

**CAUSAS DEL NO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA DE IV NIVEL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ**



YANETH PARRA ACEVEDO

SOLEDAD DE JESÚS RAMÍREZ LABARCES

ERIKA ROCÍO RINCÓN MARTÍNEZ

**CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACION GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTA D.C.
ENERO 2021**

**CAUSAS DEL NO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE UNA CLÍNICA DE IV NIVEL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ**



YANETH PARRA ACEVEDO

SOLEDAD DE JESÚS RAMÍREZ LABARCES

ERIKA ROCÍO RINCÓN MARTÍNEZ

DOCENTE ASESOR

MARY LUZ BARRERA

**CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACION GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTA D.C.
ENERO 2021**

Contenido

Lista de ilustraciones	5
Lista de tablas	6
Introducción	7
Capítulo 1: Descripción general del proyecto	8
Problema de investigación	8
Objetivos	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos.....	9
Justificación	9
Capítulo 2: Marco de Referencia	11
Marco normativo	11
Marco conceptual.....	14
Marco teórico	17
Capítulo 3: Marco Metodológico	19
Diseño metodológico	19
Fase 1	19
Fase 2	19
Fase 3.....	20
Participantes	20
Criterios de inclusión	20
Criterios de exclusión	20
Tamaño de la muestra	20
Reclutamiento de participantes	20
Fase 4.....	20
Procedimientos.....	20
Fase 5.....	21
Análisis de datos	21
Consideraciones éticas	21
Capítulo 4: Análisis de Resultados	22

Resultados	22
Conocimiento sobre eventos adversos	24
Causas del no reporte de eventos adversos	26
Percepción de los medios institucionales para el reporte de eventos adversos	30
Análisis de eventos adversos	34
Capítulo 5: Discusión y Resultados	38
Conclusiones	40
Recomendaciones	41
Referencias	43
Anexos	45

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1 Conocimiento de la definición de evento adverso	24
Ilustración 2 Validación del concepto de evento adverso	25
Ilustración 3 Validación del concepto de evento adverso a través de ejemplos	25
Ilustración 4 Reporte de incidentes	26
Ilustración 5 Los eventos adversos mejoran la calidad en la atención de salud	26
Ilustración 6 Comentarios negativos por parte de compañeros y superiores	27
Ilustración 7 Cultura punitiva frente al reporte de eventos adversos	27
Ilustración 8 Tiempo para reportar eventos adversos	28
Ilustración 9 Los eventos adversos generan reporte negativo en la hoja de vida	28
Ilustración 10 Capacitación de eventos adversos	29
Ilustración 11 Tiempo de la última capacitación	29
Ilustración 12 Necesidad de reforzar capacitación	30
Ilustración 13 Conocimiento de los medios de reporte	30
Ilustración 14 Medios suficientes para el reporte	31
Ilustración 15 Medios amigables para el reporte	31
Ilustración 16 Uso de medios de reporte	32
Ilustración 17 Eventos reportados en los últimos 6 meses	32
Ilustración 18 Experiencia con el reporte telefónico	33
Ilustración 19 Experiencia con el reporte por correo electrónico	33
Ilustración 20 Conocimiento del análisis de eventos adversos	34
Ilustración 21 Efectos positivos del análisis	34
Ilustración 22 Entrevista análisis de eventos adversos	35
Ilustración 23 Experiencia con entrevista de análisis	35
Ilustración 24 Pertinencia de actividades asignadas	36
Ilustración 25 Experiencia con actividades asignadas	36
Ilustración 26 Experiencia con el análisis de eventos	37

Lista de Tablas

Tabla 1 Normatividad actual colombiana	11
Tabla 2 Características de los participantes.....	23
Tabla 3 Modelo de regresión lineal múltiple	37

Introducción

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos, procesos e instrumentos que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso a partir del proceso de atención de salud (Ministerio de Salud, 2010), según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), la seguridad del paciente es un grave problema de salud pública mundial, estimando que el riesgo de morir por un accidente médico prevenible es aproximadamente de 1 por cada 300 y es probablemente una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo.

A partir de los anterior, los países se han aliado para realizar diversos estudios que permitan identificar las principales causas, los efectos de los eventos adversos y establecer políticas y lineamientos dirigidos a disminuirlos, con el fin de lograr un acercamiento a la realidad sobre la problemática de este tipo de eventos en las instituciones de salud, determinando no solo la frecuencia de éstos, sino también, los factores relacionados con su aparición, con el fin de implementar acciones que permitan una disminución de la incidencia y las complicaciones generadas.

Dentro de los procesos de calidad en salud, se ha dado gran énfasis en la importancia de reportar e intervenir los eventos adversos relacionados con la atención en salud, pero en Colombia, y específicamente en Bogotá son poco los estudios realizados frente a este tema, y las razones por las cuales el personal de salud no reporta los incidentes y eventos adversos presentados.

En este caso, el personal de enfermería representa el mayor porcentaje de los trabajadores en una institución de salud y tienen mayor contacto con el paciente, por tal razón, se plantea un estudio que permita identificar las causas por las cuales el personal de enfermería no reporta los eventos adversos y a partir de los hallazgos dejar las bases para el planteamiento de actividades que permitan mejorar la calidad en la atención de salud.

Capítulo 1: Descripción general del proyecto

Problema de Investigación

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se basa en el desarrollo de las acciones y requerimientos establecidos para la atención de salud, así mismo busca la mejora continua de la calidad a través de la medición continua de indicadores, entre ellos la ocurrencia y clasificación de eventos adversos.

Un evento adverso es toda aquella lesión o complicación involuntaria que ocurre durante la atención en salud, el cual no es atribuible a la enfermedad de base y en algunos casos puede conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, generando la demora y prolongación de la estancia hospitalaria y por consiguiente el incremento de los costos (Ministerio de la Protección social, 2006).

De acuerdo con lo anterior es de vital importancia para las instituciones la identificación y análisis de los incidentes y eventos adversos ocurridos durante el proceso de atención en salud de los usuarios. En este caso, en la clínica de IV nivel objeto de estudio se cuenta con dos medios de reporte (línea telefónica y correo electrónico), dispuestos para todo el personal que labora en la institución, posteriormente se realiza el análisis de cada evento adverso por parte del Departamento de Enfermería, a través del Protocolo de Londres y se toman las acciones correctivas necesarias.

A pesar de los medios de reporte y las capacitaciones brindadas a cada profesional, se evidencia un subregistro de los eventos adversos presentados diariamente en la institución y, por consiguiente, la falta de evaluaciones y seguimiento a los procesos que permiten la implementación de planes de mejora.

Finalmente, se evidencia la necesidad de caracterizar al personal de enfermería e identificar las causas del no reporte de los incidentes y eventos adversos, con el fin de plantear futuras estrategias de mejora y fortalecimiento de los programas de seguridad, teniendo en cuenta la importancia para la mejora de la calidad y el cumplimiento de las metas internacionales para la seguridad del paciente.

Objetivos

Objetivo general.

Explorar las causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería de una clínica de IV nivel en la ciudad de Bogotá.

Objetivos específicos.

Caracterizar al personal de enfermería de una clínica de IV nivel, con el fin de identificar factores personales, sociales y organizacionales asociados al no reporte de eventos adversos.

Reconocer las principales causas del no reporte de eventos adversos.

Plantear estrategias de mejora a los programas de reporte y análisis de eventos adversos, a partir de la información obtenida del personal de enfermería.

Justificación

Entre los años 2007 y 2009, se realizó el estudio Iberoamericano de Eventos Adversos IBEAS, realizado en 5 países (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), con el objetivo de estimar la prevalencia de los eventos adversos en diferentes hospitales, evidenciando que, de los 11.426 pacientes evaluados, en el 33% se identificó al menos una alerta y en 1.191 se identificó al menos una lesión que está relacionada con la atención de salud. Así mismo, la prevalencia de pacientes con al menos un evento adverso fue de 10,5%, para Colombia, la prevalencia fue de 11,6% encontrando que el 58,9% eran eventos adversos evitables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

A partir de estas cifras y de los estudios generados durante los últimos años acerca de las causas e implicaciones de los eventos adversos relacionados con la atención de salud, las instituciones se han preocupado por capacitar al personal en la identificación temprana de acciones inseguras y en el reporte de los eventos; estos registros y notificaciones hacen parte de la nueva cultura de seguridad, no obstante, se estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos no se documentan (Ministerio de Sanidad y Consumo , 2005).

