

MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INSTENSIVO  
DE UNA CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD EN CALI COLOMBIA, 2024

HECTOR FABIO CUELLAR QUINTERO



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRIA EN GERENCIA DE ENTIDADES EN SALUD  
SANTIAGO DE CALI

2024

MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO  
DE UNA CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD EN CALI COLOMBIA, 2024

HECTOR FABIO CUELLAR QUINTERO

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de  
Magister en gerencia de Entidades en Salud

Director del trabajo de grado  
Dr. Jorge Ivan Ortiz

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
MAESTRIA EN GERENCIA DE ENTIDADES EN SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2024

Santiago de Cali, 10 de octubre 2024

Doctor

Fabián Fernando Osorio Tinoco

Decano

Facultad de Ciencias Económicas y administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

Cali.

Por medio de la presente estoy entregando a usted el trabajo de Grado cuyo título es

**Implementación de Modelos De Gestión De Calidad En Una Unidad De Cuidado  
Intensivo De Una Clínica De Alta complejidad En Cali Colombia, 2024**

Espero que este trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado

Atentamente



---

Hector Fabio Cuellar Quintero

Cedula: 6107310

Santiago de Cali, 10 de octubre 2024

Doctor

Fabián Fernando Osorio Tinoco

Decano

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado **Implementación de Modelos De Gestión De Calidad En Una Unidad De Cuidado Instensivo De Una Clínica De Alta complejidad En Cali Colombia, 2024**, realizado por el estudiante de Maestría en gerencia de organizaciones de salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: **HECTOR FABIO CUELLAR QUINTERO cc: 6107310**, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación. Atentamente



**Jorge Iván Ortiz Garzón**  
Director del Trabajo de Grado

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de  
julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

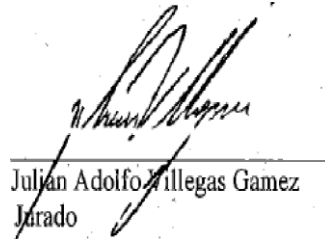
**"IMPLEMENTACION DE MODELOS DE GESTION DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ALTA COMPLEJIDAD EN UNA CLINICA DE CALI COLOMBIA, 2024."** Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magister en Gerencia de Organizaciones en Salud.



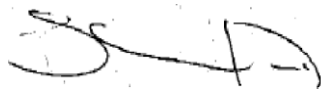
Fabian Fernando Osorio Tinoco  
Decano  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

**CbLch** *Vive...*

Claudia Isabel Vivru: Tobar  
Directora Maestra en Gerencia  
de Organizaciones en Salud.



Julian Adolfo Villegas Gamez  
Jurado



Jorge Mn Ortiz  
Director del Trabajo de Grado

## Página de Agradecimiento

A la Clinica Imbanaco por la confianza, apoyo

A mi tutor Jorge Ivan Ortiz, por su dedicación, confianza y motivación.

A mi hijo por ser mi motor y mis ganas de seguir adelante cada dia.

A yuri Henao por se apoyo y fortaleza en mis peores dias

A mi familia por su apoyo

**Tabla de contenido**

Introducción .....	14
Marco Referencial .....	17
Marco Teórico .....	17
Marco contextual .....	20
Marco conceptual .....	27
Objetivos .....	31
Objetivo General .....	31
Objetivos específicos .....	31
Metodología .....	31
Tipo de estudio .....	32
Area de estudio .....	34
Recoleccion de datos .....	34
Población Muestra .....	35
Criterios de inclusión y exclusión .....	35
Tamaño de la Muestra .....	35
Variables de análisis .....	36
Plan de análisis .....	36
Consideraciones Éticas .....	37



Resultados y discusión .....	38
Conclusiones .....	57
Referencias Bibliográficas .....	58

**Lista de Tablas**

<b>Tabla 1</b> Priorización de las situaciones evidenciadas .....	38
<b>Tabla 2</b> Filosofías y Teorías de la Calidad.....	41
<b>Tabla 3</b> Eventos adversos en la clínica Imbanaco, 2023... ..	47

**Lista de Figuras**

<b>Figura 1</b> Informe de metas de seguridad del paciente, clínica Imbanaco 2023 .....	26
<b>Figura 2.</b> Adherencia metas en seguridad del paciente UCI Adultos año 2023, Clínica Imbanaco.....	26
<b>Figura 3</b> Esquema Grafico de Reder .....	33
<b>Figura 4</b> Diagrama de atención de eventos adversos actual en la Institución.....	43
<b>Figura 5.</b> Ciclo modelo de atención del evento adverso .....	45
<b>Figura 6</b> Eventos adversos Uci Adultos, enero a diciembre 2023 .....	49
<b>Figura 7</b> Modelo de implementación de reporte y resolución del evento adverso en la UCI Adultos.....	56

### **Resumen**

**Objetivo:** Diseñar e implementar un sistema de gestión de eventos adversos (notificación, manejo y seguimiento), por parte de un equipo multidisciplinario; procurando que sea evidente, tangible y sin ánimo punitivo para todos los colaboradores de la institución y que garantice el mejoramiento continuo de la calidad de la atención de los pacientes hospitalizados en una clínica de alta complejidad en Cali Colombia. **Métodos:** Para el diseño de estudio Descriptivo observacional, de corte transversal. **Metodología:** El modelo tiene cinco fases: Primera Fase: Diseño del sistema de gestión de eventos adversos. Segunda Fase: Estudio basal de la gestión de seguridad del paciente y medición objetiva de la cultura de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. Tercera Fase: Contiene la propuesta del diseño con la creación del grupo multidisciplinario y divulgación a todo el personal de la Unidad. Cuarta Fase: Implementación del sistema en la Unidad de cuidado intensivo. Quinta Fase: Seguimiento a la estrategia y adherencia a los protocolos definidos. **Resultados Esperados:** Gestión de la cultura de seguridad y auto reporte, análisis oportuno de casos mediante la implementación del Protocolo de Londres, generación de planes de acción que sean efectivos y eficaces para cierre de brechas encontradas durante los análisis, generación de estrategias de seguimiento de los planes de mejoramiento.

**Palabras claves:** Eventos adversos, Evento Centinela, Seguridad del Paciente, previsibilidad.

### **Abstract**

**Objective:** To design and implement a system for managing adverse events (reporting, handling, and follow-up) by a multidisciplinary team; ensuring that it is evident, tangible, and non-punitive for all collaborators of the institution, and that it guarantees the continuous improvement of the quality of care for hospitalized patients in a high-complexity clinic in Cali, Colombia. **Methods:** For the design of the adverse event management model, a preliminary descriptive observational study cross-sectional study will be conducted. **Methodology:** The model has five phases: **First Phase:** Design of the adverse events management system. **Second Phase:** Baseline; study of patient safety management and objective measurement of the safety culture in the Adult Intensive Care Unit. **Third Phase:** Proposal of the design with the creation of the multidisciplinary team and dissemination to all staff of the Unit. **Fourth Phase:** Implementation of the system in the Intensive Care Unit. **Fifth Phase:** Follow-up of the strategy and adherence to the defined protocols. **Expected Results:** Management of safety culture and self-reporting, timely analysis of cases through the implementation of the London Protocol, generation of action plans that are effective and efficient in closing gaps identified during the analyses, and creation of strategies for monitoring the improvement plans.

**Keywords:** Adverse events, Sentinel event, Patient safety, Predictability.

## Introducción

La seguridad del paciente ha sido una prioridad desde que, en 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció directrices y creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el objetivo de fomentar la adopción de políticas para la notificación y el aprendizaje de errores, mejorando así la seguridad en la atención (World Health Organization, 2020).

La calidad asistencial se deriva en gran medida de la atención prestada y de la disminución de las situaciones que agravan los procesos asistenciales. En los últimos años, la seguridad del paciente ha cobrado mayor protagonismo como una de las dimensiones clave de la calidad. La mejora de los dispositivos clínicos y las actualizaciones constantes sobre modelos y procesos de atención en salud son cruciales para la calidad de la atención, ya que las intervenciones sanitarias conllevan el riesgo de eventos adversos que pueden causar lesiones, discapacidades e incluso la muerte.

Los eventos adversos son muy frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y están asociados a una variedad de situaciones, tanto propias del paciente como del proceso asistencial. Por ello, es muy importante mantener un seguimiento estricto de los eventos en la UCI, construyendo una base de datos sólida y actualizada, y desarrollando planes de acción para reducir su ocurrencia. Los pasos esenciales para disminuir los eventos adversos en la UCI incluyen la notificación oportuna y la implementación de planes de acción para reducir su recurrencia.

Cuando ocurren eventos adversos, las instituciones de salud suelen enfocarse en resarcir el daño causado al paciente e investigar las posibles causas del evento para prevenir nuevas apariciones. Según la OMS, a nivel mundial, uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre daños relacionados con la atención. Anualmente, se hospitalizan 421 millones de personas, de las cuales aproximadamente 42,7 millones experimentan eventos adversos. Estos daños son la 14.<sup>a</sup> causa de morbilidad mundial (World Health Organization, 2020).

Las muertes inesperadas de pacientes en hospitales de EE.UU. a mediados de los años noventa llevaron al gobierno a crear un comité para investigar la calidad del cuidado médico. El Institute of Medicine (IOM) de EE.UU. inició en 1998 el proyecto "Quality of Health Care in America", cuyo objetivo era desarrollar una estrategia para mejorar significativamente la calidad del sistema de salud en la siguiente década. En una fase inicial, se publicó el informe "To Err is Human: Building a Safer Health System" en 2000, que concluyó que entre 44,000 y 98,000 personas mueren anualmente en hospitales de EE.UU. debido a errores en el proceso de atención.

