

## **Eventos adversos en una IPS de Bogotá los años 2020 al 2024**

Luisa Fernanda Chambo González

Mayra Alejandra Velásquez Vásquez

Asesora

Angela Maribel Reyes Rincon

Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD

Escuela Ciencias de la Salud

Especialización Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud

2025

## Resumen

La seguridad del paciente es una prioridad para las instituciones de salud, ya que contribuye a mejorar la calidad de los servicios y a mitigar los riesgos que pueden presentarse durante la atención. Los eventos adversos constituyen un problema global que afecta, en mayor o menor medida, a las entidades de salud en todo el mundo.

Este trabajo adopta un enfoque cuantitativo, corresponde a una investigación descriptiva y retrospectiva que analiza la frecuencia corresponde a una investigación descriptiva y retrospectiva que analiza la frecuencia, tipología y distribución de los eventos adversos reportados en una IPS de alta complejidad en Bogotá durante los años 2021-2024. Para ello, se revisaron los reportes institucionales según tipo de evento, servicio y variables sociodemográficas asociadas.

Los resultados muestran que los servicios de hospitalización, unidad de cuidado intensivo y urgencias concentran el mayor número de eventos adversos, con una mayor afectación en pacientes mayores de 60 años. Estos hallazgos son coherentes con la literatura nacional e internacional y permiten identificar patrones de riesgo prioritarios, aportando evidencia útil para fortalecer la cultura de seguridad, el reporte no punitivo y los procesos institucionales de mejora continua.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, eventos adversos, cultura de seguridad, IPS, análisis de riesgo.

### **Abstract**

Patient safety is a priority for healthcare institutions, as it contributes to improving the quality of services and mitigating the risks that may arise during care. Adverse events constitute a global issue that affects healthcare entities around the world to varying degrees.

This study adopts a quantitative approach and corresponds to a descriptive and retrospective investigation that analyzes the frequency, typology, and distribution of adverse events reported in a high-complexity healthcare institution (IPS) in Bogotá between 2021 and 2024. Institutional reports were reviewed according to event type, healthcare service, and associated sociodemographic variables.

The results show that hospitalization services, intensive care units, and emergency departments concentrate the highest number of adverse events, with a greater impact on patients over 60 years of age. These findings are consistent with national and international literature and allow the identification of priority risk patterns, providing useful evidence to strengthen the safety culture, non-punitive reporting, and institutional processes of continuous improvement.

***Keywords:*** patient safety, adverse events, safety culture, IPS, risk analysis.

## Tabla de Contenido

Eventos adversos en una IPS de Bogotá los años 2020 al 2024 .....	1
Resumen.....	2
Abstract .....	3
Tabla de Contenido .....	4
Lista de Tablas .....	7
Introducción .....	8
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	12
Objetivos .....	14
Objetivo general .....	14
Objetivos específicos.....	14
Marco Referencial.....	15
Antecedentes internacionales .....	15
Antecedentes Nacionales.....	16
Marco Teórico.....	18
Marco conceptual.....	21
Marco legal .....	29
Internacional.....	29
Nacional .....	30
Metodología .....	32
Resultados y Análisis de Eventos Adversos por Servicio de la IPS en Bogotá – Año 2021 .....	33
Análisis por servicio de salud .....	34

Servicio de Hospitalización.....	34
Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) .....	34
Servicio de Urgencias.....	34
Análisis Sociodemográfico.....	34
Distribución por Rango de Edad .....	35
Resultados y Análisis de Eventos Adversos por Servicio de la IPS en Bogotá – Año 2022 .....	36
Análisis por servicio de salud .....	37
Servicio de Hospitalización.....	37
Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) .....	37
Servicio de Urgencias.....	37
Análisis Sociodemográfico.....	38
Distribución por Rango de Edad .....	38
Resultados y Análisis de Eventos Adversos por Servicio de la IPS en Bogotá – Año 2023 .....	39
Análisis por servicio de salud .....	40
Servicio de Hospitalización.....	40
Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) .....	40
Servicio de Urgencias.....	41
Análisis Sociodemográfico.....	41
Distribución por Rango de Edad .....	41
Resultados y Análisis de Eventos Adversos por Servicio de la IPS en Bogotá – Año 2024 .....	42
Análisis por servicio de salud .....	43
Servicio de Hospitalización.....	43
Servicio de Cirugía.....	43

Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) .....	43
Análisis Sociodemográfico.....	43
Distribución por Rango de Edad .....	44
Resultados por año y por tipo de evento adverso.....	45
Infecciones asociadas a la atención (IAAS).....	45
Caídas de pacientes .....	45
Errores en la administración de medicamentos.....	45
Dispositivos médicos y equipos .....	46
Relación de los resultados internacional y nacionalmente .....	46
Conclusiones .....	50
Limitaciones .....	53
Recomendaciones .....	54
Referencias Bibliográficas .....	55

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1</b> Eventos adversos - año 2021.....	33
<b>Tabla 2</b> Distribución de eventos adversos por género - año 2021 .....	35
<b>Tabla 3</b> Distribución por rango de edad - año 2021 .....	36
<b>Tabla 4</b> Eventos adversos - año 2022.....	38
<b>Tabla 5</b> Distribución de eventos adversos por género - año 2022 .....	35
<b>Tabla 6</b> Distribución por rango de edad - año 2022.....	36
<b>Tabla 7</b> Eventos adversos - año 2023.....	38
<b>Tabla 8</b> Distribución de eventos adversos por género - año 2023 .....	40
<b>Tabla 9</b> Distribución por rango de edad - año 2023.....	41
<b>Tabla 10</b> Eventos adversos - año 2024.....	41
<b>Tabla 11</b> Distribución de eventos adversos por género - año 2024 .....	43
<b>Tabla 12</b> Distribución por rango de edad - año 2024.....	43
<b>Tabla 13</b> Resultados por año y por tipo de evento adverso.....	44

## **Introducción**

La prevención de los eventos adversos constituye un pilar fundamental de la calidad en los servicios de salud, siendo la seguridad del paciente indispensable para mitigar los riesgos inherentes a la atención. La presente monografía se centra en el análisis detallado de la frecuencia, tipología, distribución por servicio y las características sociodemográficas de los eventos adversos reportados en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de Bogotá, cubriendo el periodo comprendido entre 2020 y 2024. Este trabajo busca aportar evidencia que fortalezca la gestión del riesgo y la cultura de seguridad institucional.

Para lograr este objetivo, el documento se estructura de la siguiente manera: Inicialmente, se presenta el Planteamiento del Problema, la Justificación y los Objetivos de la investigación. A continuación, el Marco Referencial establece el contexto internacional, nacional y los fundamentos teóricos y legales que sustentan el estudio. El diseño del trabajo se define bajo una metodología de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, que da paso a la presentación de los Resultados y Análisis de los eventos adversos. Estos se detallan por servicio y variables sociodemográficas (como el sexo y la edad) para cada año analizado. Finalmente, se relacionan los hallazgos con la literatura especializada, se exponen las Conclusiones y se formulan las Recomendaciones para la mejora continua de la seguridad del paciente en dicha IPS.

## **Planteamiento del problema**

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención en salud que busca reducir el riesgo de daños innecesarios asociados a la atención médica (OMS, 2019). Esta definición surge por la necesidad de afrontar los daños y riesgos generados durante la atención en salud, teniendo en cuenta que los sistemas de salud están diseñados para mejorar la calidad de vida de las personas, también pueden ocasionar daños. La conciencia sobre la gravedad de esta situación alcanzó una escala global a finales de los noventa, cuando el Instituto de Medicina de EE. UU. publicó su reporte "Errar es humano" (1999). Donde se reveló que los errores médicos causaban 98.000 muertes anuales en EE.UU.