Esta conducta de no reporte se basa principalmente en su carácter voluntario el cual depende de factores individuales y organizacionales, evidenciando como principal causa el miedo a las repercusiones disciplinarias por parte de la organización, así mismo, se identifican algunas barreras que interfieren en la notificación, entre las cuales se destacan: (a) la falta de conciencia del error, (b) la falta de familiaridad con los medios de notificación, (c) la pérdida de autoestima, (d) la ausencia de “feedback” cuando se realiza un registro y (e) la falta de tiempo para documentar el evento. Por consiguiente, se hace necesario generar un clima laboral de confianza, resaltando la notificación como un medio de aprendizaje el cual favorece la mejora continua (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

A partir de lo expuesto anteriormente, desde el año 2002 todas las instituciones han apuntado a garantizar estándares de calidad en base a su infraestructura, procesos, insumos, medicamentos y recurso humano; asegurando que todos los procesos relacionados con la atención por parte del personal de salud se hagan de forma segura, evitando la ocurrencia de eventos adversos a través de la identificación y gestión de estos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En definitiva, se evidencia la necesidad de conocer las causas del no reporte de eventos adversos asociados a la atención de salud, con el fin de generar estrategias y/o programas que respondan a las necesidades propias del personal, minimicen el miedo al reporte y permitan generar una cultura de seguridad; teniendo en cuenta el impacto social, económico y los riesgos a la salud que genera el no reporte. Explorar las causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería de una clínica de IV nivel en la ciudad de Bogotá, aportará información valiosa que se traducirá en estrategias de fortalecimiento de los programas de cultura de seguridad, al caracterizar el personal de enfermería y al identificar los principales factores personales, sociales y organizacionales relacionados con el no reporte; promoviendo así las buenas prácticas en la atención y favoreciendo el cumplimiento de los estándares de calidad en salud.

Capítulo 2. Marco de Referencia

Marco Normativo

Tabla 1. Normatividad actual colombiana

Normatividad	Descripción
Ley 100 de 1993	<p>Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, específicamente en el art. 153 numeral 9. En donde se especifica que el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia (Congreso de la Republica de Colombia, 1993).</p>
Ley 266 de 1996	<p>Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación (Congreso de Colombia , 1996).</p>
Ley 911 de 2004	<p>Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones, en el artículo 11, el profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios, no solo en</p>

relación con los resultados de la intervención profesional, sino la valoración ética del cuidado de enfermería, así mismo, en el artículo 37, el profesional de enfermería exigirá o adoptará los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información que se deba mantener acerca de los cuidados de enfermería que se prestan a los sujetos de cuidado, según los niveles de complejidad, sin perjuicio del cumplimiento de las normas provenientes de las directivas institucionales o de autoridades competentes (Congreso de Colombia, 2004).

Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Art. 34 numeral 3, por medio del cual se establecen los procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia (Ministerio de la 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 monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, en el artículo 2 numeral 3, se constituye el nivel de monitoria interna a través de los indicadores de calidad, y el comportamiento de los eventos adversos definidos voluntariamente por la institución (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Decreto 3518 de 2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones, en el artículo 17 se establece la obligatoriedad de informar al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, por parte de sus integrantes, así mismo, la comunidad podrá concurrir como fuente informal de datos. En el artículo 37, parágrafo 2 se reglamenta que las administradoras de planes de beneficios de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y organismos de los regímenes de excepción, deberán constituir comités de vigilancia en salud pública institucionales para el análisis y difusión de la información de vigilancia en salud pública de su competencia (Ministerio de la Protección social, 2006).
Resolución 4816 de 2008	Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia, en el artículo 13 establece que los usuarios de dispositivos médicos y cualquier persona que tenga conocimiento de un evento o incidente adverso con dispositivos médicos para uso en humanos, debe reportar tal conocimiento a la instancia correspondiente del Programa Nacional de Tecnovigilancia (Ministerio de la Protección Social, 2008).
Resolución 0112 de 2012	Por la cual se establece el Observatorio de Tecnologías en Salud y se define el método y la forma de reportar la información por parte de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el artículo 3, se especifica que la obligación inicial de reporte de información a la Comisión de Regulación en Salud, corresponde a las Empresas Promotoras de Salud en lo relacionado con las Tecnologías en Salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, la cual se debe suministrar bajo los parámetros, características y plazos

establecidos (Ministerio de la Protección Social, 2012).

**Resolución 0256 de
2016**

Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, en el artículo 4 se adoptan indicadores para el monitoreo de la calidad, a través de un enfoque sistémico que presenta un conjunto de indicadores agrupados en los dominios de efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia de la atención; los cuales se vinculan entre sí con el propósito de articular la gestión y contribuir al logro de los resultados en salud para la población colombiana (Ministerio de Salud y Protección social, 2016).

Fuente: Elaboración propia

Marco Conceptual

Acción Insegura.

Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, generalmente por acción u omisión por parte del personal de salud. Esta acción tiene las siguientes características: (a). la atención no está dentro de los límites de una práctica segura y (b). Tiene el potencial para generar un evento adverso (Ministerio de Salud, 2008).

Acciones de Reducción de Riesgo

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Pueden ser proactivas como el análisis de modo y falla o reactivas derivadas del aprendizaje luego de la ocurrencia del evento (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Atención en Salud

“Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Barrera de Seguridad

“Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Complicación

“Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Equipo de Trabajo

“Todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error” (Ministerio de Salud, 2008)

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” (Ministerio de Salud, 2008): (a). Evento adverso no evitable, es toda acción que genera lesión o daño no intencional secundario a la atención de salud, a pesar del cumplimiento de protocolos, sin relación con la patología de base, y (b) evento adverso evitable, es toda lesión o daño no intencional causado por la atención de salud, que era evitable, atribuible a un error. (Ministerio de la Protección Social, 2008)

Evento Centinela

“Actividad que ocasiona una muerte inesperada, herida física o psicológica grave o que conlleva el riesgo de causarlas” (Ministerio de Salud, 2008)

Factores Contributivos

“Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa)” (Ministerio de Salud, 2008)

Falla de la Atención en Salud

“Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto. Las fallas son por, definición, no intencionales” (Ministerio de Salud, 2008).

Fallas Latentes

“Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo” (Ministerio de Salud, 2008).

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” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

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” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Protocolo de Londres

Es una versión actualizada de “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”, con el fin de constituir un guía práctica y facilitar la investigación clara de los incidentes clínicos, a través de un proceso de reflexión sistemática y estructurada. En este protocolo se tiene en cuenta las acciones inseguras, las barreras que fallaron y el análisis de los procesos organizacionales (Ministerio de Salud).

Riesgo

“Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

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” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Sistema de Gestión del Evento Adverso

“Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Marco Teórico

En 2016, se realizó una investigación pionera en Costa Rica, a través de un estudio de tipo descriptivo transversal, con un cuestionario validado y autoadministrado, cuyo objetivo fue describir la opinión de 38 profesionales de enfermería sobre los factores personales, laborales y contextuales que inciden en la presencia de un evento adverso. A partir de variables sociodemográficas de la población, conocimiento del concepto de evento adverso y su reporte y la opinión de la condición de infraestructura, equipo, ubicación de usuarios y su distribución como factores relacionados con la aparición de eventos adversos. En relación con lo anterior, se evidenció que la mayoría de la población tiene conocimiento de la conceptualización de un evento adverso, manifiesta que la ubicación de pacientes y cantidad asignada por profesional influye en la aparición de eventos adversos (Vargas Bermudez, 2016).