Adicionalmente, el estudio Harvard Medical Practice Study, realizado en 51 hospitales de Nueva York, estimó una incidencia de eventos adversos (EA) del 3,7%. En el 70% de los casos, los eventos adversos resultaron en discapacidades leves o transitorias, mientras que en el 3% de los casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% contribuyeron a la muerte. Los EA más frecuentes fueron las reacciones a medicamentos (19%), seguidas de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y las complicaciones técnicas (13%) (Brennan et al., 2004).

A partir de los primeros años del siglo XXI, los países desarrollados comenzaron a centrarse en el cuidado del paciente para minimizar los daños derivados de la atención sanitaria. Este enfoque subraya la importancia de construir una cultura de seguridad en los entornos de atención médica, fomentando un clima en el que los profesionales de la salud se sientan seguros para informar sobre errores y aprender de ellos sin temor a represalias. La mejora continua de los sistemas y procesos es fundamental para la seguridad del paciente (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999).

En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud busca prevenir situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar los eventos adversos para contar con instituciones seguras (Parra et al., 2012). La Resolución 3100 de 2019 establece la obligatoriedad de que las instituciones prestadoras de servicios de salud

cuenten con una política de seguridad del paciente, garantizando la medición, análisis, gestión e informe de los eventos adversos (Suarez et al., 2020).

El estudio IBEAS define un evento adverso como cualquier accidente que causa daño al paciente, relacionado con las condiciones de la asistencia sanitaria y no con el proceso nosológico de base. Estos eventos prolongan la estancia hospitalaria, incrementan los costos y pueden causar discapacidades temporales o definitivas, o incluso la muerte (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

En Latinoamérica, el Estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS) encontró una incidencia de eventos adversos del 19,8% (Aranaz-Andrés et al., 2011). En Brasil, Mendes et al. encontraron una incidencia del 7,6% (Mendes et al., 2009). En Colombia, un estudio realizado por Gaitán et al. en tres instituciones hospitalarias reportó una incidencia de eventos adversos del 4,6% durante la hospitalización, de los cuales el 61% eran evitables, y el 1,3% resultaron en discapacidades permanentes. La mortalidad asociada a los eventos adversos fue del 6,4%, incrementando los tiempos de hospitalización en un total de 1,072 días (Gaitán et al., 2008). Esto evidencia que los eventos adversos son frecuentes en los hospitales y clínicas del país.

Estos eventos no solo afectan al paciente y su familia, causando lesiones físicas o daño psicológico, sino que también tienen un impacto económico y financiero significativo en los sistemas de salud debido a los costos asociados a su atención. Por lo tanto, es esencial cumplir con las prácticas seguras. Este estudio tiene como objetivo implementar un sistema de gestión de eventos adversos efectivo en la unidad de cuidado intensivo adulto de alta complejidad en Cali, para aumentar la calidad en los procesos asistenciales y tener un impacto positivo en el cuidado de los pacientes críticos.



## Marco Referencial

### Marco Teórico

La creciente complejidad de los sistemas de salud favorece la ocurrencia de eventos adversos, cuyo conocimiento es crucial para establecer las medidas necesarias para evitarlos y mitigarlos en la medida de lo posible. Según la clasificación de la guía del programa de tecnovigilancia en Colombia, el evento adverso puede clasificarse en:

1. **Evento adverso serio:** Puede haber provocado la muerte o un deterioro serio de la salud del paciente, operador o cualquier persona implicada directa o indirectamente, por utilizar un dispositivo médico (Conway, 2011).
2. **Evento adverso no serio:** Evento no intencionado, diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador o cualquier persona implicada directa o indirectamente, como consecuencia del uso de un dispositivo médico (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, 2023).

La vigilancia de los eventos e incidentes adversos en Colombia se realiza a través del Programa Nacional de Tecnovigilancia, reglamentado por la Resolución 4816 de 2008. Este programa permite identificar eventos e incidentes adversos no descritos en el uso de dispositivos médicos en el territorio nacional, cuantificar el riesgo, proponer y realizar medidas de salud pública, y mantener informados a los usuarios, profesionales de la salud, autoridades sanitarias y a la población en general (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

El reporte de evento adverso implica el registro de la ocurrencia de un evento o incidente adverso en un formulario preestablecido, diligenciado por el profesional de la salud u otro reportante, donde se consigna toda la información relevante relacionada con el problema de seguridad presentado con el uso de un dispositivo médico.

A pesar del aumento en la ocurrencia de eventos adversos con el tiempo, este tema no es novedoso. En 1955, Barr vio en ellos el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia, y Moser en 1956 los denominó "las enfermedades del progreso de la medicina" (Moser, 1956). En 1964, Schimmel señaló que el 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia, y la quinta parte de estos casos eran graves (Schimmel, 1964). En 1981, Steel et al. estimaron que el 36% de los pacientes experimentaban eventos adversos, de los cuales una cuarta parte eran graves (Steel, Gertman, Crescenzi, & Anderson, 1981).

El Institute of Medicine (IOM) en EE.UU. inició en 1998 el proyecto "Quality of Health Care in America", con el objetivo de desarrollar una estrategia para mejorar significativamente la calidad de la sanidad en la siguiente década. Dentro de este proyecto se inscribe el informe "To Err is Human: Building a Safer Health System" (Kohn LT, n.d.), que examina los errores médicos en EE.UU. y es una llamada a la acción para hacer los cuidados sanitarios más seguros para los pacientes (Wilson et al., 1995).

En el Reino Unido, la preocupación por los errores y eventos adversos llevó a la promoción de políticas de identificación y reducción de errores médicos. Tras la publicación del informe del National Health Service (NHS) "An organisation with a memory" (Great Britain Chief Medical Officer & Great Britain Department of Health, 2000), se implementó el programa "Building a safe NHS" (Great Britain Department of Health, 2001).

El estudio Harvard Medical Practice Study, realizado en 51 hospitales de Nueva York, estimó una incidencia de eventos adversos (EA) del 3,7%. En el 70% de los casos, los eventos adversos resultaron en discapacidades leves o transitorias, mientras que en el 3% fueron permanentes y en el 14% contribuyeron a la muerte. Los EA más frecuentes fueron las reacciones a medicamentos (19%), seguidas de infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y complicaciones técnicas (13%) (Brennan et al., 2004).

El Quality in Australian Health Care Study, realizado en 28 hospitales del Sur de Australia y Nueva Gales del Sur, encontró una tasa de EA del 16,6%, siendo un 51% de ellos prevenibles.

Los sucesos altamente evitables se asociaron a los de mayor discapacidad (Wilson et al., 1995).

El estudio ENEAS estimó una incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria en un 8,4% (IC95%: 7,7%-9,1%). La densidad de incidencia fue de 14 EA por cada 1000 días de estancia paciente (IC95%: 13-15). La densidad de incidencia de EA moderados o graves fue de 7,3 EA por cada 1000 días de estancia (IC95%: 6,5-8,1). El 42,8% de los EA se consideró evitable (Aranaz, Aibar, Vitaller, & Ruiz, 2006).

Todos estos estudios concluyen que es necesario implementar mecanismos que permitan la identificación oportuna de fallas humanas y del sistema para desarrollar planes de mejoramiento continuo y políticas que incidan en un carácter preventivo y no punitivo para la identificación, reporte y gestión de eventos adversos.

### **Marco normativo**

En Colombia, las normas vigentes incluyen la Resolución 3100 de 2019, que trata sobre la habilitación de las instituciones prestadoras de servicios de salud y su obligatoriedad de contar con una política de seguridad del paciente que garantice la medición, el análisis, la gestión y el reporte de los eventos adversos. Además, esta resolución promueve la creación de una cultura de seguridad del paciente con un enfoque educativo en lugar de punitivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

El Decreto 780 de 2016, conocido como el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, compiló el Decreto 1011 de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este sistema se orienta a mejorar los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2006).

Asimismo, el manual de acreditación regulado por la Resolución 5095 de 2018 exige la implementación de una política de seguridad del paciente que incluya el seguimiento de los eventos adversos, su reporte, análisis y gestión, así como la mitigación de sus consecuencias (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018).

Para priorizar la seguridad del paciente como un paso fundamental en la construcción, diseño, funcionamiento y evaluación del desempeño de los sistemas de atención de salud a nivel mundial, surge la resolución WHA72.6 sobre «Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente». Esta resolución es parte del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030, que tiene como objetivo eliminar los daños evitables en la atención de salud (Astier-Peña et al., 2021).

En Colombia, la Resolución 256 de 2016 dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Con este sistema, se pretende evaluar el desempeño y los resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante indicadores, permitiendo informar objetivamente a los ciudadanos para garantizar su derecho a la libre elección de prestadores y aseguradores (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2016).

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud en Colombia establece la seguridad como una característica esencial. En 2008, esta característica se convierte en una política nacional cuyo objetivo primordial es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar en lo posible la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2016).

### **Marco contextual**

La Clínica Imbanaco es una institución de nivel IV ubicada en Santiago de Cali, Colombia, que ofrece múltiples servicios, entre ellos la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, enfocada en el manejo de pacientes de alta complejidad del suroccidente del país.

Desde su creación en los años 70, la clínica ha cimentado las bases de una entidad comprometida con servir con calidad para cuidar y preservar la vida. Por ello, la institución ha implementado el Programa de Seguridad al Paciente, que busca minimizar los riesgos y eventos adversos, procurando que la seguridad del usuario sea una prioridad durante su estancia.

Nuestra misión es mejorar continuamente la calidad de la atención, resultado de nuestra cultura de seguridad, minimizando fallas e incrementando los beneficios para el paciente y su familia.

A lo largo de 44 años, el compromiso de la entidad sigue siendo preservar la salud y la vida mediante una atención humanizada y de excelencia. Este proceso escalonado de mejora en la calidad de la atención ha tenido un enorme impacto en el desempeño de los equipos, en la reducción de la morbilidad asociada y en los resultados clínicos de nuestros pacientes.