En el año 2002, la definición de eventos de seguridad del paciente fue incorporado por primera vez en EE.U.U en el Foro Nacional de la Calidad, en el cual se publicó una lista de eventos graves que tenían que ser notificados de forma obligatoria, buscando estandarizar esta lista para poder ser usada para la creación de sistemas de notificación estatal e implementar las medidas necesarias para garantizar una atención segura, (Zaslow et al., 2024). Para lo cual un evento adverso (EA) se define como un incidente que genera un daño no intencional al paciente producto de la prestación de los servicios de salud, y no de la enfermedad de base (OMS, 2019).

En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) implementa las directrices sobre la seguridad del paciente, generando alianzas a nivel mundial, para promover la adopción de las políticas sobre las notificaciones y las lecciones aprendidas de los errores para fortalecer la seguridad de la atención en salud.

Para unificar los conceptos de seguridad del paciente y establecer el ciclo continuo de aprendizaje, se publicó un marco conceptual en 2009. Este documento esencial abarca desde los distintos tipos de incidentes hasta las medidas de prevención de riesgos. (Flórez et al., 2022).

En Colombia, la incorporación de la seguridad del paciente en el sistema de salud ha seguido un proceso evolutivo y sistemático. Donde en el año 2004, el cumplimiento de estándares de seguridad del paciente se convirtió en requisito fundamental para la acreditación de instituciones de salud. Consolidándose con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006), Por medio de cual se obligó por primera vez a las instituciones de salud de implementar mecanismos para la identificación, prevención y control de riesgos asociados a la atención en salud.

Y para el año 2008, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en las entidades de salud. Por último con la Resolución 3100 de 2019, la cual busca asegurar que se cumplan con el estándar de procesos prioritarios, por medio de la cual se establece que las instituciones de salud deben contar con un programa de seguridad del paciente que permita la identificación y gestión de los eventos adversos, así mismo detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, así mismo mejorar en el buen uso de los medicamentos y asegurar la correcta identificación de los pacientes.

Aunque el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ha trabajado para fortalecer la seguridad del paciente a través de la Política de Seguridad del Paciente, sin embargo se siguen presentando eventos adversos los cuales son problemas de salud pública , ya que tienen un gran impacto en el paciente y los profesionales debido a que causan daños físico y psicológico, discapacidad y en algunos casos la muerte de los pacientes, lo cual impacta de manera negativa al sistema de salud en el ámbito económico debido a los costos elevados por estancias prolongadas, tratamiento adicionales y/o demandas.

Existen estudios recientes en Colombia que demuestran la existencia de subregistro de eventos adversos derivados de la atención en salud, lo cual se atribuye a que algunas instituciones aún mantienen culturas punitivas. Esta situación genera que los profesionales no realicen el reporte por miedo a represalias, falta de capacitación y formación en la identificación y gestión de riesgos. Asimismo, la carga laboral ocasiona que el personal no reporte los incidentes, lo que impide una oportuna detección, análisis y generación de aprendizajes institucionales derivados de los eventos adversos, con el fin de mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes (Rodríguez y Martínez, 2021; Pérez y Gómez, 2020).

Teniendo en cuenta la necesidad de contar con información reciente y relevante sobre los eventos adversos, es fundamental realizar un diagnóstico basado en los reportes que los colaboradores realizan en una IPS específica. Por lo tanto, esta monografía propone abordar este tema por medio de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál ha sido la frecuencia y tipología de los eventos adversos, su distribución por servicio y factores sociodemográficos, en una IPS de Bogotá durante los años 2021-2024?

## Justificación

En Colombia, durante los años 2019 al 2024, el reporte de eventos adversos representa un desafío, pero también trae consigo oportunidades que impactan la seguridad del paciente y, por lo tanto, la calidad de la atención. Estudios recientes demuestran que los eventos adversos siguen siendo un problema para las instituciones de salud, con una prevalencia mayor a la reportada oficialmente, lo que evidencia la existencia de subregistros y barreras en la notificación de estos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025; estudio en Sincelejo, 2023).

La investigación sobre la identificación y reporte adecuado de eventos adversos es de gran relevancia para el fortalecimiento de la seguridad y la calidad en la atención en salud. La falta de un sistema de notificación eficiente dificulta conocer con exactitud la magnitud real del problema, lo cual limita la comprensión de su impacto en el sistema sanitario. Esta situación plantea la necesidad de analizar detalladamente los retos y oportunidades presentes en el sistema de reporte de eventos adversos en Colombia durante el período 2019-2024. Comprender esta realidad permitirá profundizar en los factores que contribuyen al subregistro y la gestión inadecuada de dichos eventos.

En el ámbito internacional, estudios recientes resaltan la necesidad de construir una cultura de seguridad robusta y de implementar sistemas de reporte eficaces que ayuden a detectar riesgos de manera temprana y a manejar estos eventos de forma adecuada. Este enfoque promueve el aprendizaje constante y la mejora continua. (Álvarez y Moreno, 2022).

Esta monografía permite tener un panorama más claro y actualizado de los eventos que puede presentar una IPS en Colombia, en este caso una IPS con servicios de alta complejidad en Bogotá teniendo como base entre los años 2020 y 2024. Proporciona una base sólida que puede servir como referencia para que otras instituciones tomen decisiones en pro de la seguridad del

paciente y mejoren la calidad de la atención en salud. Asimismo, resalta la importancia de fomentar la cultura del reporte y contar con sistemas sólidos de notificación de sucesos de seguridad, con el fin de tener instituciones más seguras y fomentar el aprendizaje institucional.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar cuáles son los eventos adversos más comunes en la IPS de los servicios que tiene habilitados.

### **Objetivos específicos**

Establecer en que servicios de la IPS ocurren con mayor frecuencia los eventos adversos.

Identificar los tipos de eventos adversos reportados más comunes en los servicios de salud.

Caracterizar las variables sociodemográficas de los pacientes que han presentado eventos adversos

## **Marco Referencial**

### **Antecedentes internacionales**

Los estudios realizados a nivel global revelaron la magnitud del problema de los eventos adversos (EA), producto de estos y tomándolos como base para el establecimiento de políticas de seguridad. El Estudio Fundacional y la Evitabilidad: El cambio de paradigma se generó con el Estudio de Práctica Médica de Harvard (Brennan et al., 1991), que reveló una realidad preocupante: cerca del 3.7% de los pacientes hospitalizados en el estado de Nueva York sufría algún EA. Donde concluyeron que la mayoría de estos eventos era catalogados como prevenibles (Brennan et al., 1991). Este hallazgo sentó las bases para el análisis sistémico de los errores.

La Alarma Global y el Rol de la OMS: La preocupación académica se tradujo en una prioridad de política pública a nivel mundial tras la publicación del informe del Instituto de Medicina (IOM), *To Err is Human* (1999). El informe que relaciono las muertes por errores médicos como las principales causas de mortalidad en Estados Unidos, lo que motivó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a crear la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en 2004. Esta iniciativa no solo estandarizó la terminología, sino que también estableció la meta global de reducir el daño evitable (OMS, 2004).

Magnitud en Servicios de Alta Complejidad: La evidencia global continuó realizando estudios en países de la OCDE y Australia, que reportaron consistentemente tasas de prevalencia de EA de hasta el 16.6% en entornos hospitalarios (Wilson et al., 1995; OCDE, 2017). Estos estudios son cruciales, ya que suelen señalar la vulnerabilidad inherente de los servicios de alta complejidad, como las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y los servicios quirúrgicos.