En el año 2011, se realizó una investigación no experimental de tipo descriptivo exploratorio, de corte transversal, con modalidad de encuesta, cuyo objetivo fue

caracterizar la cultura de seguridad del paciente, referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel en Bogotá. La muestra fue tomada de manera aleatoria estratificada, conformada por 201 participantes (110 profesionales y 91 auxiliares de enfermería) que laboraban en instituciones prestadoras de servicios de salud de III nivel de atención. A partir de lo anterior, se evidenciaron los valores y creencias de un recurso humano valioso e indispensable en el cuidado de la salud de las personas, se destacan como relevantes en la percepción de los participantes: la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo (Gómez Ramírez, y otros, 2011).

En 2009, desde el Instituto de Investigaciones Clínicas se plantea un estudio de investigación cualitativa, cuyo objetivo fue explorar la actitud y reacciones del personal de las instituciones en cuanto a la detección y evaluación de los eventos adversos, a través de un grupo focal con informantes clave. Como resultado de este estudio, se concluyó que existe la creencia de que la vigilancia de EA consiste en una auditoria con consecuencias laborales negativas. Esta opinión está determinada por la cultura organizacional previa. Las estrategias para incrementar el reporte fueron: el trabajo persona a persona, hacer conciencia de que nadie está exento de un evento adverso y, el apoyo administrativo para solucionar las deficiencias, por lo tanto, se requiere confianza mutua y trabajo conjunto entre los trabajadores de la salud, el personal de apoyo y la gerencia para prevenir futuros EA (Gaitan Duarte, Gomez Sanchez, & Eslava Schmalbach, 2009).

Capítulo 3. Marco Metodológico

Diseño metodológico

El diseño utilizado en esta investigación será un *estudio cuantitativo de tipo descriptivo*, el cual consiste en describir fenómenos, situaciones y contextos a partir de la identificación de propiedades, características y perfiles de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. El propósito de este diseño es medir o recoger información sobre los conceptos o variables a estudiar (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010). El estudio de investigación se desarrollará en cinco fases, las cuales se detallarán a continuación:

Fase 1.

En esta primera fase se contempla una revisión de literatura con el fin de identificar las principales causas del no reporte de eventos adversos en el personal de salud. Se establecerán las palabras clave y se realizará una búsqueda en tres bases de datos.

Fase 2.

Esta fase contempla el diseño de una encuesta, la cual se diseñará a partir de la información obtenida en la revisión de literatura y de las variables del estudio, el propósito de la encuesta será identificar los conocimientos del personal de enfermería acerca de los eventos adversos, notificación de los mismos, conocer las causas del no reporte y las percepciones frente al análisis y manejo de los eventos por parte de la clínica de IV nivel. La encuesta se diseñará con preguntas cerradas, en un formulario de Google y se aplicará a través de un dispositivo tecnológico (tablet) con el fin de facilitar el manejo de la información, promover una experiencia amigable y reducir el uso de papel; se dispondrá de un tiempo de respuesta entre 5 y 10 minutos.

Se realizará una prueba piloto con 2 participantes para identificar posibles errores de redacción, uso de lenguaje, tiempo de respuesta, calidad de la información, manejo del dispositivo e implementar mejoras.

Fase 3.

Esta fase contempla el reclutamiento de los participantes, teniendo en cuenta la elección de la población objeto de investigación, los criterios de inclusión, de exclusión y la selección de la muestra.

Participantes.

Jefes y auxiliares de enfermería de una clínica de IV nivel de la ciudad de Bogotá.

Criterios de inclusión.

- a. Personal de enfermería jefes y auxiliares.
- b. Personal que lleve mas de 3 meses laborando en la clínica de IV nivel.
- c. Personas con visión normal o corregida, que les permita desarrollar la encuesta de forma independiente.

Criterios de exclusión.

Personal de enfermería que se encuentre realizando prácticas de aprendizaje y/o en etapa productiva.

Tamaño de la muestra.

Se utilizará un muestreo no probabilístico y por conveniencia; teniendo en cuenta el personal de enfermería se plantea una muestra de 43 participantes.

Reclutamiento de participantes.

Los participantes serán reclutados a partir de reuniones grupales por servicios, donde se presentará el proyecto de investigación y se les invitará a participar libremente en el estudio.

Fase 4.

Esta fase comprende la recolección de datos, a medida que se recluten los participantes se aplicará la encuesta a través del dispositivo tecnologico.

Procedimientos.

- a. Cada participante será abordado de forma individual por una de las investigadoras quien explicará de forma detallada el objetivo del estudio, los

procedimientos, riesgos y beneficios, se hará uso de un consentimiento informado digital, el cual será firmado y fechado por el participante.

- b. Si la persona acepta la participación en el estudio, se diligenciará un formato electrónico de ingreso donde se recolectarán datos personales como edad, género, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, experiencia profesional y tiempo laborado en la Clínica de IV nivel en la ciudad de Bogotá
- c. Posteriormente se diligenciará una encuesta en formato digital y a través de un dispositivo tecnológico (tablet) donde se recolectará información relacionada con el conocimiento, práctica y percepciones frente al reporte de eventos adversos.

Fase 5.

La última fase comprende el análisis de los datos obtenidos a partir de la encuesta.

Análisis de datos.

Se plantea realizar un análisis descriptivo de todas las variables con el fin de conocer medidas de tendencia central. El análisis se realizará utilizando el programa Statistics Subscription (SPSS) y un modelo de regresión lineal con el fin de explorar la existencia de una relación entre las variables dependientes e independientes.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se considera una *investigación sin riesgo* según lo establecido en la resolución 008430 de 1993, al contemplar entrevistas y cuestionarios que no realizan ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes.

Con el fin de garantizar el respeto a la dignidad de la persona, a los derechos y a la autonomía de los participantes dentro de la investigación, se hará uso de un consentimiento informado digital, el cual será firmado y fechado por el participante.

El manejo de la información del estudio de investigación se realizará en sintonía con la ley para la protección de datos personales (Ley estatutaria 1581 de 2012), se indagará algunos datos personales como, edad, género, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, tiempo de experiencia profesional y tiempo de antigüedad en la clínica

de IV nivel en la ciudad de Bogotá; para garantizar la confidencialidad de los participantes, se emplearán códigos en lugar de sus nombres y apellidos. No se proyecta el uso de datos sensibles.

Toda la información se recolectará de forma digital, no se hará uso de registro fotográfico, ni grabaciones de audio o video; el uso de los datos es exclusivamente con fines académicos y de divulgación (artículos, posters, ponencias, entre otros). La información será consignada en una base de datos en formato Excel, la cual será almacenada en un disco duro exclusivo del estudio de investigación, el cual permanecerá en un escritorio con llave en la residencia de una de las investigadoras; se realizará una copia de respaldo almacenada en Google Drive. Los únicos autorizados para acceder a la base de datos son los investigadores y colaboradores de este estudio; la información será guardada por 5 años teniendo en cuenta la Resolución 839 de 2017 donde se establece dicho periodo de tiempo para los archivos de gestión, posteriormente los datos serán eliminados, el tratamiento de los datos estará a cargo de los investigadores y colaboradores.

Todos los miembros del equipo de investigación serán autores en las publicaciones siempre y cuando aporten en la construcción de los textos, medios de divulgación y/o producto del estudio de investigación.