### **Propósito**

El gobierno corporativo es el conjunto de principios, políticas y prácticas que norman la actuación y el control de los órganos de gobierno de la Clínica Imbanaco y sus relaciones con accionistas y proveedores, así como con otros actores relevantes. Se basa en una clara y equitativa distribución de derechos y responsabilidades, asegurando una rendición de cuentas transparente y una relación clara con todas las partes vinculadas.

La junta directiva, ocupando un lugar central en la estructura de gobierno corporativo de Imbanaco, ha expedido el código de buen gobierno corporativo.

La Clínica Imbanaco es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), constituida conforme a la ley colombiana, creada por escritura pública 4405 del 5 de diciembre de 1972, y tiene su domicilio en Cali, Departamento del Valle del Cauca, República de Colombia.

Es una institución privada, abierta a la comunidad que solicite sus servicios, en cumplimiento de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, con el objeto social de ofrecer servicios de salud de altísima calidad y seguridad. Está sometida a la vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y se rige, en materia de salud, por las normas emitidas por el gobierno y, en lo relativo a sociedades anónimas, por las normas de la Superintendencia Nacional de Sociedades.

La institución cumple sus funciones y aclara las normas aplicables a su actividad. Brinda un servicio integral de salud, superando las expectativas y satisfaciendo las necesidades de salud de sus pacientes y familias, buscando la excelencia en la prestación de servicios, basado en una cultura de servicio desarrollada a lo largo de los años.

### **Direccionamiento estratégico**

La Clínica Imbanaco cuenta con un programa de gestión de calidad en la atención de salud que tiene como objetivo crear, fomentar, mantener y mejorar una cultura de seguridad dentro de la institución. Esta cultura de seguridad, al ser percibida por nuestros pacientes, sus familias, colaboradores, médicos, visitantes y proveedores, incrementará su confianza en la clínica. Los objetivos específicos de este programa son:

- Cumplir con los requerimientos legales de cada componente del sistema obligatorio de garantía de calidad.
- Mejorar continuamente la calidad de los procesos de atención.
- Evitar el daño prevenible.
- Aprender del error.

El programa se enmarca en diferentes pilares de atención y se enfoca en la calidad de la atención en salud. Los procesos estratégicos se dividen en:

**Procesos Estratégicos:**

- Revisión del sistema por la dirección.
- Planificación estratégica.
- Gestión de recursos.
- Gestión de infraestructura.

**Procesos de Apoyo:**

- Gestión de solicitudes (programadas o por demanda).
- Recepción de pacientes.
- Gestión de infraestructura (equipos e información).
- Evaluación de proveedores.
- Gestión de compras.
- Gestión asistencial sanitaria al paciente.
- Aplicación de protocolos asistenciales.
- Aplicación de protocolos de tratamientos y cuidados.

Es importante reconocer los procesos estratégicos ya que regulan de manera significativa la calidad de la atención brindada a los pacientes, mejorando los resultados clínicos y aumentando la eficiencia en la prestación de servicios de salud. Esto, a su vez, promueve la seguridad en los procesos asistenciales y reduce la ocurrencia de eventos adversos.

**Propósito Superior:** Preservamos la salud y la vida entregando una atención humanizada y de excelencia.

**MEGA (Meta Estratégica Grande y Ambiciosa):** Para el 2023 seremos una de las tres instituciones de prestación de salud más importantes del país.

**Valores Corporativos:**

- **Vocación de Servicio:** Cada paciente es único. Actuamos con compasión, empatía y vocación para conectarnos con lo importante para cada paciente y su familia, superando sus expectativas.
- **Excelencia:** Excelencia y seguridad para brindar confianza. Generamos confianza al trabajar bajo los más altos estándares de calidad y seguridad para lograr los mejores resultados.
- **Trabajo en Equipo:** Unidos logramos el mejor resultado. Somos conscientes de que las capacidades de todos suman más que las individuales, y que al colaborar y compartir conocimiento logramos los mejores resultados.
- **Integridad:** Coherentes, transparentes y respetuosos. Actuamos de acuerdo con nuestros principios y los de la institución, siendo coherentes entre lo que pensamos, decimos y hacemos.

**Modelo de Gestión de Eventos Clínicos de la Clínica Imbanaco**

El modelo de gestión de eventos clínicos en la Clínica Imbanaco tiene como objetivo general asegurar la correcta ejecución de la metodología para el registro y análisis de eventos e incidentes en el módulo de eventos clínicos.

**Alcance:** Este modelo se aplica a todos los líderes de servicio asistencial de la Clínica Imbanaco que realizan registros de eventos clínicos, incluyendo incidentes, eventos adversos, complicaciones y RAM (Reacciones Adversas a Medicamentos).

**Proceso de Registro:** El registro de los eventos clínicos causados por procesos infecciosos, como la flebitis infecciosa, es realizado por el Comité de Infecciones y Vigilancia Epidemiológica. El equipo responsable de este registro incluye la Coordinación de Calidad y Seguridad del Paciente, bajo la dirección de calidad de la clínica.



Este modelo garantiza una gestión eficaz de los eventos clínicos, promoviendo la mejora continua en la seguridad del paciente y la excelencia en la atención sanitaria en la Clínica Imbanaco.

### **Metas internacionales en seguridad del paciente**

En la Clínica Imbanaco, se implementa un riguroso sistema de medición basado en metas internacionales para evaluar la adherencia a los procesos de seguridad del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) Adultos durante el año 2023. Estas metas, del 1 al 7, son fundamentales para garantizar la calidad en la atención mediante la recolección de información y el uso de tablas específicas de cumplimiento.

Las metas se diferencian de la siguiente manera:

- **Meta 1:** Identificación correcta del paciente.
- **Meta 2:** Comunicación efectiva.
- **Meta 3:** Mejorar la seguridad en el manejo de medicamentos de alto riesgo.
- **Meta 4:** Garantizar la correcta realización de la cirugía en el lugar, procedimiento y paciente correctos.
- **Meta 5:** Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.
- **Meta 6:** Reducir el riesgo de caídas.

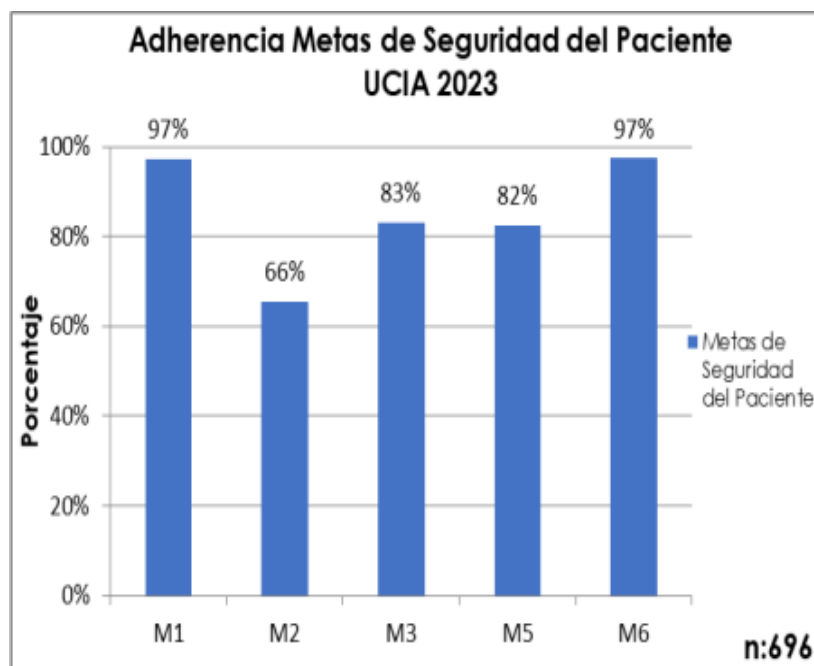
La adherencia a estas metas proporciona una medida clara del cumplimiento de los procesos asistenciales y destaca áreas específicas que requieren refuerzo y mejoramiento continuo (ver figura 1). Este enfoque está alineado con estándares internacionales de medición, asegurando que la Clínica Imbanaco mantenga altos niveles de seguridad y calidad en la atención médica ofrecida a sus pacientes en la UCI Adultos (ver figura 2).

**Figura 1.** Informe de metas de seguridad del paciente, clínica Imbanaco 2023



Fuente: Direccion de Calidad, informe de metas de seguridad del paciente, clínica imbanaco 2023

**Figura 2.** Adherencia metas en seguridad del paciente UCI Adultos año 2023, Clínica Imbanaco



Fuente: Direccion de Calidad, informe de metas de seguridad del paciente, clínica imbanaco 2023

## **Marco conceptual**

Esta revisión mejora la claridad y precisión de los términos relacionados con la seguridad del paciente y los eventos clínicos en la Clínica Imbanaco.

### **Evento Adverso (EA)**

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2010), un Evento Adverso (EA) es una situación no deseada que ocurre durante la atención asistencial, pudiendo convertirse en eventos prevenibles y no prevenibles.

- **Evento adverso no prevenible:** Resulta en un desenlace no deseado e involuntario, a pesar de cumplir con todos los estándares de cuidado asistencial.
- **Evento adverso prevenible:** Aunque no es intencional ni deseado, podría haberse evitado cumpliendo con los estándares disponibles de cuidado asistencial.

## **5W1H**

Herramientas utilizadas para diseñar e implementar planes de mejora y barreras de seguridad en los ciclos de mejora continua, respondiendo a las preguntas qué, quién, cuándo, dónde, por qué y cómo.

### **Acción Correctiva**

Acción inmediata para eliminar la causa de una no conformidad.

### **Acción Correctora**

Parte de un plan de mejora general para evitar la recurrencia de eventos clínicos prevenibles.