El Espejo Regional Latinoamericano: En el contexto iberoamericano, el Estudio IBEAS (2007-2009), patrocinado por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ofreció una referencia directa a la realidad de la región. El IBEAS reportó una prevalencia regional del 10.5%, identificando además que la tipología más común se relacionaba con las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) y los eventos de medicación (OMS/OPS, 2009). Estos resultados son fundamentales para contextualizar la tipología de EA de la IPS de Bogotá.

### **Antecedentes Nacionales**

La gestión del riesgo en Colombia ha evolucionado hacia un modelo estructurado que busca articular la calidad con la seguridad.

La Política de Seguridad del Paciente: En respuesta a la evidencia internacional y a los resultados del IBEAS, el Ministerio de la Protección Social de Colombia impulsó la Política de Seguridad del Paciente (MinSalud, 2008). Esta norma se integra en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS), estableciendo un compromiso en la minimización y, si es posible, la eliminación de la ocurrencia de Eventos Adversos mediante la obligatoriedad de programas de seguridad y gestión del riesgo.

Instrumentos y Desarrollo de Buenas Prácticas: El diagnóstico arrojado por el IBEAS en Colombia sirvió como hoja de ruta para el desarrollo de los Paquetes Instruccionales de Buenas Prácticas (MinSalud, 2010). Estos instrumentos buscan guiar a las instituciones en la prevención de fallas específicas (p. ej., caídas, infecciones, errores de medicación), abordando directamente los riesgos más prevalentes en el entorno clínico colombiano.

Para lo cual las entidades de salud están obligadas a articular sus programas de seguridad con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud (INS) para la notificación y el análisis sistemático de incidentes y EA, en concordancia con el SIVIGILA (MinSalud, 2006).

Estudios descriptivos recientes en el país han validado la concentración de EA en servicios de alta complejidad, como UCI y Urgencias (Vargas-Bermúdez et al., 2024). Estos análisis aportan una base de comparación directa para los resultados de esta monografía, especialmente aquellos que han comenzado a vincular estas fallas con las variables sociodemográficas (rango de edad y sexo), proporcionando un referente local de los patrones de riesgo (Universidad del Magdalena, s.f.).

## Marco Teórico

La Teoría General de Sistemas (TGS), desarrollada por Ludwig von Bertalanffy, surge para comprender fenómenos complejos que no pueden explicarse solo por la suma de sus partes, sino a partir de las relaciones que existen entre ellas. Un sistema se define como un conjunto de elementos en interacción, abierto al entorno y capaz de mantener cierto equilibrio mediante procesos de homeostasis, retroalimentación y adaptación (Bertalanffy, 1968).

En el sector salud, esta teoría se aplica al considerar que los servicios, los procesos asistenciales y administrativos, las personas, la tecnología, los turnos, la carga laboral, la normatividad, entre otros componentes, interactúan de manera permanente. Esto muestra que la atención en salud no es un proceso aislado, sino el resultado de múltiples variables que deben analizarse de forma integrada para comprender el comportamiento del sistema y sus resultados.

En esta monografía, la Teoría General de Sistemas se utiliza para interpretar los resultados obtenidos entre 2021 y 2024, entendiendo que la mayor concentración de eventos adversos en servicios como hospitalización, UCI y urgencias, así como la predominancia de IAAS, caídas y errores de medicación, no son hechos aislados, sino manifestaciones del comportamiento del sistema en su conjunto. Los patrones observados por año y servicio, y la mayor afectación de personas mayores de 60 años, significa que el sistema requiere ajustes en su estructura, sus procesos y su forma de organizar el trabajo, más allá de la actuación individual de cada profesional.

El Modelo del Queso Suizo, propuesto por James Reason, es uno de los marcos más utilizados para explicar cómo se producen los errores y accidentes en sistemas complejos, como los servicios de salud. Reason representa la organización como una serie de capas de defensa (protocolos, procedimientos, barreras físicas, supervisión, formación, tecnología, cultura de

seguridad), figuradas como rebanadas de queso. Cada capa tiene “agujeros” que simbolizan vulnerabilidades o fallas. Un evento adverso ocurre cuando, en un momento determinado, los agujeros de varias capas se alinean y permiten que un riesgo atraviese todas las defensas hasta llegar al paciente (Reason, 1990).

Este modelo distingue entre fallos activos y condiciones latentes. Los fallos activos corresponden a errores u omisiones cometidos por el personal en contacto directo con el paciente, por ejemplo, administrar un medicamento en dosis incorrecta, no elevar las barandas de la cama o incumplir un paso crítico de higiene de manos. Las condiciones latentes, por su parte, son debilidades del sistema que suelen permanecer ocultas: carga laboral excesiva, dotación insuficiente, procesos mal diseñados, fallas en el mantenimiento de equipos, protocolos poco claros o una cultura punitiva que desincentiva el reporte.

Aplicado al sector salud, el Modelo del Queso Suizo permite comprender que los eventos adversos no son solo consecuencia de “un error humano”, sino del modo en que se combinan las condiciones del sistema con la práctica diaria. De esta forma, el análisis se orienta a identificar qué barreras fallaron, qué condiciones latentes estaban presentes y qué ajustes estructurales, organizacionales y culturales se requieren para prevenir la repetición de los mismos eventos y fortalecer la seguridad del paciente.

Este modelo permite comprender que las infecciones asociadas a la atención en salud, las caídas de pacientes, los errores en la administración de medicamentos y los eventos relacionados con dispositivos médicos son el resultado de la alineación de fallos activos y condiciones latentes. De este modo, los eventos adversos dejan de verse únicamente como “errores humanos” y se convierten en una oportunidad para identificar qué barreras fallaron y qué cambios

estructurales, organizacionales y culturales son necesarios para fortalecer la seguridad del paciente.

#### Cultura organizacional y cultura de seguridad del paciente – Edgar Schein

Edgar H. Schein define la cultura organizacional como el conjunto de supuestos básicos, valores y artefactos compartidos que orientan la forma en que las personas piensan, sienten y actúan dentro de una organización. Esta cultura se manifiesta en tres niveles: los artefactos (lo visible y observable, como normas, manuales, campañas, estructura física y lenguaje), los valores declarados (lo que la organización dice que es importante, por ejemplo, “la seguridad del paciente es una prioridad”) y los supuestos básicos (creencias profundas, muchas veces inconscientes, como “si reporto un error me sancionan” o “no hay tiempo para registrar eventos”).

En el campo de la seguridad del paciente, la teoría de Schein se articula con el concepto de cultura de seguridad, entendido como el conjunto de valores, actitudes y comportamientos que determinan qué lugar real ocupa la seguridad en la práctica diaria. Una cultura de seguridad sólida se caracteriza por la confianza, el reporte no punitivo, el aprendizaje a partir de los errores, la comunicación abierta y el compromiso visible de los líderes.

Los hallazgos de esta monografía también se explican a la luz de la cultura organizacional y de la cultura de seguridad del paciente de la IPS. La cantidad y el tipo de eventos notificados entre 2021 y 2024 reflejan no solo el nivel real de seguridad del paciente, sino también la disposición del personal a reportar, el miedo a posibles sanciones y el grado de confianza en que la información será utilizada para mejorar y no únicamente para castigar.