Capítulo 4. Análisis De Resultados

Este estudio se desarrolló en la ciudad de Bogotá en una clínica de IV nivel. Se reclutaron 43 participantes a través del contacto directo, posteriormente se aplicó la encuesta “Conocimiento y percepción frente a los eventos adversos y medios de reporte”. Todos los participantes (n=43) fueron hablantes nativos de español, de género femenino, pertenecientes al servicio de enfermería de la institución y en un rango de edad entre 21 años y 50 años (media 32,27 ± 7,28) (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los participantes

Edad (años)	Media ± DS 32,27 ± 7,28
Sexo	n (%)
Femenino	43 (100%)
Masculino	0 (0%)
Nivel Escolaridad	n (%)
Técnico	24 (55,8%)
Tecnólogo	2 (4,7%)
Profesional	14 (32,6%)
Especialista	2 (4,7%)
Magister	1 (2,3%)
Doctorado	0 (0%)
Experiencia Laboral (años)	Media ± DS 9,74 ± 5,76
Cargo Actual	n (%)
Auxiliar Enfermería	26 (60,5%)
Jefe de Enfermería	17 (39,5%)
Años Trabajados en la Institución	Media ± DS 6,88 ± 5,53

Fuente: Elaboración propia

Resultados

El objetivo de este estudio fue analizar las causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería de una clínica de IV nivel en la ciudad de Bogotá, para ello se realizó un análisis descriptivo de todas las variables recolectadas

en la encuesta “Conocimiento y percepción frente a los eventos adversos y medios de reporte” usando el programa Statistics Subscription (SPSS); con el fin de obtener medidas de tendencia central de las variables cuantitativas y frecuencias de las variables cualitativas de tipo ordinal y nominal.

Los resultados se presentan en cuatro categorías principales: 1) conocimiento sobre eventos adversos, 2) causas del no reporte de eventos adversos, 3) percepción de los medios institucionales para el reporte de eventos adversos y 4) análisis de eventos adversos.

1) Conocimiento sobre eventos adversos.

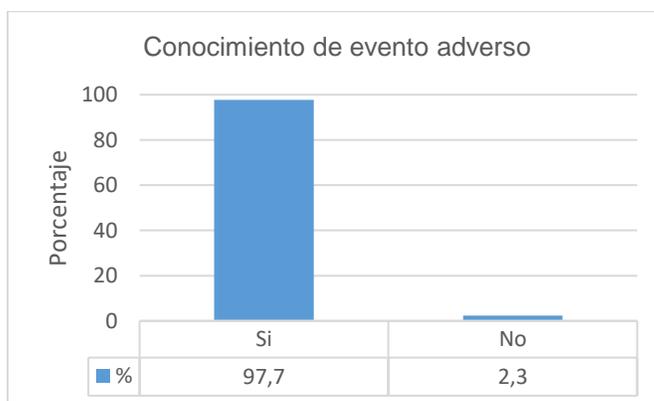


Ilustración 1. Conocimiento de la definición de evento adverso

El 97,7% (n=42) del personal encuestado refiere conocer la definición de evento adverso.

Causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería

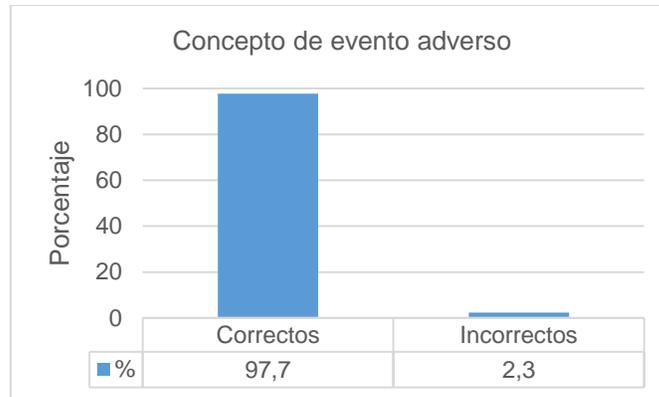


Ilustración 2. Validación del concepto de evento adverso.

El 97,7% (n=42) del personal encuestado conoce y define correctamente un evento adverso.



Ilustración 3. Validación del concepto de evento adverso a través de ejemplos.

El 100% (n=43) de los participantes encuestados logran identificar correctamente un evento adverso a partir de varios ejemplos presentados.

Causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería

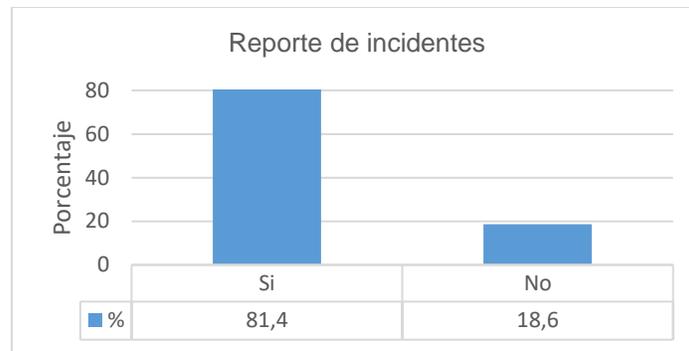


Ilustración 4. Reporte de incidentes.

El 81,4% (n=35) de los participantes considera que los incidentes deben ser reportados.

2) Causas del no reporte de eventos adversos



Ilustración 5. Los eventos adversos mejoran la calidad en la atención de salud.

El 100% (n=43) de los participantes considera que el reporte eventos adversos es necesario para mejorar la calidad en la atención de salud.

Causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería

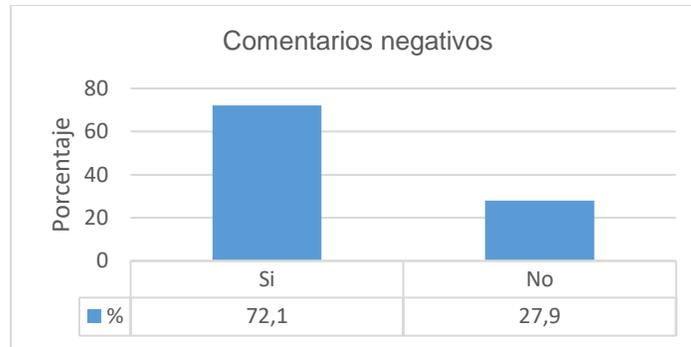


Ilustración 6. Comentarios negativos por parte de compañeros y superiores.

El 72,1% (n=31) de los participantes considera que el reporte de eventos adversos genera comentarios negativos por parte de compañeros y superiores.

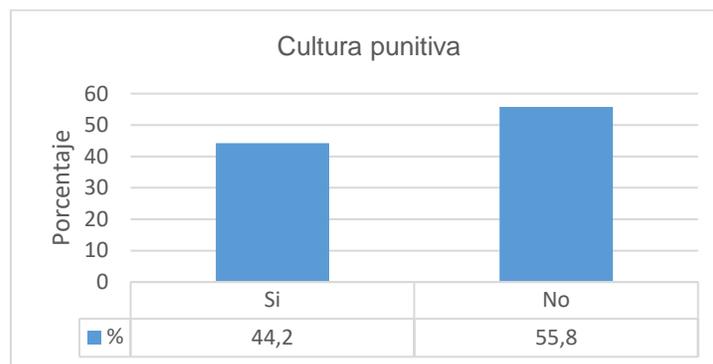


Ilustración 7. Cultura punitiva frente al reporte de eventos adversos.

El 55,8% (n=24) del personal encuestado considera que en la clínica no existe una cultura punitiva en donde se castiga al reportante de eventos adversos.

Causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería



Ilustración 8. Jornada laboral facilita la identificación y reporte de eventos adversos.

El 90,7% (n=39) de los participantes considera que la jornada laboral y las actividades propias de enfermería permiten la identificación y el reporte de eventos adversos durante el turno.

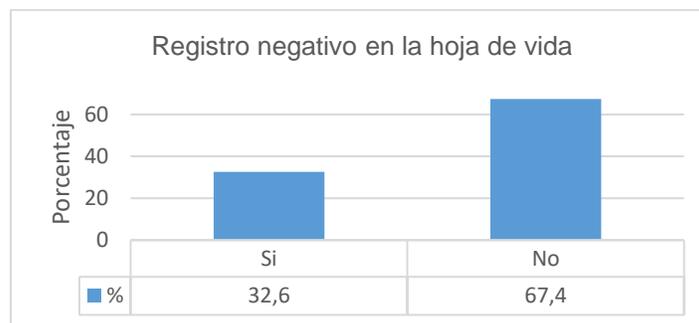


Ilustración 9. Los eventos adversos generan reporte en la hoja de vida.