### **Acción de Mejora**

Acción destinada a mejorar el desempeño con resultados medibles.

**Acción Preventiva**

Intervención proactiva para abordar la causa de una oportunidad de mejora.

**Atención en Salud**

Servicios recibidos por individuos o poblaciones para promover, mantener, monitorear o restaurar la salud.

**Complicación**

Lesión o daño inherente a las condiciones del paciente o su enfermedad, no relacionado con fallas en la atención en salud.

**Condición Insegura**

Circunstancia que, diferente a la enfermedad del paciente, incrementa la probabilidad de un evento adverso.

**Daño**

Empeoramiento de la estructura o función corporal, con efectos adversos como enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad o muerte, tanto físicos, sociales como psicológicos.

**Daño Temporal Severo**

Daño que pone en riesgo la vida del paciente por un tiempo limitado, sin causar daño permanente, pero que requiere monitoreo prolongado, transferencia a cuidado superior, cirugía mayor o tratamiento para su resolución.

**Diagrama de Causa y Efecto**

Conocido como diagrama de Ishikawa o diagrama de espina de pescado, es una herramienta para identificar causas y factores que contribuyen a un problema.

**Error**

Falla que ocurre en el proceso planeado que afecta el logro del resultado esperado, sea por acción u omisión, consciente o inconsciente.

**Evento Adverso**

Lesión o daño no intencional causado al paciente durante la atención en salud, no relacionado con su patología de base o estado subyacente.

**Evento Centinela**

Evento de seguridad del paciente no relacionado con la enfermedad del paciente o su condición clínica, que resulta en daño temporal severo, daño permanente o muerte.

**Evento sin Daño**

Evento de seguridad del paciente que afecta al paciente pero no le causa daño.

**Falla Interna**

Incumplimiento de requisitos dentro de actividades procesales.

**Falla Interproceso**

Incumplimiento de requisitos entre procesos, que son insumos para otro proceso.

**Near Miss**

Falla en la atención que es identificada y evitada antes de afectar al paciente.

**Incidente**

Falla no intencional que afecta al paciente durante la atención en salud.

**Producto o servicio no conforme (PNC)**

Resultado de un proceso que no cumple con requisitos especificados.

**Reacción adversa a medicamentos (RAM)**

Respuesta nociva e involuntaria a un fármaco administrado en dosis normales para profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, o para modificar funciones fisiológicas.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Mejorar la gestión de eventos adversos en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de una Clínica de alta complejidad en Cali, Colombia. Esto implica notificación, manejo y seguimiento por un equipo multidisciplinario, asegurando transparencia y aprendizaje continuo para mejorar la atención hospitalaria.

### **Objetivos específicos**

- Realizar un análisis de la gestión actual de eventos adversos del área de estudio.
- Describir los aspectos sociodemográficos de los eventos adversos ocurridos en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto en el año 2023.
- Identificar los diagnósticos más relevantes asociados a los eventos adversos ocurridos en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto durante el año 2023.
- Estructurar un modelo de gestión de eventos adversos basado en el autoreporte, seguimiento y análisis de eventos en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto de una Clínica de alta complejidad en Cali, Colombia.

### **Metodología.**

Para el desarrollo de este trabajo de grado en el cual diseñaremos una mejora al actual modelo de gestión de eventos adversos de la clínica Imbanaco, desarrollaremos:

- Un estudio de investigación descriptiva de tipo transversal que observa la prevalencia de eventos adversos para desarrollar estrategias que fomenten su reporte.
- Un análisis del entorno y del sector en el que opera la Clínica Imbanaco.
- Analisis del modelo en la institucion de alta complejidad
- Análisis sociodemográfico de los eventos adversos de la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, 2023

### **Tipo de estudio**

Este estudio es una investigación descriptiva de tipo transversal que observa la prevalencia de eventos adversos para desarrollar estrategias que fomenten su reporte.

Para asegurar el éxito de una organización, es fundamental reforzar el liderazgo y diseñar una estrategia clara. Esto implica desarrollar políticas organizacionales efectivas, involucrar al personal y mejorar los procesos para añadir valor a los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El esquema lógico de REDER permite evaluar de manera estructurada el desempeño de una organización, y comprende los siguientes componentes (ver figura 3).



**Figura 3.** *Esquema Grafico de Reder.*



Para establecer resultados claros como parte de la estrategia, es crucial planificar y desarrollar enfoques sólidos, fundamentados e integrados que no solo aseguren resultados presentes, sino que también estén orientados hacia el futuro. El despliegue sistemático de estos enfoques garantiza su efectiva implantación. Posteriormente, evaluar, revisar y perfeccionar el enfoque desplegado se vuelve fundamental, basándose en el análisis y seguimiento continuo de resultados y actividades de aprendizaje (EFQM, 2018).

El EFQM no solo evalúa la capacidad organizacional actual, sino también su rendimiento futuro. Como indica, cumplir con un estándar no constituye excelencia; verdaderamente, excelencia implica ir más allá de lo esperado.

El esquema lógico de REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión) coincide con el Ciclo PDCA de Deming (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar). La diferencia clave radica en que REDER inicia su planificación después de un análisis exhaustivo de los resultados o indicadores organizacionales (diagnóstico situacional). El Enfoque corresponde a la fase de planificación (P – Plan), el Despliegue implica la implementación de los procesos (D – Hacer), la Evaluación se centra en la medición excelente de los procesos aplicados (C –

Verificar), y la Revisión implica un aprendizaje continuo que facilita la identificación, jerarquización, planificación y puesta en práctica de mejoras constantes (A – Actuar) (Hernandez, 2007).

Por lo tanto, REDER y PDCA abarcan los mismos conceptos fundamentales, siendo la principal diferencia que REDER enfatiza la necesidad de contar con resultados e indicadores iniciales como base para su implementación y mejora continua.

### **Area de estudio**

la investigación se llevará a cabo en una institución de alta complejidad en Cali, Valle, con un enfoque específico en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, la cual cuenta con 58 camas para la atención de pacientes críticos.

### **Recoleccion de datos**

La recolección de datos se divide en dos fases: la primera consiste en analizar el actual modelo de gestión de eventos clínicos proporcionado por el área de estudio, y la segunda fase implica la aplicación del modelo establecido en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. Para esto se han establecido cinco fases:

1. **Diseño del sistema de gestión de eventos adversos:** Reconocimiento de las fallas y deficiencias para prevenir la ocurrencia de eventos adversos.
2. **Estudio basal de la gestión de seguridad del paciente y medición objetiva de la cultura de seguridad** en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.
3. **Propuesta del diseño y creación de un grupo multidisciplinario:** Involucra al personal en la mejora continua de los procesos de atención y recuperación, promoviendo una participación activa y no punitiva.
4. **Implementación del sistema en la Unidad de Cuidado Intensivo:** Realizada directamente por el personal involucrado en eventos adversos, con el apoyo del equipo de calidad de la UCI Adultos, para fortalecer la educación y la atención centrada en el paciente.

5. **Seguimiento y adherencia a los protocolos definidos:** Fomento de un liderazgo en el reporte y la educación continua entre los trabajadores, con el objetivo de medir la adhesión a los procesos de atención y crear modelos de mejora continua.

### **Población Muestra**

La población de estudio se centra en eventos adversos y centinelas ocurridos en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de dicha clínica de alta complejidad en Cali, Colombia, durante el año 2023. Se considerará la esperanza de vida y las complicaciones asociadas a cada paciente para comprender mejor el contexto de los eventos estudiados.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Para el estudio se tendrá en cuenta como criterio de inclusión los siguientes aspectos:

- Eventos clínicos del área de Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.
- Eventos adversos y centinelas presentados en el periodo de estudio 2023
- Eventos presentados en adultos mayores.

Los criterios de exclusión son:

- Eventos de tipo: near miss, eventos sin daños e incidentes
- Eventos extrainstitucionales
- Eventos adversos que estén en fases de planificación, análisis o reclasificación.

### **Tamaño de la Muestra**

El tamaño de la muestra se basa en 206 registros de eventos adversos que cumplen con los criterios de inclusión, obtenidos de una base de datos que registra un total de 206 eventos adversos ocurridos en la UCI Adultos durante el año 2023.

**Variables de análisis**

Las variables analizadas incluyen datos sociodemográficos de los pacientes, diagnósticos asociados a los eventos adversos, clasificación de eventos adversos y análisis de eventos centinelas, todos obtenidos de la base de datos institucional disponible.

**Plan de análisis**

El análisis de datos se realiza en dos fases: la primera fase incluye un análisis de contenido relevante para los modelos de gestión existentes, mientras que la segunda fase implica el uso de Microsoft Excel y Power BI para la manipulación y visualización de datos, utilizando frecuencias relativas y absolutas para el análisis estadístico.

### **Consideraciones Éticas**

Se aseguró la debida confidencialidad y privacidad de los pacientes. Cada paciente fue identificado mediante codificación para evitar que personas no autorizadas pudieran rastrear su información. Las partes interesadas en llevar a cabo el estudio de investigación revisaron las bases de datos de eventos adversos ocurridos en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. Por lo tanto, este estudio se considera de riesgo mínimo según la resolución colombiana 8430 de 1993. Los investigadores se comprometen a mantener la debida confidencialidad y privacidad de los pacientes.

La información utilizada para el reporte y manejo de calidad, así como para los eventos adversos, se obtuvo de la página SIAM y de los reportes encontrados en la UCI Adultos durante el año 2023-2024. Durante el análisis se revisaron los eventos más recurrentes en la población de adultos mayores, evaluando las condiciones en que se presentaron y la adherencia del personal de la UCI Adultos en su manejo.

Antes de iniciar este trabajo, se solicitó autorización a las directivas de la clínica para evaluar y revisar los resultados de los eventos adversos ocurridos en la UCI Adultos, quienes aprobaron el desarrollo del estudio con modificaciones posteriores.