## **Marco conceptual**

El presente marco conceptual contiene las bases teóricas de la investigación de eventos adversos relacionados a una Institución Prestadora de Salud (IPS) de Bogotá. Para lo cual es fundamental para el análisis de los resultados obtenidos. LA base de esta investigación está centrada en la seguridad del paciente, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) como la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados a la atención sanitaria, con el fin de prevenir lesiones y garantizar una atención eficaz y libre de riesgos evitables. En esta monografía se analizarán los eventos adversos, los cuales son incidentes no intencionales que pueden causar daño al paciente, producto de la atención en salud y no de la enfermedad del base. En los cuales se encuentran caídas donde el paciente pierde el equilibrio y cae al suelo, las cuales son involuntarias e impredecibles. Eventos relacionados con administración medicamentos donde se pueden encontrar dosis incorrectas, administración por la vía incorrecta entre otros, Eventos relacionados con dispositivos y equipos médicos como son las fallas técnicas, mal usos, falta de calibración, contacto eléctrico y demás causas de eventos de acuerdo a la NTC5736:2009, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), consideradas eventos adversos prevenibles de gran impacto en la morbilidad y mortalidad (OMS, 2016), las cuales son contraídas por el paciente durante el proceso de atención ya sea en la hospitalización o procedimientos quirúrgicos.

La identificación de estos eventos depende de los profesionales de salud y de la efectividad del sistema de reporte o notificación, el cual es un mecanismo establecido por la entidad para que el personal registre todos los incidentes generados durante la atención, para facilitar su análisis y tomar las acciones preventivas y correctivas para la mitigación de los riesgos. En Colombia, este proceso está reglamentado por lineamientos como los del Ministerio

de Salud y Protección Social (2008) y la Resolución 3100 de 2019, que establecen la obligatoriedad de implementar programas de seguridad del paciente para estandarizar la gestión de riesgos y fortalecer la calidad de la atención. Finalmente, es importante tener en cuenta que la ocurrencia de eventos adversos puede variar de acuerdo con la caracterización sociodemográfica de los pacientes es clave, ya que factores como la edad y el género influyen significativamente en la vulnerabilidad. Por otro lado, el servicio de salud donde ocurre el evento es un factor determinante, ya que los diferentes niveles de complejidad (alta, mediana o baja) se relacionan con la criticidad de los pacientes, la intensidad de los procedimientos y la tecnología utilizada, lo que permite identificar los entornos clínicos de mayor riesgo y adaptar las medidas de seguridad en consecuencia.

Las Organizaciones de Servicios de Salud (HSO) tienen suficientes requisitos y riesgos en el contexto de implementar estándares globales de calidad y seguridad en el cuidado de la salud que justifican una respuesta internacional sistemática y coordinada.

Esto requiere la estandarización y unificación de datos, estándares y políticas para garantizar la uniformidad y calidad en los servicios de salud.

También es importante contar con asesoramiento técnico y político, teniendo en cuenta las particularidades de cada país o región económica, lo que permitirá la integración de manera sensible al contexto.

Para que los perfiles educativos mejoren y exista una base sólida de evidencia que respalde las prácticas educativas, la medición sólida y el aprendizaje perpetuo son obligatorios.

Y por último, los esfuerzos de educación y abogacía deben dirigirse a comunicar y abogar por el valor de invertir en prácticas basadas en evidencia para construir una cultura de calidad y seguridad en la salud global.

El evento adverso (EA) es un daño no intencionado al paciente relacionado con la atención recibida y no por la evolución natural de la enfermedad, lo que constituye un grave problema en la atención médica, ya que su frecuencia puede ser tan alta como del 3 al 15% durante la hospitalización, y muchos de ellos podrían prevenirse tomando las acciones correctas (Andrzejewski et al., 2016; OMS, 2019).

Se clasifican, además, como evitables (es decir, relacionados con errores o la calidad de la atención) y no evitables (cuando los pacientes recibieron el mejor tratamiento posible: Wilson et al., 1995; Bates et al., 1995).

Factores humanos relacionados con errores de medicación, fallas en infraestructuras y tecnología, problemas de comunicación interprofesional, así como brechas en los protocolos contribuyen en gran medida, afectando la morbilidad, la mortalidad, el costo de la atención en los hospitales, la calidad de vida de los pacientes y el impacto psicológico en aquellos que trabajan dentro de los equipos de atención médica (Kohn et al., 2000; Classen et al., 2011).

La prevalencia de reacciones adversas a medicamentos, infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), caídas y errores de procedimiento muestran la necesidad de optimizar los procesos para aumentar la seguridad del paciente (Vincent, 2010; Lopez et al., 2018).

La cultura de seguridad del paciente se entiende como el resultado de un conjunto de valores, creencias, percepciones y actitudes compartidas que buscan reducir el riesgo y minimizar el daño tanto para los pacientes como para los trabajadores dentro del sistema de atención médica (Sorra & Nieva, 2004). Para que la cultura se logre establecer en el sistema de salud, deben fortalecerse diversas dimensiones: la confianza en el entorno y en el sistema; el conocimiento que permite aprender y enseñar a partir de los errores, identificarlos y corregirlos; la apertura para generar espacios de diálogo y análisis sobre lo sucedido sin temor a represalias; y el reporte, sustentado en sistemas de notificación no punitivos establecidos y aplicados de forma regular (AHRQ, 2021).

La evidencia ha demostrado que cuando existe una cultura de seguridad sólida en los hospitales se observan menos incidentes adversos, mayor satisfacción de los pacientes y mejores condiciones laborales para los equipos de salud, convirtiendo a las instituciones en lugares más seguros y favorables para trabajar (Pronovost et al., 2006).

Para medir la cultura se emplean instrumentos validados como lo son: Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital” (HSPSC), así como métodos cualitativos que incluyen entrevistas o grupos focales, los cuales permiten explorar más a fondo las percepciones y experiencias del personal de salud en su práctica cotidiana (Nieva & Sorra, 2003). La resiliencia y la alta fiabilidad en el cuidado seguro de los pacientes en los hospitales son estructuras construidas sobre la confianza, una cultura de aprendizaje, transparencia y una fuerte capacidad de reporte. Tal cultura también es crucial para mitigar el riesgo y evitar daños a pacientes y trabajadores de la salud.

Por otra parte la notificación de eventos adversos es un elemento fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes y el cuidado de los mismos dentro de los sistemas

de salud, como medio para registrar, documentar y analizar consecutivamente los incidentes que afectan su integridad física y mental.

Los eventos adversos incluyen errores de medicación (dosis incorrectas, administración incorrecta), complicaciones postoperatorias, infecciones adquiridas en el hospital, errores de diagnóstico y accidentes o fallos de dispositivos médicos. Cada tipo de evento debe ser abordado por derecho propio, aunque la característica común de todos es que la notificación oportuna y precisa es necesaria para que los problemas puedan ingresar a los sistemas de aprendizaje organizacional y los sistemas de calidad mejoren la atención (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Pero hay muchos obstáculos para una notificación eficiente: el temor a sanciones legales o laborales, la falta de confianza en que los informes se tomen en serio, una cultura organizacional que es punitiva o carece de enfoque en la mejora continua, demasiado trabajo para permitir tiempo para reportar, y personal que no ha sido adecuadamente capacitado en sistemas de seguridad del paciente. Tales barreras son obstáculos para la notificación de EA, dificultan evaluar la verdadera dimensión del daño y complican la introducción de intervenciones preventivas efectivas (Aranaz-Andrés et al., 2012).