El 67,4% (n=29) de los participantes considera que el reporte de eventos adversos no genera registro alguno en la hoja de vida.

Causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería

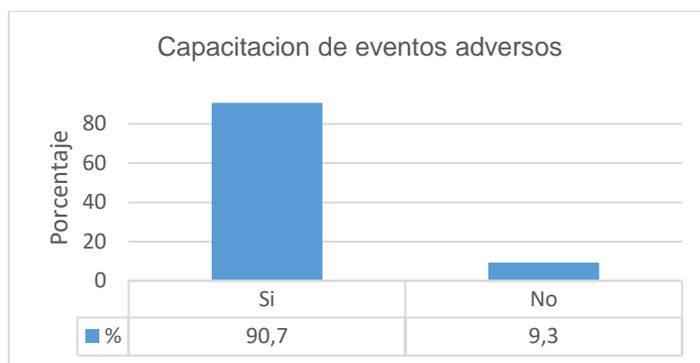


Ilustración 10. Capacitación sobre eventos adversos por parte de la clínica.

El 90,7% (n=39) de los participantes ha recibido alguna capacitación por parte de la clínica sobre los eventos adversos y los medios de reporte.

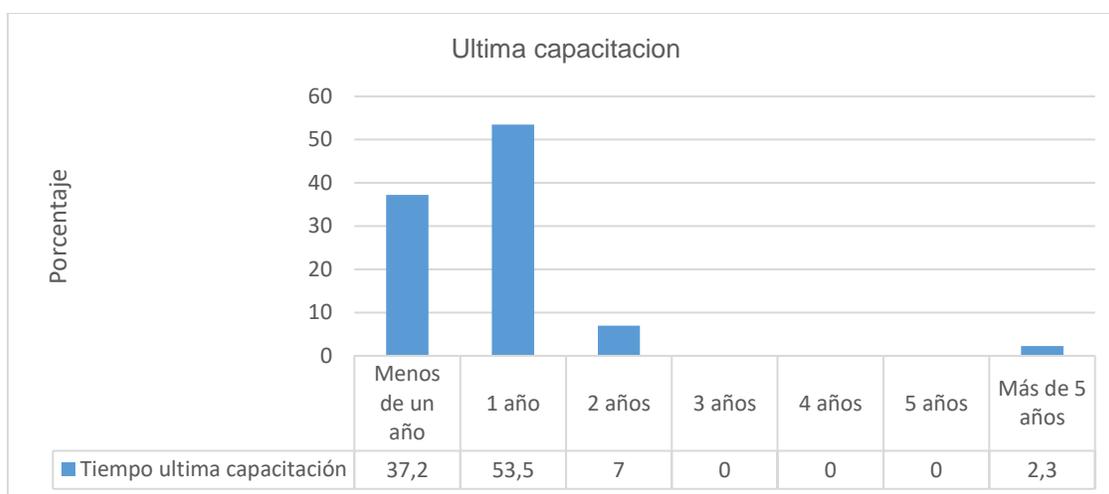


Ilustración 11. Tiempo de la última capacitación.

La mayoría del personal encuestado (90,7%, n= 39) ha recibido alguna capacitación durante el último año por parte de la clínica sobre los eventos adversos y los medios de reporte.

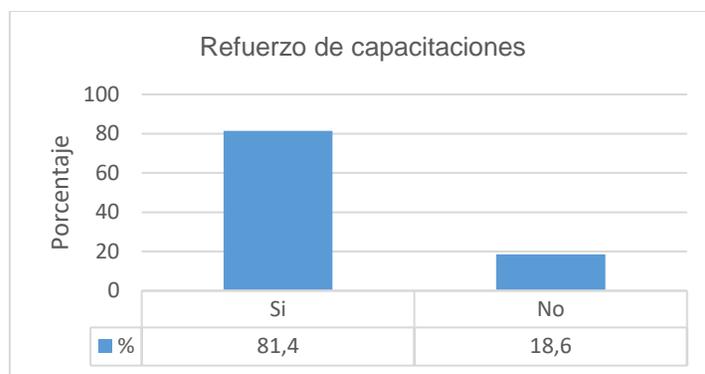


Ilustración 12. Necesidad de reforzar capacitación sobre eventos adversos.

El 81,4% (n=35) del personal encuestado considera que es necesario reforzar las capacitaciones institucionales sobre eventos adversos y medios de reporte.

3) Percepción de los medios institucionales para el reporte de eventos adversos



Ilustración 13. Conocimiento de los medios de reporte institucional.

El 100% (n=43) de los participantes encuestados refiere conocer los medios de reporte de eventos adversos institucionales.

Causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería

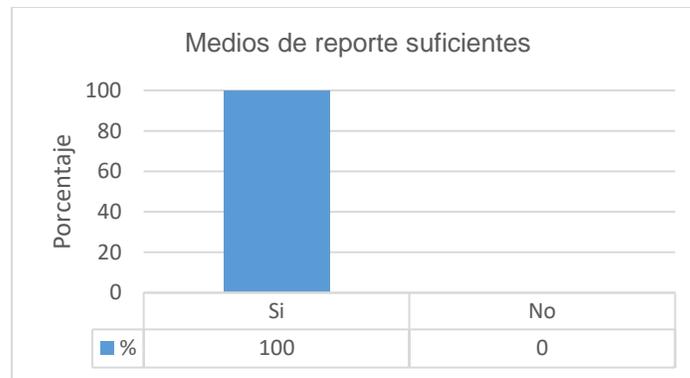


Ilustración 14. Medios suficientes para el reporte de eventos adversos.

El 100% (n=43) del personal encuestado considera que son suficientes los medios de reporte de eventos adversos institucionales.

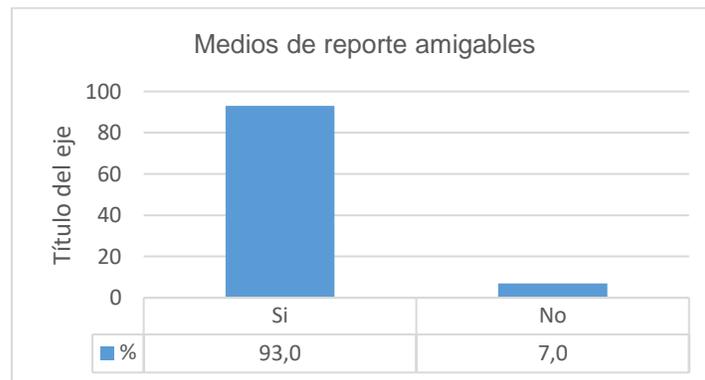


Ilustración 15. Medios amigables para el reporte de eventos adversos.

El 93% (n=40) del personal encuestado considera que los medios de reporte con los que cuenta la clínica son sencillos, amigables y facilitan el reporte de eventos adversos.

Causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería

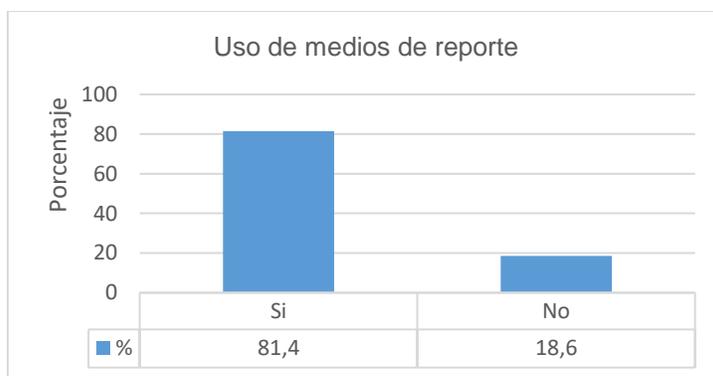


Ilustración 16. Reporte de eventos a través de los medios institucionales.

El 81,4% (n=35) de los participantes encuestados ha usado alguna vez los medios de reporte de eventos adversos institucionales.



Ilustración 17. Eventos reportados en los últimos 6 meses.