## Resultados y discusión

### Analisis del entorno y del sector

A continuación se presenta un análisis del entorno y del sector en el que opera la Clínica Imbanaco. El objetivo es identificar y evaluar los factores externos e internos que influyen en el desempeño y las oportunidades de la clínica. Se utilizará la metodología DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas).

El análisis DOFA permitirá identificar las fortalezas internas que la clínica puede aprovechar para mantener y mejorar su posición en el sector salud. Asimismo, se abordarán las debilidades internas que requieren atención y mejora. En cuanto a los factores externos, se examinarán las oportunidades del entorno que la clínica puede capitalizar, así como las amenazas que podrían afectar negativamente su desempeño.

Este enfoque integral ayudará a la Clínica Imbanaco a desarrollar nuevas estrategias que sean adecuadas a sus necesidades a corto, mediano y largo plazo (ver tabla 1).

**Tabla 1.** Priorización de las situaciones evidenciadas.

Prioridad	Situación evidenciada
1	Fomento del Auto reporte y mitigación de la recurrencia de nuevos eventos.
1	Manejo de Eventos Adversos por el grupo de calidad e la UCI.
2	Equipo y medios para reporte de eventos. Código QR para reporte oportuno. Rondas diarias del equipo de calidad verificando si hay ocurrencia de eventos en el turno.

3	El personal asistencial no se sienta señalado al momento de realizar un reporte. Complejidad de los pacientes de la UCI. Falta de adherencia al reporte de eventos.
4	Complejidad de los procesos asistenciales y adherencia de los protocolos institucionales.

Nota: Elaboración propia.

Metas establecidas desde la dirección de calidad de la institución y que cada servicio debe ser garante de que se desarrollen:

- Mantener una cultura de seguridad del paciente promedio mayor del 80%
- Adherencia a las metas internacionales de seguridad del paciente
- Incrementar el reporte de near miss
- Cero eventos centinelas
- Tendencia negativa del índice de daño prevenible
- Seguimiento a la implementación de las acciones de mejora establecidas de los planes de mejoramiento.

### **Prioridades de mejora de calidad y seguridad**

Como política fundamental, la Clínica Imbanaco prioriza el mejoramiento continuo de la calidad y seguridad. Se enfoca especialmente en optimizar el diagnóstico, tratamiento y cuidado de pacientes con alto riesgo de experimentar eventos adversos. Las actividades de mejora se centran en:

- Cumplir con las seis metas de seguridad del paciente.
- Seguir las guías de práctica clínica prioritarias en la Clínica Imbanaco.
- Prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Evitar daños prevenibles (Eventos adversos).

- Mantener la satisfacción del paciente y sus familiares.

## **Evaluación y Seguimiento**

La evaluación y seguimiento de los eventos adversos se desarrollan bajo las siguientes premisas:

### **1. Cultura de seguridad**

- Reporte de near miss.
- Encuesta de clima de seguridad.

### **2. Infecciones**

- Cumplimiento del estándar ISO de nivel de riesgo cero.
- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.

### **3. Satisfacción del paciente**

- Índice de satisfacción de pacientes encuestados, con un Net Promoter Score (NPS) superior al 75%.

### **4. Seguridad del paciente**

- Adherencia al protocolo de time out.
- Discrepancias diagnósticas en urgencias por apendicitis.
- Discrepancias diagnósticas en cirugías electivas de coledocistitis.
- Pacientes pediátricos sometidos a apendicectomía sin complicaciones.
- Reporte de eventos relacionados con errores en la identificación del paciente.
- Eventos adversos relacionados con fallos en el protocolo SBAR.
- Eventos adversos asociados al uso de medicamentos.
- Eventos adversos centinela.
- Incidentes de caídas de pacientes durante la hospitalización.
- Incidentes de caídas de pacientes en servicios ambulatorios.
- Eventos adversos asociados a la sedación.
- Eventos adversos asociados a la anestesia.



- Índice de daño prevenible.

Este enfoque garantiza la atención integral y la seguridad de los pacientes en la Clínica Imbanaco. Y de esta manera tenemos los diferentes modelos y teorías de calidad implementados en el mundo y por muchos sistemas de salud adoptados por cada país.

**Tabla 2.** Filosofías y Teorías de la Calidad

<b>Autor</b>	<b>Filosofía/Teoría desarrollada</b>	<b>Conceptos principales</b>
Edwards Deming (1900-1993) Estadístico estadounidense	Control Estadístico de la Calidad. “CALIDAD TOTAL” Ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar) o PDCA.	Control estadístico de procesos Filosofía de Administración para la Calidad. Ciclo PDCA (planificar-desarrollar controlar-actuar) Mejorar para ser competitivos
Joseph M. Jurán (1954) Ingeniero, abogado y asesor rumano	“Trilogía de Juran” Planificación de la Calidad Control de la Calidad Mejora de la Calidad	Definir mercado y su necesidad Definir características del producto y servicio a lograr Desarrollo de procesos productivos Cumplir expectativas/conformidad Comparar producto vs objetivos de calidad Actuar sobre las diferencias: Establecer metas para la mejora continua Realizar proyectos para solucionar problemas Planificar el alcance de las metas. Registrar y comunicar los resultados.

Nota: Elaboración propia,

### **Análisis de situación relacionada con el modelo de atención vigente**

Los sistemas sanitarios, cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables y mejor informados, conforman un entorno clínico donde los eventos adversos (EA) relacionados con la asistencia sanitaria son cada vez más frecuentes. Esto subraya la necesidad imperiosa de una gestión eficaz de los riesgos sanitarios, dado el creciente requerimiento de calidad por parte de los usuarios de servicios médicos.

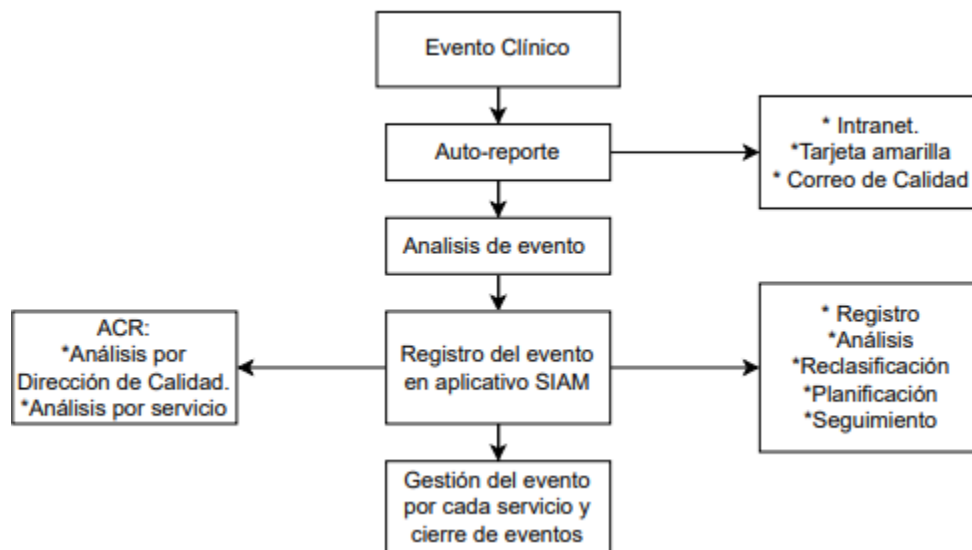
En Colombia, la política de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, tiene como objetivo prevenir situaciones que afecten la seguridad del paciente y reducir la incidencia de eventos adversos, promoviendo así instituciones más seguras y competitivas. La medicina colombiana ha alcanzado niveles significativos de desarrollo, con reconocimientos destacados en áreas como los programas de trasplantes y el seguimiento neonatal en programas de madre canguro, aunque estos avances, a veces riesgosos, no siempre se deben a fallos del personal de salud, sino más bien al desconocimiento de factores contribuyentes que pueden desencadenar estos eventos.

En Colombia, la seguridad del paciente es prioritaria en la atención sanitaria, dado que los eventos adversos e incidentes reflejan una atención insegura en los hospitales e instituciones de salud. Los eventos adversos son indicadores clave para evaluar la calidad de los servicios de salud, ya que aproximadamente el 10% de los pacientes hospitalizados experimentan algún tipo de evento adverso en un día determinado, con un riesgo que se duplica si se considera el tiempo total de hospitalización. Por lo tanto, es crucial que el personal de salud comprenda la magnitud del problema de los eventos adversos y adopte medidas preventivas para promover acciones que garanticen una prestación segura de servicios (Parra et al., 2017).

La seguridad del paciente implica una evaluación continua y proactiva de los riesgos asociados con la atención sanitaria en las instituciones, implementando barreras de seguridad necesarias para mitigar el daño a pacientes, familias y personal de salud. Esto no solo reduce los costos asociados con complicaciones clínicas y acorta los periodos de hospitalización, sino que también subraya la importancia de contar con un equipo multidisciplinario que apoye la concienciación y desarrolle planes de trabajo enfocados en la seguridad colectiva de los pacientes y la mejora continua.

Esta investigación surge de la necesidad de diseñar e implementar un sistema efectivo de gestión de eventos adversos en la unidad de cuidado intensivo adulto, con el objetivo de mejorar la calidad de los procesos médico-asistenciales y tener un impacto positivo en el cuidado de pacientes críticos.

**Figura 4.** Diagrama de atención de eventos adversos actual en la Institución



Nota: Elaboración propia.

### **Análisis del modelo en la institución de alta complejidad**

En la actualidad, la Clínica Imbanaco cuenta con un procedimiento establecido para responder a los eventos adversos que ocurren dentro de sus instalaciones. El proceso se describe de la siguiente manera:

Después de que se presenta un evento adverso, se inicia el procedimiento de respuesta enviando un correo electrónico al servicio donde ocurrió el evento. El líder de calidad del área correspondiente asume la responsabilidad de analizar el incidente, proporcionar una respuesta adecuada y luego proceder al cierre del evento en cuestión.