Sin embargo, una evaluación crítica demuestra que la notificación de EA representa de hecho uno de los pilares de la seguridad clínica, pero este beneficio solo puede materializarse cuando afecta la conciencia de la organización como tal, donde se promueve explícitamente la comunicación abierta sobre fallos y el aprendizaje de los errores. Los sistemas de salud también deben establecer sistemas de retroalimentación, garantizar la educación continua y el apoyo institucional que fomenten la participación voluntaria y responsable del personal. Sin estos, la notificación es simplemente un acto estéril y vacío con casi ninguna contribución a la reducción

del riesgo; la importancia crítica de políticas bien diseñadas que incluyan un liderazgo efectivo y recursos, sin olvidar el lado humanista que fomenta el error como una oportunidad para mejorar la atención es enfatizada (Agencia para Investigación y Calidad en Atención Médica , 2014).

Existen varios tipos de eventos adversos en el cuidado de la salud como lo son los eventos adversos relacionados con medicamentos donde se encuentran los errores de prescripción, dispensación o administración de medicamentos, reacciones adversas inesperadas a un medicamento recetado y dosis inapropiadas que pueden causar daño (Bates et al., 1995). Los eventos relacionados con procedimientos en pacientes como lo son las complicaciones que ocurren como resultado de procedimientos realizados bajo anestesia general o local, incluyendo infecciones postoperatorias, errores de cirugía en el sitio equivocado, neumotórax accidental o lesión intraoperatoria a un órgano (Gawande et al., 2003). Las infecciones adquiridas en el hospital (HAI) que son el resultado de la atención recibida en una instalación de atención médica, incluyendo infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres, neumonías nosocomiales o infecciones del sitio quirúrgico (Klebens et al., 2007). Errores de diagnóstico o diagnóstico tardío, cuando una condición no se diagnostica correctamente, lo que resulta en oportunidades de tratamiento perdidas, o se constituye un retraso significativo en el diagnóstico con resultados adversos resultantes debido a la demora innecesaria (Graber, 2013) entre otros.

Identificar los obstáculos para informar eventos adversos es esencial para la seguridad del paciente. Sin embargo, al enmarcarlos, se pueden ver como parte de un entramado de problemas individuales, organizacionales y sistémicos que obstaculizan su resolución.

La conciencia relativamente baja y la capacitación inadecuada por parte de los proveedores de atención médica sugieren que es imperativo reforzar la educación

continúa con un enfoque en la seguridad clínica, ya que, sin una comprensión adecuada sobre este proceso o su importancia en la notificación, será difícil obtener un compromiso verdadero.

Además, el miedo a las represalias y la presencia de una cultura en la que la culpa, más que el aprendizaje, es central, constituye un desafío ético y cultural en sí mismo: las organizaciones deben adoptar enfoques que sean transparentes, mejorando permanentemente sin castigar el error humano y, por lo tanto, contribuir a que el personal tenga confianza en el sistema.

Por otra parte, la carga administrativa, como mantener los registros de los pacientes actualizados con los procedimientos, la administración de medicamentos y el control de los dispositivos médicos usados, entre otros, podría mejorarse mediante estrategias tecnológicas que faciliten y optimicen estos procesos administrativos.

Hemos identificado varias barreras prácticas, incluido el exceso de trabajo y la complejidad administrativa de los sistemas de informes, la mayoría de los cuales podrían

La ausencia de buen feedback y la sensación de que este no es un proceso valioso también desmotivan, o en otras palabras: una buena comunicación y cerrar el ciclo de aprendizaje son ingredientes importantes para mantener la motivación.

Estas dificultades, documentadas en la literatura (Aguilera et al., 2018; Bisang & Schreiber, 2016; Machado & Silva, 2017) y reconocidas desde el llamamiento de "To Err is Human" (Kohn et al., 2000), requieren una respuesta integral de los sistemas de atención médica y los cuerpos regulatorios que no se limiten simplemente a implementar protocolos, sino que también demandan cambiar esta cultura organizacional para

optimizar recursos y tecnologías, así como garantizar la capacitación y el apoyo necesarios para que el informe de eventos adversos ya no sea un acto ocasional o temido, sino una actividad rutinaria elogiada como impulsor de seguridad/calidad en la atención médica.

Dentro de los factores organizacionales que influyen directamente en la seguridad del paciente, el liderazgo cumple un papel determinante, ya que los líderes deben apoyar activamente la seguridad, asignar recursos adecuados, establecer una visión clara y reconocer las buenas prácticas para fortalecer el compromiso institucional y promover una cultura orientada a la prevención del riesgo (Frankel et al., 2006). En este sentido, las políticas internas basadas en evidencia son fundamentales, puesto que permiten estandarizar procedimientos seguros mediante lineamientos claros para la gestión del riesgo y el diseño de prácticas asistenciales más confiables (IOM, 2000). Asimismo, la capacitación y sensibilización del talento humano se convierte en un eje transversal, ya que la formación continua en temas como comunicación efectiva, identificación de incidentes y manejo del riesgo fortalece el conocimiento y las actitudes del personal frente a la seguridad del paciente, favoreciendo entornos más seguros y proactivos (Singer et al., 2003).

## Marco legal

### Internacional

La seguridad del paciente se reconoce como una prioridad mundial desde la Resolución WHA55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud (2002), que insta a los Estados Miembros a notificar, analizar y aprender de los eventos adversos, con el fin de reducir el daño evitable asociado a la atención en salud. En desarrollo de este mandato, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021–2030, que define objetivos y acciones estratégicas para disminuir el riesgo de infecciones asociadas a la atención, errores de medicación, caídas y otros eventos de alto impacto, promoviendo el fortalecimiento de la cultura de seguridad y de los sistemas de reporte (OMS, 2021).

Asimismo, la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP, 2007) proporciona un marco estandarizado de conceptos y definiciones (incidente, evento adverso, daño, factores contribuyentes, barreras defensivas) que orienta la forma como las instituciones clasifican y analizan los eventos adversos. En esta monografía, dicha clasificación respalda la agrupación de los sucesos en cuatro categorías principales: infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), caídas de pacientes, errores en la administración de medicamentos y eventos relacionados con dispositivos y equipos médicos (OMS, 2009).

En Colombia, la Ley 100 de 1993 establece el marco general del Sistema General de Seguridad Social en Salud y obliga al Estado y a los prestadores de servicios a garantizar la calidad y seguridad de la atención, bajo principios de eficiencia, universalidad e integralidad. Sobre esta base se estructura el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (Decreto 1011 de 2006), que exige a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) implementar mecanismos sistemáticos para la identificación, prevención y control de riesgos asociados a la

atención, entre ellos los eventos adversos (Congreso de la República de Colombia, 1993; Ministerio de la Protección Social, 2006).

### **Nacional**

En Colombia, la Ley 100 de 1993 establece el marco general del Sistema General de Seguridad Social en Salud y obliga al Estado y a los prestadores de servicios a garantizar la calidad y seguridad de la atención, bajo principios de eficiencia, universalidad e integralidad. Sobre esta base se estructura el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (Decreto 1011 de 2006), que exige a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) implementar mecanismos sistemáticos para la identificación, prevención y control de riesgos asociados a la atención, entre ellos los eventos adversos (Congreso de la República de Colombia, 1993; Ministerio de la Protección Social, 2006).