De los 35 participantes que han utilizado los medios de reporte institucionales, la mayoría de ellos (n=13) ha reportado 1 evento adverso en los últimos 6 meses, con una media de 1,69 y una desviación estándar de 1,49.



Ilustración 18. Experiencia con el medio de reporte telefónico. Nota: Los datos perdidos hacen referencia a los participantes que no han utilizado el medio de reporte telefónico.

La mayoría de los participantes (86%, n=37) califican como buena o excelente la experiencia con el medio de reporte telefónico.

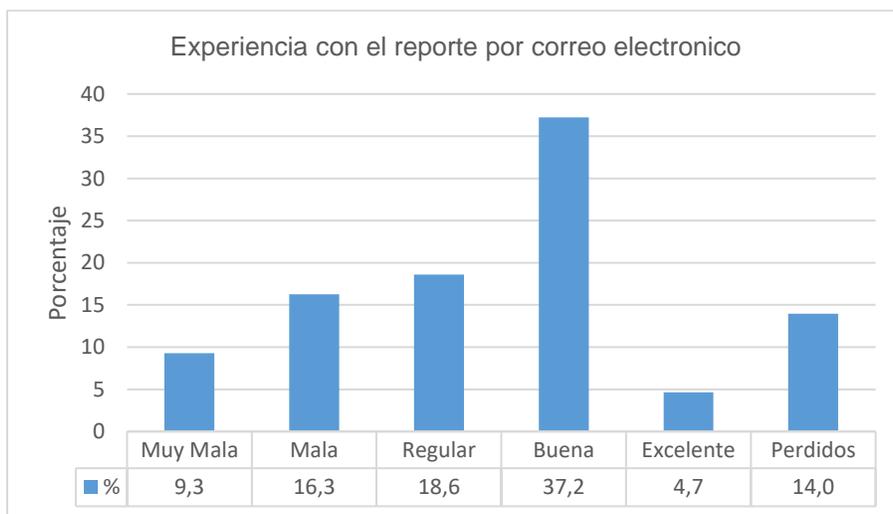


Ilustración 19. Experiencia con el medio de reporte por correo electrónico. Nota: Los datos perdidos hacen referencia a los participantes que no han utilizado el medio de reporte electrónico.

La mayor parte de los participantes (44,2%, n=19) califican como negativa (muy mala, mala y regular) la experiencia con el medio de reporte por correo electrónico.

4) Análisis de eventos adversos

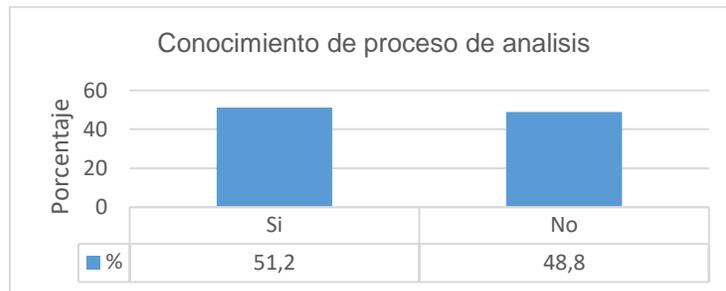


Ilustración 20. Conocimiento del análisis de eventos adversos.

La mitad de los participantes (51,2%, n=22) refiere conocer el proceso que realiza la clínica para el análisis de eventos adversos.

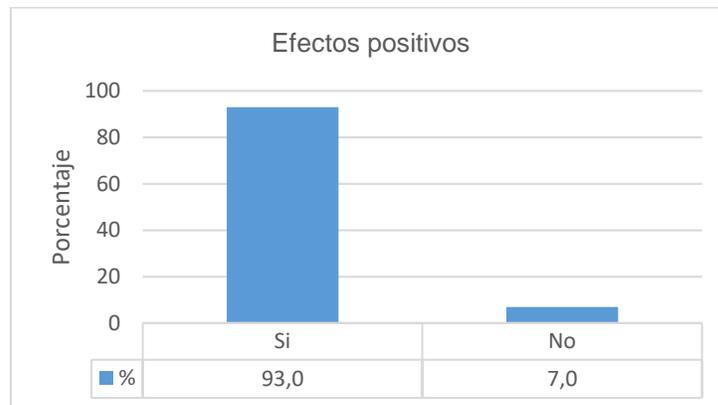


Ilustración 21. Efectos positivos del análisis de eventos adversos.

El 93% de los participantes (n=40) refiere que el análisis de eventos adversos genera cambios positivos.

Causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería

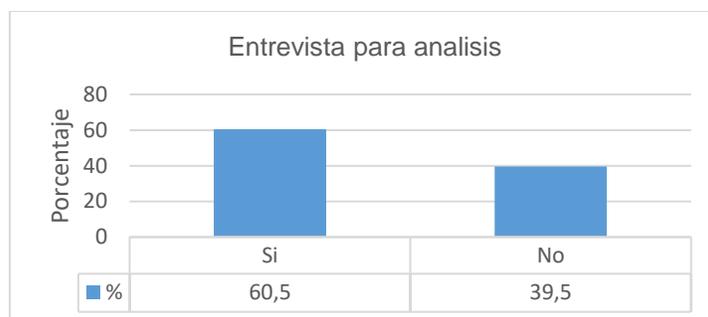


Ilustración 22. Entrevista análisis de eventos adversos.

El 60,5% del personal encuestado (n=26) ha sido entrevistado alguna vez para el análisis de eventos adversos.

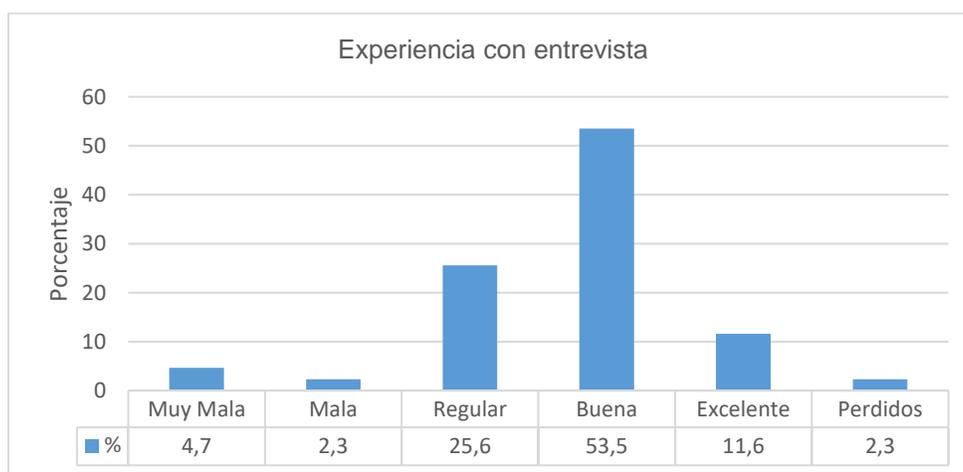
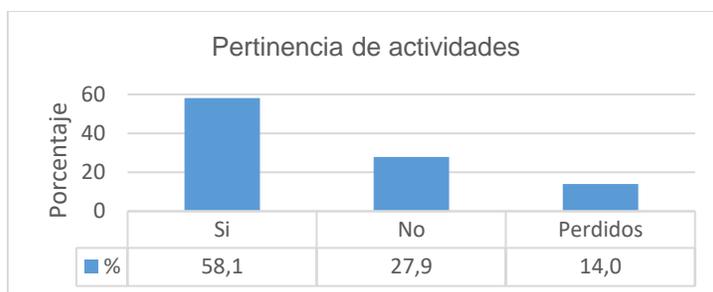


Ilustración 23. Experiencia con la entrevista del análisis de eventos adversos. Nota: Los datos perdidos hacen referencia a los participantes que no han sido entrevistados para el análisis de eventos adversos.