Este método permite una gestión organizada y efectiva de los eventos adversos, asegurando que cada incidente sea abordado con la debida atención y seguimiento por parte del personal responsable.

## **Mecanismos de reporte de eventos clínicos**

En la clínica Imbanaco los eventos clínicos independientes de su clasificación se reportan mediante los siguientes mecanismos:

**Intranet-reporte de incidentes:** este formulario electrónico al ser diligenciado por cualquier persona en la organización llega directamente a la dirección de calidad y seguridad del paciente para su revisión y redireccionamiento al servicio responsable del reporte y analizar el caso en el aplicativo oficial de eventos clínicos SIAM.

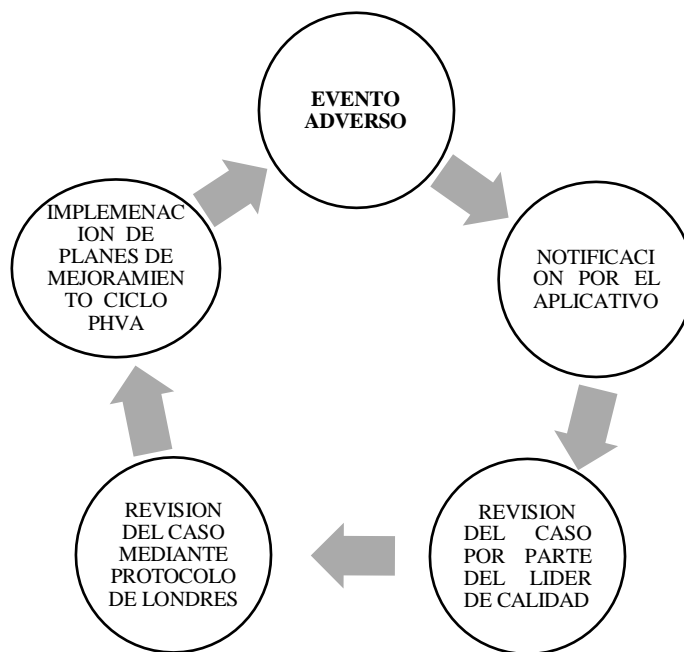
**Tarjeta amarilla:** Es un formulario físico que se encuentra disponible en todas las aéreas clínicas en el que el personal independientemente de su cargo o rol en el equipo de atención puede reportar un evento clínico o preocupación de seguridad del paciente y entregarla a su jefe directo o a la dirección de calidad, el caso reportado será diligenciado en el aplicativo de eventos clínicos SIAM por parte del jefe del servicio donde ocurrió el evento.

**Correo electrónico:** [seguridaddelpaciente@imbanaco.com.co](mailto:seguridaddelpaciente@imbanaco.com.co); es el correo establecido para la recepción de notificaciones de eventos clínicos para su revisión y redireccionamiento al servicio responsable de reporte y analizar en el aplicativo oficial de eventos clínicos SIAM.

### **Registro Extemporáneo**

El módulo de eventos clínicos permite realizar registros del mes actual y hasta el día 5 del mes siguiente. Si se realiza un registro del mes anterior a la fecha, se debe enviar la justificación a seguridad del paciente para que se autorice el registro extemporáneo. Si se envía la solicitud, el sistema permite llenar la información solo de la fase de registro, las otras etapas quedan pendientes mientras la solicitud es aprobada. Se enviará correo electrónico notificado a la aprobación o anulación respectiva.

**Figura 5.** Ciclo modelo de atención del evento adverso



Fuente: Elaboración propia

### **Página de reporte de eventos adversos.**

la institución ha desarrollado un sistema de reporte en su aplicativo institucional, el cual permite disponer de la información en tiempo real y por cada servicio, esto permite la agilidad del análisis y seguimiento de eventos adversos, permitiendo un análisis estructurado y sistemático que permite el registro, análisis, clasificación, planificación y seguimiento de los eventos clínicos de la institución.

### **Análisis sociodemográfico de los eventos adversos de la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, 2023**

Como se observa en la tabla 3, se muestra la secuencia completa del modelo de atención y respuesta a los eventos adversos evidenciados en la UCI Adultos. Estos eventos se definen de la siguiente manera:

Cuando ocurre un evento adverso en la UCI Adultos, se registra tanto a través del reporte de mortalidad como del aplicativo correspondiente. Ambos reportes son sometidos a un Análisis de Causa Raíz (ACR), que sirve como base estadística y como referencia para la prevención de nuevos eventos.

Los resultados muestran una recurrencia de eventos en pacientes de edades comprendidas entre los 62 y 70 años, destacando que aquellos con antecedentes de diabetes e hipertensión arterial son los más propensos a experimentar eventos adversos. Estas condiciones son las más frecuentes en la UCI Adultos y están estrechamente relacionadas con los motivos de ingreso y las complicaciones asociadas al proceso de atención, como postración, aumento de deposiciones, desnutrición proteico-calórica, disminución de la movilidad, aumento de la humedad y desacondicionamiento físico. Estos factores contribuyen significativamente a la ocurrencia de eventos adversos en la UCI Adultos.

Además, se observa un aumento en la concienciación sobre el reporte de eventos, ya que la mitad de los reportes fueron realizados por el personal asistencial al identificar la recurrencia de los eventos. El tipo de evento adverso más frecuente fue la Úlcera por Presión (UPP), en sus diferentes clasificaciones.

Esta información proporciona un panorama detallado de los eventos adversos en la UCI Adultos, destacando áreas críticas que requieren atención y medidas preventivas continuas para mejorar la calidad y seguridad del cuidado hospitalario.

**Tabla 3.** Eventos adversos en la clínica Imbanaco, 2023

<b>Variables sociodemográficas</b>		
<b>Características</b>	<b>Numero</b>	<b>Porcentaje</b>
Edades entre 18 a 25 años	9	4%
Edades entre 26 a 34 años	17	8%
Edades entre 35 a 43 años	21	10%
Edades entre 44 a 52 años	17	8%
Edades entre 53 a 61 años	28	14%
Edades entre 62 años a 70 años	52	25%
Edades entre 71 a 80 años	38	18%
Edades entre 81 a 99 años	24	12%
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>
<b>Diagnósticos asociados a los Eventos Adversos 2023</b>		
HTA	50	20%
DM	50	20%
ACCIDENTES DE TRANSITO	24	12%
FALLAS CARDIACAS	31	15%
MAV	24	12%
OTROS	26	12%
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>
<b>Clasificación de Eventos Adversos 2023</b>		
Probablemente Prevenible	103	50%
Probablemente no Prevenible	103	50%
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>
<b>Eventos centinela en el año 2023</b>		
SI	12	6%
NO	194	94 %
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>
<b>Autorreporte de eventos adversos en el 2023</b>		
SI	103	50%
NO	103	50%
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100%</b>
<b>Prevalencia de eventos adversos en el 2023</b>		
UPP GI	48	63%
UPP GII	24	23%
FLEBITIS QUIMICA	17	14%
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100%</b>

Nota: elaboración propia.

Al analizar la Tabla 3, se observa la prevalencia continua de eventos adversos relacionados con lesiones cutáneas en la UCI Adultos, siendo la Úlcera por Presión (UPP) Grado I la más frecuente, seguida por la UPP Grado II y las flebitis químicas como la tercera en frecuencia.

Los eventos más prevalentes son mayormente prevenibles mediante medidas de protección cutánea mejoradas y el uso de dispositivos que reduzcan la recurrencia de las lesiones. Se destaca la importancia de la movilización temprana de los pacientes y la colaboración con el equipo de CIPHO (Curaciones Integrales y Prevención de Heridas y Ostromías), encargado de las estrategias de protección cutánea. Esto ha llevado a una reestructuración en la modalidad de reporte y evaluación de eventos.

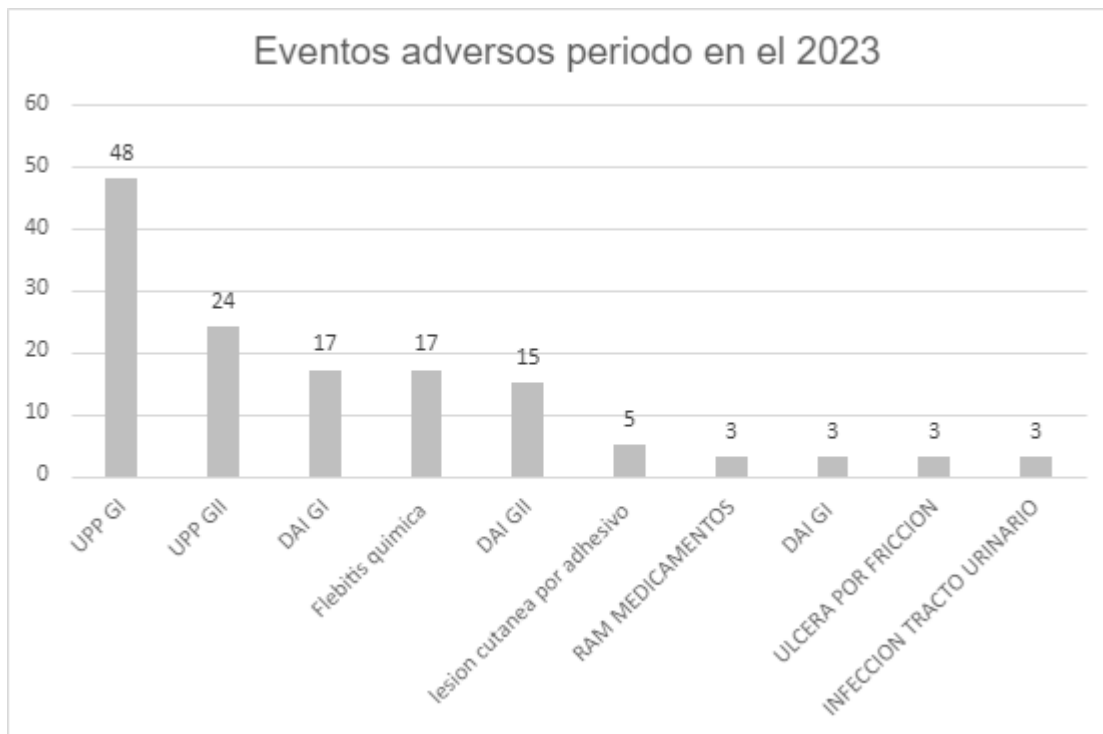
El análisis de la secuencia de eventos en la UCI Adultos revela su recurrencia y la necesidad de mayor involucramiento del personal asistencial en la resolución y prevención de eventos. Se propone la implementación de un nuevo modelo de atención y respuesta que involucre directamente al personal asistencial en la resolución de eventos, promoviendo una cultura de cuidado y prevención que reduzca progresivamente la recurrencia de eventos adversos en la atención de salud.