En este mismo sentido, los Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud (2008) definen la obligación de contar con un programa institucional de seguridad del paciente, basado en el reporte no punitivo, el análisis de causas y la adopción de barreras de seguridad, con énfasis en eventos como IAAS, errores de medicación y caídas. Posteriormente, la Resolución 3100 de 2019 incorpora estos requerimientos en los estándares de habilitación, al establecer que las IPS deben demostrar la implementación de procesos prioritarios de seguridad del paciente, la gestión de infecciones asociadas a la atención, el uso seguro de medicamentos y la correcta identificación de los usuarios (Ministerio de la Protección Social, 2008; Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Como instrumento operativo, la Guía técnica de buenas prácticas para la Seguridad del Paciente (MinSalud, 2020) desarrolla paquetes instruccionales para la prevención de caídas, la seguridad en la administración de medicamentos, la prevención de IAAS y el cuidado del

paciente crítico, entre otros, ofreciendo criterios y recomendaciones que permiten a las IPS diseñar intervenciones concretas y medir su impacto mediante indicadores de seguimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Finalmente, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), creado por el Decreto 3518 de 2006, regula el reporte obligatorio de determinados eventos adversos graves, incluyendo errores de medicación, fallas de dispositivos médicos e infecciones asociadas a la atención en salud. De esta manera, articula la información generada por las IPS con el análisis epidemiológico nacional, facilitando la identificación de tendencias, alertas tempranas y áreas prioritarias de intervención (Ministerio de la Protección Social, 2006).

## Metodología

El estudio adopta un enfoque cuantitativo, tiene un diseño observacional descriptivo y retrospectivo, cuyo objetivo fue identificar y caracterizar los eventos adversos ocurridos en pacientes en los servicios de alta, mediana y baja complejidad. Para lo cual inicialmente se realizó una revisión documental y posteriormente se hizo depuración de la base de datos institucional correspondiente a los eventos adversos reportados en el sistema de notificación de la IPS entre enero de 2021 y diciembre de 2024, teniéndose en cuenta los servicios con mayor número de reportes de eventos adversos, para luego identificar los tipos predominantes de eventos adversos en dichos servicios. Así mismo evaluaron las variables sociodemográficas de los pacientes que presentaron eventos adversos, así como los factores predisponentes relevantes en la institución.

Las variables incluidas abarcaron edad, género, servicio o área de ocurrencia, tipo de evento adverso y factores asociados. Se aplicaron análisis estadísticos descriptivos para establecer frecuencias, proporciones y posibles tendencias en la ocurrencia de eventos.

Con base en los resultados, se realizó una caracterización integral de los eventos, sus tipos predominantes, áreas de ocurrencia y relaciones con variables sociodemográficas. Estos análisis permiten comprender la magnitud y características de los eventos adversos en la institución durante el periodo estudiado, constituyendo una base sólida para futuras investigaciones o intervenciones en materia de seguridad del paciente.

### Resultados y Análisis de Eventos Adversos por Servicio de la IPS en Bogotá – Año 2021

Por medio de los valores cuantitativos de la base del sistema de notificación de la IPS durante el año 2021 permitieron conocer en qué servicios y que tipo de eventos se generan en mayor proporción (Tabla 1). Del total de 286 eventos adversos confirmados, las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) representaron la mayoría con 183 casos (65%), seguidas por las caídas con 80 reportes (28%), los eventos relacionados con la administración de medicamentos con 16 casos (6%), y los incidentes con dispositivos y equipos médicos con 4 eventos (1%).

**Tabla 1**

*Eventos adversos - año 2021*

Servicios	Caídas de pacientes	infecciones	Administración de medicamentos	Dispositivos y equipos médicos	Total
Cirugía	4	22	0	0	26
Consulta Externa	2	0	0	0	2
Gastroenterología	0	1	0	0	1
Hospitalización	50	27	6	1	100
Imagenología	1	0	0	0	1
Sala de Partos	1	20	0	0	21
Salud Oral	0	0	0	1	1
Transporte asistencial	0	1	0	0	1
UCI	1	92	0	0	93
Unidad Renal	1	11	0	0	12
Urgencias	14	10	3	1	28
<b>Total general</b>	<b>80</b>	<b>183</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>286</b>

*Fuente:* Autoría propia.

## **Análisis por servicio de salud**

### ***Servicio de Hospitalización***

Este servicio registro el mayor número de eventos adversos, con un total de 100 casos, los cuales representan el 35 % del total de 286 eventos reportados. De estos 50 corresponden a caídas y 27 a infecciones.

### ***Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)***

Este servicio fue el segundo que reporto mayor cantidad de eventos adversos, siendo las infecciones el tipo de evento con mayor incidencia, con 93 casos, lo que representa el 33% del total de 286 eventos reportados.

### ***Servicio de Urgencias***

El servicio de urgencias reporto un total de 28 eventos adversos, que equivalen al 10% de los eventos registrados en el aplicativo, de estos 14 correspondieron a casos de caídas de pacientes, seguido por 10 casos de infecciones y 3 relacionados a la administración de medicamentos.

Los servicios mencionados anteriormente registran la mayor cantidad de eventos adversos, mientras que los servicios como Consulta Externa, Gastroenterología, Imagenología, Salud Oral y Transporte Asistencial presentan un número menor de eventos adversos, lo que puede indicar que son áreas con menor riesgo o tienen mayor control.

## **Análisis Sociodemográfico**

La mayoría de los eventos adversos reportados corresponden a pacientes de género femenino, con una frecuencia de 156, lo que equivale al 55% del total de pacientes que sufrieron estos eventos. Sin embargo, el género masculino también representa una proporción

significativa, como se observa en la (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Distribución de eventos adversos por género- año 2021.*

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	156	55%
Masculino	130	45%
Total	286	100%

*Fuente:* Autoría propia.

### **Distribución por Rango de Edad**

El grupo de personas mayores (60 años o más) es el que ha presentado la mayor cantidad de eventos adversos durante la atención en salud, con un total de 134 casos, lo que representa un alto porcentaje del 47%. Posteriormente, se encuentra el grupo de adultos (27-59 años), con 92 casos, lo que corresponde al 32% del total. De acuerdo con lo anterior, el grupo que más presenta eventos adversos es el de personas mayores, como se puede observar en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Distribución por rango de edad - año 2021.*

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
Primera Infancia (0-5 años)	15	5%
Infancia (6 - 11 años)	11	4%
Adolescencia (12 - 18 años)	20	7%
Juventud (14 - 26 años)	14	5%
Adulthood (27- 59 años)	92	32%
Persona Mayor (60 años o más)	134	47%
Total	286	100%

*Fuente:* Autoría propia.

## Resultados y Análisis de Eventos Adversos por Servicio de la IPS en Bogotá – Año 2022

Para el año 2022, de acuerdo (Tabla 4). Del total de 656 eventos adversos confirmados, las caídas representaron la mayoría con 291 casos (45%), seguidas por las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) con 288 reportes (41%), los eventos relacionados con la administración de medicamentos con 53 casos (8%), y los incidentes con dispositivos y equipos médicos con 24 eventos (6%).

**Tabla 4**

*Eventos adversos - año 2022*

Servicios	Caídas de pacientes	infecciones	Administración de medicamentos	Dispositivos y equipos médicos	Total
Cirugía	1	7	3	1	12
Consulta Externa	7	0	4	1	12
Gastroenterología	1	0	0	0	1
Hospitalización	183	65	27	10	285
Imagenología	2	0	0	0	2
Sala de Partos	2	0	0	0	2
Salud Oral	1	1	0	0	2
Transporte asistencial	2	0	0	0	2
UCI	13	139	9	8	169
Unidad Renal	5	65	3	4	77
Urgencias	74	11	7	0	92
<b>Total general</b>	<b>291</b>	<b>288</b>	<b>53</b>	<b>24</b>	<b>656</b>

*Fuente: Autoría propia.*

## **Análisis por servicio de salud**

### ***Servicio de Hospitalización***

En este servicio se registraron 285 eventos adversos (43 % de los 656 reportados). De ellos, 183 fueron caídas (64,2 %), 65 infecciones (22,8 %), 27 eventos relacionados con la administración de medicamentos (9,5 %) y 10 dispositivos/equipos médicos (3,5 %).