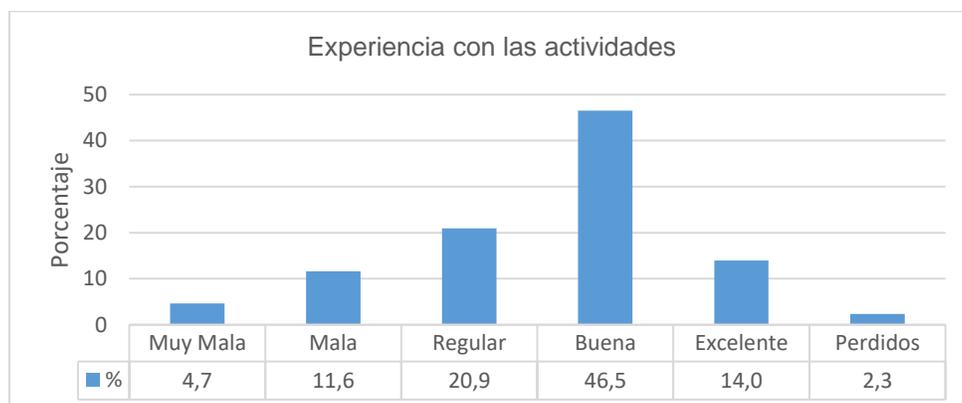
La mayor parte de los participantes (65,1%, n=28) califican como positiva (buena y excelente) la experiencia con la entrevista del análisis de eventos adversos.

Causas del no reporte de eventos adversos en el personal de enfermería



*Ilustración 24. Pertinencia de las actividades asignadas posterior al análisis de eventos adversos.
Nota: Los datos perdidos hacen referencia a los participantes a los que no se le ha asignado actividades.*

El 58,1% de los participantes (n=25) considera pertinentes las actividades asignadas posterior al análisis de los eventos adversos.



*Ilustración 25. Experiencia con las actividades asignadas posterior al análisis de eventos adversos.
Nota: Los datos perdidos hacen referencia a los participantes a los que no se le ha asignado actividades.*

El 60,5% de los participantes (n=26) califican como positiva (buena y excelente) la experiencia con las actividades asignadas posterior al análisis de eventos adversos.

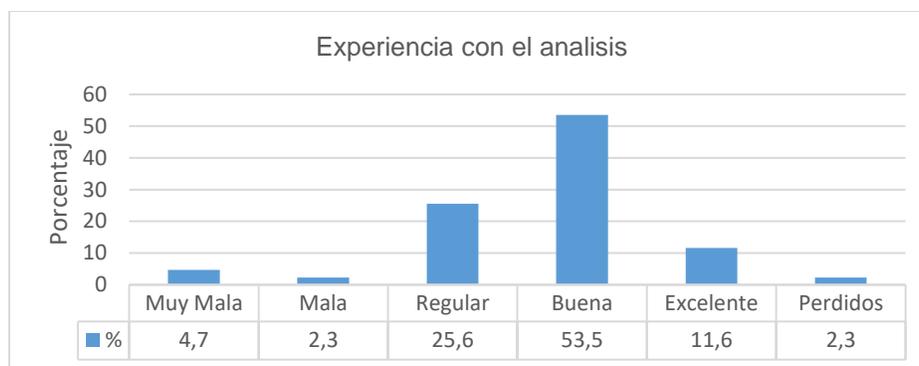


Ilustración 26. Experiencia con el análisis de eventos adversos. Nota: Los datos perdidos hacen referencia a los participantes que no han tenido experiencia alguna con el análisis de eventos adversos.

El 65,1% de los participantes (n=28) califican como positiva (buena y excelente) la experiencia con el análisis de eventos adversos.

Finalmente, con el propósito de explorar la relación entre la variable dependiente (número de eventos reportados en los últimos seis meses) y las variables independientes (edad, nivel educativo, cargo en la institución, tiempo de experiencia en el área de enfermería y tiempo de experiencia en la institución), se construyó un modelo de regresión lineal el cual demostró una relación directamente proporcional entre el número de eventos adversos reportados en los últimos seis meses y el cargo desempeñado en la institución (auxiliar de enfermería CC = 0,660; $R^2 = 0,080$; Beta = 0,745, Sig. = 0,000) y una relación inversamente proporcional con la edad (edad CC = -0,090; $R^2 = 0,080$; Beta = -0,290; Sig. = 0,020) (Tabla 3).

Tabla 3. Modelo de regresión lineal múltiple

Variable dependiente	Variable independiente	Coefficiente de correlación	R2	Beta	Valor de p
Numero de Eventos Reportados en los últimos seis meses	Cargo (Auxiliar Enfermería)	0,660	0,080	0,745	0,000
	Edad	-0,090		-0,290	0,020
Numero de Eventos Reportados en los últimos seis meses	Tiempo de experiencia laboral en el área de enfermería	-0,235	0,444	-0,019	0,958
	Tiempo de experiencia laboral en la institución	-0,197		-0,033	0,900
	Nivel educativo	0,605		0,139	0,700

Fuente: Elaboración propia

Capítulo 5. Discusión y Resultados

El 100% de los participantes fue de género femenino, con una media de edad de 32,27 años, pertenecientes al área de enfermería con una participación del 39,5% jefes de enfermería y del 60,5% auxiliares de enfermería, en una Clínica de IV nivel de la ciudad de Bogotá. A partir de los resultados obtenidos se evidencia que el personal encuestado conoce y valida el concepto de evento adverso a través de su definición y ejemplos, tal como lo presenta Burbano Valdés en el 2013 en el estudio realizado en la ciudad de Pasto, en donde se identificó que el 80% de los participantes tienen el conocimiento sobre el protocolo de notificación de eventos adversos y son conscientes de la importancia en el aumento del número de reportes, así como Vargas Bermúdez en el 2016 evidencio que la mayoría de la población tiene conocimiento de la conceptualización de un evento adverso.

Se encuentra que el 100% del personal de enfermería considera que el reporte de evento adverso es necesario para mejorar la calidad en la atención de salud, sin embargo, se evidencia que un 72,1% presume que el reporte genera comentarios negativos por parte de compañeros y superiores, el 44,2% cree que en la clínica existe una cultura punitiva, así como el 32,6% considera que el reporte de evento adverso genera un registro negativo en su hoja de vida; estos resultados se han evidenciado en diferentes estudios como lo presenta en el 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo evidenciando como principal causa el miedo a las repercusiones disciplinarias por parte de la organización, así mismo el Instituto de Investigaciones Clínicas en 2009 concluyó que la vigilancia de eventos adversos es percibida como una auditoria con consecuencias laborales negativas (Gaitán Duarte, Gómez Sánchez, & Eslava Schmalbach, 2009) y para el año 2017 en Brasil se realiza una revisión bibliográfica en donde se analizaron 26 artículos, evidenciando que la cultura punitiva aparece como responsable de la subnotificación y omisión de los eventos adversos (Lopes de Figueiredo & D'Innocenzo, 2017). Por lo tanto, es importante que desde la gerencia y el área administrativa se centren esfuerzos en cambiar la percepción que tiene el personal acerca de la notificación de eventos adversos, y sus posibles consecuencias

negativas, a través de la mejora del clima laboral y la generación de un ambiente de confianza entre el trabajador y la institución.

A partir de lo anterior es importante contar con capacitaciones acerca del reporte de evento adverso al ingresar a la clínica y que se realicen de forma periódica, aunque el 90,7% del personal recibió algún tipo de capacitación acerca de los eventos adversos y los medios de reporte, es importante resaltar que el 9,3% nunca ha recibido una capacitación acerca de este tema y el 81,4% considera necesario reforzar las capacitaciones. En este ítem se tiene en cuenta la situación actual de pandemia en donde la clínica no estaba preparada para continuar las sesiones de educación al personal de forma virtual, por lo tanto, es importante la incursión y aplicación de la tecnología de la información y la comunicación (TICS) en todas las áreas y procesos con el fin de garantizar la continuidad de las capacitaciones a todo el personal.