Este equipo de trabajo contará con el respaldo del personal de calidad y seguridad del paciente para desarrollar nuevos modelos de atención enfocados en la mejora continua, reduciendo así el tiempo de estancia hospitalaria y los costos adicionales en la atención de salud.

Una reestructuración en la metodología de reporte permitiría medir la adhesión a las respuestas de eventos y desarrollar nuevos modelos de atención dirigidos a minimizar riesgos y disminuir las estancias hospitalarias no relacionadas con las respuestas directas a eventos. Esto también serviría para concienciar al equipo sobre la importancia de seguir procesos de trabajo que eviten la recurrencia de eventos adversos, fomentando una atención oportuna y mitigando los factores de riesgo que podrían potenciar estos eventos.



**Figura 6.** Eventos adversos Uci Adultos, enero a diciembre 2023.



Nota: Elaboración propia.

En la gráfica se observa una gran prevalencia de eventos adversos relacionados con la atención de pacientes en lesiones cutáneas. Observando la recurrencia del evento UPP GI y el segundo evento más consecutivo es el UPP GII.

### **Propuesta de Modelos de la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto**

Para mejorar la gestión de eventos adversos de la unidad de cuidado intensivo adulto, nos hemos basados en el modelos de gestion de seguridad de paciente de la Clínica Imbanaco, adicional con la referenciación de otras instituciones y experiencias vividas de la gestión del día a día de los eventos adversos del servicio. Hemos implementado un modelo integral

para fortalecer la seguridad del paciente en nuestra Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, para ello hemos planteado varios aspectos a tener en cuenta: conformación de un equipo de trabajo que analice los eventos, mejorar el mecanismo de autoreporte de eventos y búsqueda activa de eventos, fortalecer la educación de seguridad en los colaboradores, implementación de las rondas de seguridad, y estandarizar el proceso de gestión de eventos en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.

En base a las políticas institucionales, se han tomado varios aspectos para el modelo de gestión de eventos de la unidad, además cabe aclarar que la unidad de cuidado intensivo está trabajando bajo el modelo de la institución, pero evidenciando la importancia de poder sistematizar la gestión de eventos de manera óptima y que vaya en visión a lo que plantean la política institucional, vemos importante resaltar el modelo de la unidad y poder garantizar la conformación del mismo teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

### **Gestión del Talento Humano para la conformación de un equipo de trabajo que analice los eventos.**

Contamos con una política sólida de seguridad del paciente y un grupo especializado dedicado a esta área. Es fundamental colaborar estrechamente con este equipo para cultivar una cultura de seguridad permanente en la UCI. Esto implica difundir y promover activamente prácticas seguras entre todos los colaboradores, fomentando la participación activa en la prevención de riesgos y la promoción de prácticas seguras. La sensibilización del personal en el reporte oportuno de incidentes es crucial para analizar causas y establecer barreras efectivas que aseguren una atención segura.

### **Equipo revisor de casos en la UCI Adulto**

Hemos establecido un equipo dedicado en la UCI Adulto, liderado por profesionales competentes en seguridad del paciente. Este equipo investiga y analiza exhaustivamente los eventos adversos, implementando acciones correctivas para reducir riesgos durante la atención. Incluye la participación del Coordinador de Calidad, la Coordinadora Asistencial,

el Jefe Médico, el personal médico y asistencial involucrado, pares del personal y, según sea necesario, un Representante de Seguridad del Paciente.

### **Estructura de funciones del talento humano en el modelo.**

#### Coordinador de Calidad:

Es responsable de la revisión sistemática y exhaustiva de los casos clasificados como eventos adversos. Lidera los procesos de atención orientados a la mejora continua de la calidad y está al tanto de las nuevas políticas de calidad y seguridad en la atención de salud. Supervisa la creación y revisión de las políticas institucionales de manejo de pacientes y evalúa los eventos presentados en las diferentes dependencias. También informa directamente a la junta directiva sobre la ocurrencia de eventos adversos.

Junto con el equipo de seguridad del paciente, realizará auditorías internas para asegurar el cumplimiento de los procesos de calidad y mejoramiento de la atención, mitigando situaciones que puedan incumplir las políticas de seguridad del paciente de la institución. Será el mediador en la resolución de eventos adversos y aclarará las dudas surgidas en las reuniones de seguridad del paciente. Además, se encargará de las actualizaciones sobre normativas y cambios en los protocolos de atención, según las nuevas políticas de salud.

#### Coordinadora Asistencial:

Desde el punto de vista asistencial, revisa la implementación de los planes de acción acordados en las reuniones del equipo evaluador de eventos adversos o del grupo de seguridad del paciente. Evalúa las características del evento y la implementación de los planes de mejoramiento y seguimiento de procesos en el equipo de trabajo de la UCI de adultos. Analiza la correcta implementación de los procesos asistenciales y trabaja para reducir la recurrencia de posibles eventos adversos.

#### Jefe Médico:

Revisa y lidera la implementación de cambios en los procesos asistenciales. Es responsable de realizar mejoras en dichos procesos cuando sean necesarias y contribuyan a la disminución de eventos adversos en la UCI de adultos. Acompaña las acciones de mejora discutidas en las reuniones del equipo de seguridad del paciente y actualiza las políticas asistenciales para mitigar nuevos eventos adversos.

#### Personal Médico:

Cuando el evento adverso se debe a procesos asistenciales médicos, es el encargado de la reunión de revisión del evento adverso y de generar planes de acción de manera no punitiva. Debe replicar la información a sus colegas sobre el evento y los resultados de la reunión. Su principal objetivo es generar conciencia sobre la resolución de eventos adversos y el empoderamiento de los resultados esperados, evitando la recurrencia de eventos adversos por prácticas médicas inadecuadas y asegurando la implementación de las políticas institucionales de seguridad del paciente.

#### Personal de Enfermería:

Cuando el evento se debe a procesos de atención en salud y la no adherencia a las políticas institucionales, es responsable de generar y aplicar los planes de acción y de asegurar la correcta implementación de los procesos de seguridad del paciente. También debe divulgar los resultados de las reuniones de seguridad del paciente, influyendo significativamente en las mejoras de los procesos de atención y manteniéndose al día con las actualizaciones recientes.

#### Representante de Seguridad del Paciente:

Es responsable de supervisar la implementación de los modelos de atención acordados en las reuniones de seguridad del paciente y de asegurar que los protocolos se apliquen correctamente. Evalúa la adherencia a los protocolos, parametriza la información obtenida y

presenta estadísticas sobre los eventos y su recurrencia. Además, monitorea el cumplimiento de los planes de mejora y verifica la calidad de la atención en salud.

### **Gestión de la información para mejorar el mecanismo de autoreporte de eventos y búsqueda activa de eventos,**

Estamos mejorando significativamente nuestros procesos de reporte. Cada servicio involucrado en la atención directa e indirecta, como cafetería, farmacia, central de mezclas y otros grupos terapéuticos, asumirá la responsabilidad directa del reporte y plan de manejo de sus eventos. Esto representa un cambio importante, ya que actualmente el reporte y respuesta provienen principalmente del equipo de la UCI, lo cual evidencia la necesidad de mejorar la adherencia y resultados en otros servicios. Cada área o servicio desarrollará planes de acción para minimizar condiciones que puedan promover eventos adversos, contribuyendo así a una cultura unificada de mitigación de riesgos y respuesta efectiva.

### **Gestión humanizada para fortalecer la educación de seguridad en los colaboradores.**

#### Fase de Reporte:

En esta fase, se han evaluado diferentes modos de reporte y desde la UCI se ha creado un modelo propio, que se maneja mediante un código QR. Este sistema alimenta las estadísticas de los eventos más frecuentes en la UCI. Nos permite conocer la ocurrencia del evento en el momento exacto, facilitando un abordaje oportuno y su pronta resolución. Además, sirve para incentivar a los colaboradores sobre la importancia del reporte, explicándoles la necesidad de reportar y la relevancia de proporcionar resultados oportunos para los eventos detectados.

#### Fase de Análisis:

Con la creación del equipo de seguridad del paciente, se evaluará directamente cada evento, analizando lo sucedido con el personal involucrado. Hasta ahora, la resolución de eventos en la institución ha sido gestionada por el equipo de calidad, que investiga los eventos a través de la revisión de historias clínicas, entrevistas, y otros métodos. Esta metodología no garantiza una adherencia completa al reporte ni una resolución eficaz. La resolución de eventos se basa en respuestas obtenidas de entrevistas realizadas fuera del tiempo del evento, esperando que el involucrado describa lo sucedido.