*Este servicio aportó en total a la institución el 62,9 % de las caídas, el 22,6 % el de las infecciones, el 50,9 % en la administración de medicamentos y el 41,7 % de los reportes relacionados con los dispositivos y equipos médicos. Siendo el que presento más caídas.*

### ***Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)***

En la UCI se registraron 169 eventos adversos (25,8 % de 656). De estos, 139 fueron infecciones (82,2 %), 13 caídas (7,7 %), 9 eventos de medicación (5,3 %) y 8 dispositivos y equipos médicos (4,7 %).

Este servicio aportó en total a la institución en relación con infecciones 48,3 %, dispositivos 33,3 %, medicación 17,0 % y caídas 4,5 %. Es importante destacar que las infecciones en este año en la UCI fueron casi la mitad de las reportadas institucionalmente.

### ***Servicio de Urgencias***

En Urgencias se registraron 92 eventos adversos (14,0 % de 656). De ellos, 74 fueron caídas (80,4 %), 11 infecciones (12,0 %), 7 eventos relacionados con la administración de medicamentos (7,6 %) y no se reportaron dispositivos y equipos médicos. Este servicio presento el 25,4 % de todas las caídas institucionales, el 3,8 % de las infecciones y el 13,2 % de los

eventos de medicación). De acuerdo a lo anterior el servicio de urgencias presento un gran porcentaje de caídas a comparación de los otros tipos de eventos adversos.

### **Análisis Sociodemográfico**

El género que más presento eventos adversos fue el masculino con 343 (52% de 656) y el género femenino presento 313 eventos, como se puede observar en la (Tabla 5).

#### **Tabla 5**

*Distribución de eventos adversos por género 2022*

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	313	48%
Masculino	343	52%
Total	656	100%

*Fuente:* Autoría propia.

#### **Distribución por Rango de Edad**

El grupo de personas mayores (60 años o más) es el que ha presentado la mayor cantidad de eventos adversos durante la atención en salud, con un total de 357 casos, lo que representa un alto porcentaje del 52%. Posteriormente, se encuentra el grupo de adultos (27-59 años), con 201 casos, lo que corresponde al 30% del total. De acuerdo con lo anterior, el grupo que más presenta eventos adversos es el de personas mayores, como se puede observar en la Tabla 6.

**Tabla 6***Distribución por rango de edad 2022*

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
Primera Infancia (0-5 años)	34	5%
Infancia (6 - 11 años)	18	3%
Adolescencia (12 - 18 años)	14	2%
Juventud (14 - 26 años)	52	8%
Adultez (27- 59 años)	201	30%
Persona Mayor (60 años o más)	357	52%
<b>Total</b>	<b>676</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Autoría propia.**Resultados y Análisis de Eventos Adversos por Servicio de la IPS en Bogotá – Año 2023**

Por medio de los valores cuantitativos de la base del sistema de notificación de la IPS durante el año 2023 permitieron conocer en qué servicios y que tipo de eventos se generan en mayor proporción (Tabla 7). Del total de 541 eventos adversos confirmados, las caídas de pacientes fueron los eventos adversos que mas se presentaron con una proporción de 242 (45% de 541), seguida por las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) con 223 (41% de 541), 44 (8% de 541) eventos relacionados a Administración de medicamentos y 32 (6% de 541) eventos asociados a dispositivos y equipos médicos.

**Tabla 7***Eventos adversos - año 2023*

Servicios	Caídas de pacientes	Infecciones	Administración de medicamentos	Dispositivos y equipos médicos	Total
Cirugía	4	50	2	2	58
Consulta Externa	6	0	4	0	10
Gastroenterología	0	0	0	0	0
Hospitalización	155	55	19	16	245
Imagenología	1	0	1	1	3
Sala de Partos	1	8	1	0	10
Salud Oral	0	0	0	0	0
Transporte asistencial	1	0	0	0	1
UCI	2	72	6	6	86
Unidad Renal	1	33	11	0	45
Urgencias	71	5	0	7	83
Total general	242	223	44	32	541

*Fuente:* Autoría propia.**Análisis por servicio de salud*****Servicio de Hospitalización***

En este servicio se registraron 245 eventos adversos (45 % de los 541 reportados). De ellos, 155 fueron caídas (63 %), 55 infecciones (22%), 19 eventos relacionados con la administración de medicamentos (8 %) y 16 dispositivos/equipos médicos (7%). Siendo las caídas las que mas se presentaron.

***Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)***

En la UCI se registraron 86 eventos adversos (16 % de 541). De estos, 2 fueron caídas (2%), 72 infecciones (84%), 6 eventos de medicación (7%) y 6 dispositivos y equipos biomédicos (7%).

Este servicio aportó en total a la institución 64% de los eventos adversos relacionados a caídas de toda la institución

### ***Servicio de Urgencias***

En este servicio se registraron 83 eventos adversos (15% de 541). De ellos, 71 fueron caídas (86 %), 5 infecciones (6 %), 7 eventos relacionados con dispositivos y equipos médicos (8 %) y no se reportaron eventos relacionados con administración de medicamentos.

### **Análisis Sociodemográfico**

Para el año 2023, el género que más presentó eventos adversos fue el masculino con 280 (52% de 541) y el género femenino presentó 261 (48% de 541 eventos), como se puede observar en la (Tabla 8).

#### **Tabla 8**

##### *Distribución de eventos adversos por género 2023*

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	261	48%
Masculino	280	52%
Total	541	100%

Fuente: Autoría propia.

#### **Distribución por Rango de Edad**

El grupo de personas mayores (60 años o más) es el que ha presentado la mayor cantidad de eventos adversos durante la atención en salud, con un total de 275 casos, lo que representa un alto porcentaje del 49%. Posteriormente, se encuentra el grupo de adultos (27-59 años), con 160 casos, lo que corresponde al 29% del total. De acuerdo con lo anterior, el grupo que más presenta eventos adversos es el de personas mayores, como se puede observar en la Tabla 9.

**Tabla 9***Distribución por rango de edad 2023*

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
Primera Infancia (0-5 años)	21	4%
Infancia (6 - 11 años)	5	1%
Adolescencia (12 - 18 años)	21	4%
Juventud (14 - 26 años)	59	11%
Adulthood (27- 59 años)	160	30%
Persona Mayor (60 años o más)	275	50%
Total	541	100%

*Fuente: Autoría propia***Resultados y Análisis de Eventos Adversos por Servicio de la IPS en Bogotá – Año 2024**

Por medio de los valores cuantitativos de la base del sistema de notificación de la IPS durante el año 2024 permitieron conocer en qué servicios y que tipo de eventos que se generan con mayor proporción (Tabla 10). Del total de 488 eventos adversos confirmados, las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) fueron los eventos adversos que más se presentaron con una proporción de 214 (44% de 488 ), las caídas con 134 ( 27% de 488), y 118 (24% de 488) eventos relacionados a Administración de medicamentos y 22 (5% de 488) eventos asociados a dispositivos y equipos médicos.

**Tabla 10***Eventos adversos - año 2024*

Servicios	Caídas de pacientes	infecciones	Administración de medicamentos	Dispositivos y equipos médicos	Total
Cirugía	1	71	5	0	77
Consulta Externa	1	0	0	0	1
Gastroenterología	1	0	0	0	1
Hospitalización	96	62	82	6	246
Imagenología	0	0	1	0	1

Sala de Partos	0	16	0	0	16
Salud Oral	0	0	0	0	0
Transporte asistencial	1	0	1	1	3
UCI	3	43	10	14	70
Unidad Renal	3	21	0	0	24
Urgencias	28	1	19	1	49
<b>Total general</b>	<b>134</b>	<b>214</b>	<b>118</b>	<b>22</b>	<b>488</b>

## **Análisis por servicio de salud**

### *Servicio de Hospitalización*

En este servicio se registraron 246 eventos adversos (50 % de los 488 reportados). De ellos, 96 fueron caídas , 62 infecciones , 82 eventos relacionados con la administración de medicamentos y 6 dispositivos y equipos médicos. Siendo las caídas las que más se presentaron.