En cuanto a los medios de reporte con los que cuenta la clínica, son conocidos por el personal, se consideran suficientes y amigables para el reporte. A pesar de lo anterior se evidencia que de los 35 participantes que han utilizado los medios de reporte institucionales, la mayoría de ellos solo ha reportado 1 evento adverso en los últimos 6 meses, con una media de 1,69, cifra que está por debajo de lo esperado, ya que según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada diez pacientes ha sufrido un daño provocado por un evento adverso. Se estima que entre el 4 y el 17 % de los pacientes que ingresan a una institución de salud sufrirán un evento inesperado, provocado por la atención en salud y no por la patología por la cual ingresaron (Ministerio de la Protección Social, 2008), por lo tanto, es importante revisar y analizar el número de reportes que se realizan mensualmente con el fin de generar estrategias que incentiven al personal a reportar incidentes y eventos presentados durante el turno.

A partir del reporte de evento adverso, se realiza el análisis de estos, pero el 48,8% del personal no conoce el proceso que realiza la clínica para su análisis, ya que en ocasiones no se realiza socialización al personal posterior a la ocurrencia y reporte de eventos, así como se concluyó en el 2016 en un estudio a través del cual se determinaron los factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos, encontrando que no se retroalimenta al personal cada vez que se analizan

los incidentes y eventos adversos reportados y que el personal se preocupa por las medidas disciplinarias que la institución pueda tomar al momento de analizar los casos (Vargas Bermúdez, 2016).

A pesar de no conocer completamente el proceso de análisis de evento adverso, se resalta que la experiencia en el abordaje y entrevista de los mismos ha sido positiva (buena y excelente), el 93% de los participantes refiere que el análisis de eventos adversos genera cambios positivos, pero se evidencia un 27,9% que no considera pertinentes las actividades asignadas posterior al análisis de los eventos, por lo tanto se hace necesario revisar el proceso de designación de tareas y actividades, con el fin de generar conciencia en el personal de enfermería y lograr cambios positivos que permitan disminuir la ocurrencia del mismo evento.

Finalmente, se considera necesario analizar desde el área administrativa el proceso de reporte y análisis de evento adverso, con el fin de generar una cultura del reporte bajo la confianza y el respeto, permitiendo la identificación y notificación de los eventos sin miedo a represalias, teniendo en cuenta que un proceso de mejoramiento de calidad es posible a través de la identificación de posibles fallas.

Conclusiones

Este documento es un aporte investigativo en lo que se refiere a la identificación de las causas del no reporte de eventos adversos por parte del personal de enfermería, ya que constituye una orientación a las instituciones para generar y desarrollar programas que incentiven el reporte de eventos adversos.

De acuerdo con la evidencia teórico-práctica se establece como necesidad la implementación y revisión de las políticas y programas establecidos en cada institución, ya que el aumento de eventos adversos y la subnotificación genera la ocurrencia de los mismos eventos y la afectación a la salud de los usuarios.

Las encuestas aplicadas brindan un panorama relacionado con la caracterización y percepción del personal de enfermería frente al reporte de eventos adversos, su importancia y la imagen frente a las decisiones de la institución.

Si bien, la presente investigación aborda únicamente al personal de enfermería, este documento puede ser adaptado para la identificación de las causas del no reporte por parte de todos los profesionales de la salud, ya que los eventos adversos se presentan en todos los niveles y dependencias de una institución prestadora de servicios de salud.

Recomendaciones

Se hace necesaria la implementación y aplicación de las tecnologías de la información y comunicación TICs, con el fin de garantizar la educación continua del personal que labora en la clínica, y la difusión de la información.

Adicionar dentro del cronograma de inducción al personal nuevo y reforzar en las capacitaciones mensuales la definición de evento adverso, aclarar el tema con ejemplos, los medios de reporte con los que cuenta la clínica, la importancia de reportar y el proceso de análisis de estos.

Considerando el análisis del modelo de regresión lineal, es necesario poner énfasis en las trabajadoras de mayor edad, ya que se evidenció que son las que menor número de reportes realizan, así mismo establecer un mínimo de reportes por mes a todo el personal, garantizando que tanto las jefes como las auxiliares de enfermería realicen reportes.

Mejorar el clima laboral basado en la confianza por parte de la Dirección de Enfermería, la Dirección Científica y la gerencia hacia los empleados de la clínica, con el fin de cambiar y aclarar la percepción errónea que tienen acerca de las represalias o comentarios negativos por parte de los compañeros y directivos posterior al reporte y análisis de los eventos. Así mismo, la integración de las diferentes áreas con el fin de

promover un trabajo interdisciplinario y lograr cambios significativos desde las diferentes dependencias.

A partir de los hallazgos del presente estudio, se deja la base para iniciar el diseño e implementación de un programa de seguridad del paciente basado en la detección y el aumento en el número de reportes, la retroalimentación y orientación a través de herramientas y estrategias de cambio, y un liderazgo definido que apoye los procesos de mejoramiento de calidad en la atención de salud.

Referencias

- Burbano Valdes, H. M., Caicedo Eraso, M. E., Jacho Caicedo, C., Ceron Burgos, A., & Yopez Chamorro, M. C. (2013). Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud en Pasto - Nariño, Colombia. *Universidad y Salud*, 187-195.
- Congreso de Colombia . (1996). *Ley 266 de 1996*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>
- Congreso de Colombia. (2004). *Ley 911 de 2004*. Obtenido de https://www.anec.org.co/images/Documentos_ANEC/Ley911de2004.pdf
- Congreso de la Republica de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Obtenido de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf
- Gaitan Duarte, H., Gomez Sanchez, P., & Eslava Schmalbach, J. (2009). Actitudes del personal en la vigilancia de eventos adversos intrahospitalarios en Colombia. *Revista de Salud Publica*.
- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *Ciencia y Enfermería*, 97-111.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). Metodología de la investigación. México D.F: The McGraw-Hill.
- Lopes de Figueiredo, M., & D'Innocenzo, M. (2017). Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 605-650.
- Ministerio de Salud. (2010). *Lineamientos para la implementacion de la politica de Seguridad del Paciente en la Republica de Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
- Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atencion en Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo . (2005). *Sistemas de registro y notificacion de incidentes y eventos adversos* . Obtenido de <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/sistemasregistronotificacionincidentesea.pdf>
- Ministerio de la Proteccion Social. (2006). *Decreto numero 1011 de 2006*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- Ministerio de la Proteccion social. (2006). *Decreto numero 3518 de 2006*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Resolución 1446 de 2006*. Obtenido de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_1446_2006.pdf
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de Política de Seguridad del Paciente*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Resolución 4816 de 2008*. Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Tecnovigilancia/Resoluci%C3%B3n%204816%20de%202008.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2012). *Resolución 0112 de 2012*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
- Ministerio de Salud. (2008). *Seguridad del paciente y la atención segura*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf
- Ministerio de Salud y Protección social. (2016). *Resolución 0256 de 2016*. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>
- OMS. (08 de 2019). *10 datos sobre la seguridad del paciente*. Obtenido de https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
- Otalvaro Ospina, A., Valencia Velasquez, M., & Cardona Rivas, D. (2011). CARACTERIZACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UNA E.S.E* DE PRIMER NIVEL EN CALDAS 2007 - 2009. *Hacia la Promoción de la Salud*, 87-98.
- Parra, D., Camargo Figueroa, F., & Rey Gomez, R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enfermería Global*, 159-169.
- Resolución 2003 de 2014. Definición de Procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de Salud. (28 de Mayo de 2014). Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia.
- Vargas Bermudez, Z. (2016). Factores personales, laborales y contextuales del profesional de enfermería que inciden en la presencia de un evento adverso. *Enfermería actual de Costa Rica*, 31, 73-91.
- Zarate Grajales, R., Salcedo Alvarez, R., Olvera Arreola, S., Hernandez Corral, S., Barrientos Sanchez, J., Perez Lopez, M., . . . Terrazas Ruiz, C. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*, 277-285.
- Narváez Martínez, Oscar E (2009). *Formulación y Evaluación de Proyectos*. Escuela Superior de Administración Pública.