La nueva propuesta plantea reuniones directas con el equipo de seguridad del paciente y el personal involucrado, quienes podrán expresar las fallas y soluciones identificadas durante el análisis del evento. Estas reuniones serán evaluadas por un par que reconozca la situación y las posibles fallas evidenciadas. Desde el inicio de estas reuniones, el objetivo será la evaluación no punitiva de los eventos, permitiendo la optimización de las respuestas y la evaluación de los procesos asistenciales y las posibles fallas o barreras de adherencia, para así lograr un cumplimiento oportuno y de calidad con los protocolos institucionales.

#### Fase de Seguimiento:

Con la creación del equipo de seguridad del paciente, se realizarán rondas de verificación pautadas durante la reunión de resolución del evento, así como la evaluación de la adherencia a los protocolos y el seguimiento a los planes de acción orientados a fomentar una cultura oportuna de reporte de eventos y adherencia a las buenas prácticas asistenciales.

Se evaluará la no recurrencia de los eventos mediante la implementación de las tareas discutidas en la reunión de revisión del evento, y se mostrará la estadística de la adherencia a los resultados obtenidos. Es crucial reconocer la adherencia a los procesos y demostrar, con datos estadísticos, la disminución progresiva de la recurrencia de nuevos eventos. Lo más importante es la apropiación clínica y asistencial de las respuestas a eventos adversos, evidenciando la importancia de la resolución oportuna de los eventos y asignando al personal asistencial la responsabilidad de los resultados y su divulgación, generando así una cultura de mejoramiento continuo en el equipo.

## **Gestión clínica para estandarizar el proceso de gestión de eventos en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.**

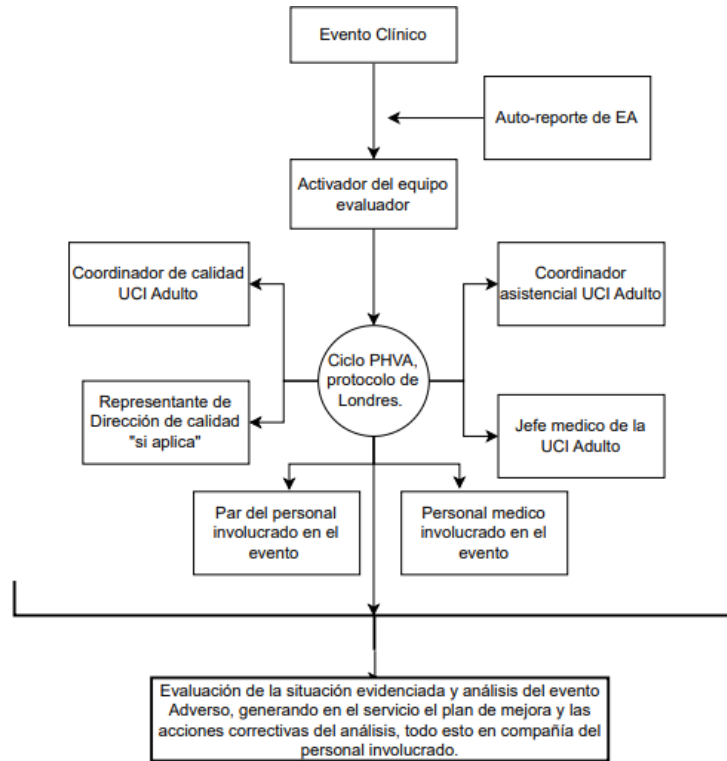
Es esencial contar con un método estandarizado para el análisis de eventos adversos en la UCI Adulto. Utilizamos herramientas reconocidas como el Protocolo de Londres, ciclo PHVA, análisis causa raíz y modelo ANCLA para investigar causas subyacentes, implementar barreras de seguridad y prevenir la recurrencia de eventos. Este enfoque nos permite crear modelos de atención que garanticen la seguridad y bienestar de nuestros pacientes de manera consistente.

### **Implementación de las rondas de seguridad**

Realizamos rondas de seguridad periódicas en la UCI Adulto, dirigidas por expertos en seguridad del paciente. Estas visitas nos permiten identificar riesgos críticos y definir acciones preventivas para reducir la ocurrencia de eventos adversos. La creación de listas de chequeo específicas nos ayuda a verificar la efectividad de las medidas preventivas adoptadas dentro de la unidad.

Estas iniciativas están diseñadas para fortalecer continuamente nuestra capacidad de ofrecer una atención segura y de alta calidad en la Clínica Imbanaco, asegurando la protección y bienestar de nuestros pacientes en todo momento.

**Figura 7** Modelo de implementación de reporte y resolución del evento adverso en la UCI Adultos.



Nota: Elaboración propia.



## Conclusiones

Este estudio revela una alta recurrencia de eventos adversos relacionados con lesiones cutáneas en la UCI Adultos, subrayando la urgencia de modificar la forma en que el personal de la UCI se adhiere a los protocolos. Se enfatiza la necesidad de procesos de mejora continua y un mayor compromiso en los planes de atención. Es crucial sensibilizar sobre la importancia del reporte como herramienta para reducir la recurrencia de eventos y fomentar una cultura proactiva de prevención de complicaciones.

Ante las problemáticas de salud y los costos adicionales asociados a los eventos adversos, se propone la creación de un equipo evaluador de eventos liderado por el Coordinador de Seguridad del Paciente. Este equipo colaborará estrechamente con la Líder de Seguridad del Paciente para implementar mejoras continuas y asegurar su aplicación efectiva en la atención en salud en la UCI. El Líder de Calidad supervisará la implementación de los planes de mejora acordados en las reuniones de evaluación de eventos.

Los Coordinadores de Servicio en la UCI, tanto médicos como de enfermería, jugarán un papel fundamental al proporcionar las herramientas necesarias y programas educativos para reducir la incidencia de eventos adversos. El personal involucrado en los eventos desarrollará planes de mejora adaptados a las necesidades de los pacientes, promoviendo modelos de atención centrados en la calidad y la prevención.

Es esencial adoptar procesos y modelos de atención que aprendan y evolucionen a partir de cada evento analizado, con el equipo asistencial liderando la respuesta. Esto fortalecerá una cultura sólida de evaluación y resolución dentro del programa continuo de seguridad del paciente, transformando los procesos de atención en la UCI Adultos y estableciendo estándares transversales para la gestión de eventos en la clínica.

### Referencias Bibliográficas

- Aranaz, J., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2006). Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Aranaz, J., Aibar, C., Limón, R., Amarilla, A., Restrepo, O., Sarabia, O., Inga, R., Santivañez, A., Gonseth-García, J., Larizgoitia-Jauregui, I., Agra-Varela, Y., & Terol-García, E. (2011). Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(3), 194-200.  
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.12.001>
- Astier, M., Martínez, V., Torijano-, M., Ares, S., Bueno, J., & Fernández, M. (2021). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: Identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atención Primaria*, 53, 102224.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>
- Author, D. P. (2020). Hazards of modern diagnosis and therapy: The price we pay. *PubMed*, 159(15), 1452-1456. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13271097>
- Conway, J. (2011). Respectful management of serious clinical adverse events. Second edition. Center for Healthcare Improvement. October 27, 2010.
- Gaitán, H., Eslava, J., Rodríguez, N., Forero, V., Santofimio, D., & Altahona, H. (2008). Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2006. *Revista de Salud Pública*, 10(2).  
<https://doi.org/10.1590/s0124-00642008000200002>

Great Britain Chief Medical Officer, & Great Britain Department of Health. (2000). An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. Department of Health: Stationery Office.

Great Britain Department of Health. (2001). Building a safer NHS for patients: Implementing an organisation with a memory. Department of Health. Brennan.

Weiler, P., & Hiatt, H. (2004). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *Quality & Safety in Health Care*, 13(2), 145-151. <https://doi.org/10.1136/qshc.2002.003822>

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). (n.d.). Guía para la implantación eficaz del programa de tecnovigilancia.

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (Eds.). (1999). To err is human: Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academy Press. [http://books.nap.edu/html/to\\_err\\_is\\_human](http://books.nap.edu/html/to_err_is_human)

Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S., & Travassos, C. (2009). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 279-284. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2006). El Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Resolución 256 de 2016, dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). El Decreto 780 de 2016 que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Resolución 5095 de 2018, por el cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalaria de Colombia, versión 3.1”. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). Resolución 1446 de 2006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Seguridad del paciente y la atención segura. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución No. 3100 de 2019 que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios y se adopta el Manual de Inscripción y Habilitación de Servicios de Salud. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). Resultados del estudio IBEAS.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados%20estudio-ibeas.pdf>

Moser, R. (1956). Diseases of medical progress. *New England Journal of Medicine*, 255(13), 606-614. <https://doi.org/10.1056/nejm195609272551306>

Parra, D., Camargo, F., & Gómez, R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global*, 11(4). <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.4.150551>

Parra, P, López, R., Bejarano, A., Puerto, G., & Galeano, G. (2017). Eventos adversos en un hospital pediátrico

Schimmel, E. (1964). The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 60(1), 100. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-60-1-100>

Steel, K., Gertman, P., Crescenzi, C., & Anderson, J. (1981). Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *New England Journal of Medicine*, 304(11), 638-642. <https://doi.org/10.1056/nejm198103123041104>

Suarez, E., Mayusa, A., Prieto, C., Ortegón, J., Schuster, J., González, M., Ferro, R., & Rocha, R.(2020). Lineamientos Generales de Terapia Ocupacional para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes durante la Pandemia y Pospandemia por COVID-19 en Colombia. <https://doi.org/10.25214/ccto.2>

Wilson, R., Runciman, W., Gibberd, R., Harrison, B., Newby, L., & Hamilton, J. (1995). The quality in Australian health care study. *Medical Journal of Australia*, 163(9), 458-471. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x>

World Health Organization. (n.d.). 10 datos sobre Seguridad del Paciente. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>