermería Global*. 22(2). 125 – 138. <https://www-scopus-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85153269600&origin=resultlist&sort=plf-f&src=s&sid=77a76c31e0f7d038c09e1f066cf57762&sot=b&sdt=b&s=TITLE%28Percepci%C3%B3n+del+personal+de+enfermer%C3%ADa+sobre+la+cultura+y+seguridad+del+paciente%29&sl=77&sessionSearchId=77a76c31e0f7d038c09e1f066cf57762>

Lugo, M. (2023). The Notification of Adverse Events as an Indispensable Component for the Safety of the Intensive Care Patient. *Revista Cubana de Enfermería*. 39 (1). <https://www-scopus-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85161897814&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=8ac7099ae9f39d342e517b0108400d8d&sot=b&sdt=b&s=TITLE%28The+Notification+of+Adverse+Events+as+an+Indispensable+Component+for+the+Safety+of+the+Intensive+Care+Patient%29&sl=90&sessionSearchId=8ac7099ae9f39d342e517b0108400d8d>

Mahrous, M. (2018). Patient safety culture as a quality indicator for a safe health system: Experience from Almadinah Almunawwarah, KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 13(4). 377 – 383. <https://www-scopus-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85047552993&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=77a76c31e0f7d038c09e1f066cf57762&sot=b&sdt=b&s=TITLE%28Almunawwarah%2C%29&sl=77&sessionSearchId=77a76c31e0f7d038c09e1f066cf57762>

Meléndez Mogollón, I. C., Macías Maroto, M. & Álvarez González, A. R. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Revista cubana de enfermería*. 36(2). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3239/585>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en

Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.

Versión 2.0. Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Ministerio de sanidad y política social. (2005). Cuestionario sobre seguridad de los pacientes.

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

Ministerio de sanidad y política social. (2009). Estudio IBEAS, prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>

Murillo Marín, L. & Gómez Giraldo, D. (2019). Revisión bibliográfica sobre la importancia de reportar eventos adversos en el área de la salud en Colombia. Monografía para

optar por el título de Especialización en Gerencia de IPS.

[https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4659/43989803\\_2020.pdf?se](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4659/43989803_2020.pdf?se)

Novoa-Heckel, G., Asbun-Bojalil, J., & de la Luz Sevilla-Gonzalez, M. (2016). Professional responsibility applied to drug surveillance: a study case in Mexico/Responsabilidad profesional aplicada a la farmacovigilancia: un estudio de caso en Mexico/Responsabilidade profissional aplicada a farmacovigilancia: um estudo de caso no Mexico. *Acta bioethica*, 22(2), 269–.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>

Parra Acevedo, Y., Ramírez Labarces, S. & Rincón Martínez, E. R. (2021). Causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería de una clínica de IV nivel en la Ciudad de Bogotá. Trabajo de grado para optar por el título de especialista en gerencia de la calidad en salud. <https://repositorio.iberu.edu.co/entities/publication/df540077-0fd4-4daf-82a9-88e130c5ccec>

Patmawati, T., Woge, Y., Doondori, A., Cahyani, S. & Amir, H. (2022). Nurses attitude and communication on reporting incidents on patients safety culture in Ende Regional General Hospital. *Gaceta Medica de Caracas*. 130(4). 753 – 758. <https://www-scopus-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0->

[85146258744&origin=resultslist&sort=plf-](https://www.elsevier.es/85146258744&origin=resultslist&sort=plf-)

[f&src=s&sid=8ac7099ae9f39d342e517b0108400d8d&sot=b&sdt=b&s=TITLE%28Nurses+attit ude+and+communication+on+reporting+incidents+on+patients+safety+culture+in+Ende+Regio nal+General+Hospital%29&sl=90&sessionSearchId=8ac7099ae9f39d342e517b0108400d8d](https://www.elsevier.es/85146258744&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=8ac7099ae9f39d342e517b0108400d8d&sot=b&sdt=b&s=TITLE%28Nurses+attit ude+and+communication+on+reporting+incidents+on+patients+safety+culture+in+Ende+Regio nal+General+Hospital%29&sl=90&sessionSearchId=8ac7099ae9f39d342e517b0108400d8d)

Rocco, C. & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. 28(5). 785-795. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Rodríguez Herrera, R. & Losardo, R. (2018). Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civiliza-ción hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Revista de la Asociación Médica Argentina. 131(4). 25-30. [https://www.ama-med.org.ar/uploads\\_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf](https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf)

Rosas Vargas, L. & Zárate Grajales, R. (2017). Validación del instrumento “Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud”. Revista de enfermería del instituto mexicano del seguro social. 25(3). 227-232. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173j.pdf>

Saldaña, D. A., Rodríguez, S. M., Díaz, J. C., Cavallo, E., Grajales, R. Z., Tolosa, R. V., & de las Salas, R. (2016). Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo/Study of adverse events, factors and periodicity

in hospitalized patients in ICU. *Enfermería Global*, 15(2), 324-340. Retrieved from <https://login.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/login?url=https://www-proquest-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/scholarly-journals/estudio-de-eventos-adversos-factores-y/docview/1788568123/se-2>

Sousa, V., Dias, H., De Sousa, F., Oliveira, R. & Costa, E. (2023). Professional burnout and patient safety culture in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 76(3). 1 – 8. <https://www-scopus-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-85167455707&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=77a76c31e0f7d038c09e1f066cf57762&sot=b&sdt=b&s=TITLE%28Professional+burnout+and+patient+safety+culture+in+Primary+Health+Care%29&sl=77&sessionSearchId=77a76c31e0f7d038c09e1f066cf57762>

Wagner, C., Smits, M., Sorra, J. & Huang, C. C. (2013). Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 25 (3). 213 – 221. <https://www-scopus-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/record/display.uri?eid=2-s2.0-84878980900&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=77a76c31e0f7d038c09e1f066cf57762&sot=b&sdt=b&s=TITLE%28Assessing+patient+safety+culture+in+hospitals+across+countries%29&sl=77&sessionSearchId=77a76c31e0f7d038c09e1f066cf57762>