### *Servicio de Cirugía*

Este servicio fue el segundo que más reporto eventos adversos con un total de 77 (16% de los 488 reportados) , siendo las infecciones asociadas la salud las que más se presentaron en este servicio 71, seguida por la administración de medicamentos con 5 y por ultimo con 1 evento reportado por caída de paciente.

### *Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)*

En la UCI se registraron 70 eventos adversos (14 % de 488 ). De estos, 3 fueron caídas, 43 infecciones, 10 eventos de medicación y 14 dispositivos y equipos biomédicos.

## **Análisis Sociodemográfico**

Para el año 2024, el género que más presento eventos adversos fue el femenino con 247(**51% de 488**) y el género masculino presento 241 (**49 % de 488** eventos), como se puede observar en la (Tabla 11).

**Tabla 11**

Distribución de eventos adversos por género 2024

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	247	51%
Masculino	241	49%
Total	488	100%

*Fuente:* Autoría propia.**Distribución por Rango de Edad**

El grupo de personas mayores (60 años o más) es el que ha presentado la mayor cantidad de eventos adversos durante la atención en salud, con un total de 228 casos, lo que representa un alto porcentaje del 47%. Posteriormente, se encuentra el grupo de adultos (27-59 años), con 156 casos, lo que corresponde al 32% del total. De acuerdo con lo anterior, el grupo que más presenta eventos adversos es el de personas mayores, como se puede observar en la Tabla 12.

**Tabla 12***Distribución por rango de edad 2024.*

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
Primera Infancia (0-5 años)	29	6%
Infancia (6 - 11 años)	12	2%
Adolescencia (12 - 18 años)	3	1%
Juventud (14 - 26 años)	60	12%
Adulthood (27- 59 años)	156	32%
Persona Mayor (60 años o más)	228	47%
Total	488	100%

*Fuente:* Autoría propia.

## Resultados por año y por tipo de evento adverso.

**Tabla 13**

*Eventos adversos por año.*

Año	2021	2022	2023	2024
IAAS	183	288	223	214
Caídas	80	291	242	134
Administración de medicamentos	16	53	44	118
Dispositivos/equipos	4	24	32	22
Total	283	656	541	488

*Fuente:* Autoría propia.

### **Infecciones asociadas a la atención (IAAS).**

En el año 2022 se aumentaron los reportes relacionados a este tipo eventos adversos mientras que en los años 2023 y 2024 se observa un descenso, sin embargo, siguen siendo las IAAS las que tienen mayor porcentaje de ocurrencia en los cuatro últimos años, como se puede observar en la Tabla 13.

### **Caídas de pacientes**

En los años 2022 y 2023 fue donde más se presentaron eventos adversos relacionados con caídas de pacientes, y en el año 2024 se evidencia una disminución significativa de caídas, como se puede observar en la Tabla 13.

### **Errores en la administración de medicamentos.**

En los años 2021 al 2023, los eventos adversos por administración de medicamentos mostraron un comportamiento estable, con 16 casos en 2021, 53 en 2022 y 44 en 2023. Para el año 2024 aumentaron de forma abrupta, presentando 118 casos, más del doble que en 2023 y un incremento del 638% respecto a 2021, como se puede observar en la Tabla 13.

## **Dispositivos médicos y equipos**

Los eventos adversos relacionados con dispositivos médicos y equipo presentaron baja incidencia, para el año 2023 presento un pico alto y descendió en el 2024, como se puede observar en la Tabla 13.

## **Relación de los resultados internacional y nacionalmente**

De acuerdo con los informes y materiales técnicos de la Organización Mundial de la Salud, las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y las caídas de pacientes constituyen problemas frecuentes y de alto impacto en seguridad del paciente a nivel mundial; las caídas son mencionadas como uno de los eventos adversos hospitalarios más frecuentes y las IAAS son una de las complicaciones más comunes vinculadas a la atención sanitaria (WHO,2024). Estos eventos son muy frecuentes en Global Patient Safety Report 2024 y en la hoja informativa de la OMS sobre seguridad del paciente, lo que indica coherencia entre las tendencias globales y los eventos reportados por las IPS en el periodo 2021–2024.

Por otro lado, en cuanto al aumento de los errores de medicación en el año 2024 en la IPS se ajusta al llamado realizado por AHRQ para una necesidad urgente de mejorar la seguridad de los medicamentos, incluyendo estudios como los realizados por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ, 2015).

En colombiano, los desafíos de la seguridad del paciente continúan presentándose. Donde el subreporte de eventos adversos y la cultura punitiva como lo indica Castaño y Puerta (2024), hace que persistan limitaciones para que se realice de forma adecuada y a

tiempo la identificación de las fallas de los servicios de salud. Todavía el personal de salud teme reportar para evitar despidos, maltratos o que sean estigmatizados, lo cual genera barreras para el aprendizaje organizacional y para la implementación de acciones que contribuyan a la mejora continua.

Por otro lado, Martínez y Zúñiga (2023) señalan que durante 2024 se observó una leve reducción en la incidencia de caídas de pacientes hospitalizados, lo cual posiblemente este asociado con la implementación parcial de escalas de valoración del riesgo de caída. Estas herramientas permiten la detección temprana de pacientes vulnerables y la aplicación de medidas preventivas como la educación al paciente y el uso de barandas arriba.

Es importante resaltar que pesar de estos avances, los autores coincide en que la seguridad del paciente en las IPS de Colombia requieren fortalecimiento de las institucione, como lo son las capacitaciones al personal de forma continua, contar con indicadores que permitan medir y gestionar los riesgos y hacer una cultura no punitiva hacia el personal y que se encuentren alineadas con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

De acuerdo con lo anterior, los resultados sobre los eventos adversos registrados en la IPS muestran una coherencia con las tendencias globales, aunque presentan variaciones atribuibles al nivel de implementación parcial de la Política de Seguridad del Paciente. Este hallazgo sugiere que el sistema aún no se encuentra plenamente fortalecido, situación que puede estar relacionada con las limitaciones previamente mencionadas en los antecedentes, tales como la insuficiente cultura de reporte, la falta de

continuidad en los programas de mejora y la necesidad de consolidar estrategias sostenibles que permitan intervenir los riesgos y mantener los avances en el tiempo.

En 2023, las caídas representaron el 45% (242/541) de los eventos adversos; el grupo de  $\geq 60$  años concentró el 52% de los casos en la IPS. Desde el enfoque de sistemas de Reason, estas ocurrencias surgen por la alineación de condiciones latentes como lo son la infraestructura hospitalaria, sobrecarga asistencial, brechas en la educación al paciente y en los procesos los cuales presentan fallos activos como la falta de acompañamiento familiar o la omisión de elevar las barandas entre otros (Reason, 2000). En consecuencia, las caídas se encuentran entre los eventos más notificados en el ámbito hospitalario: se estima que cerca del 2% de los pacientes hospitalizados presenta al menos una caída durante su estancia, con tasas notificadas que oscilan entre 1,4 y 18,2 por 1.000 días-cama, dependiendo del tipo de hospital, del país y de las características de los pacientes (Spoon et al., 2024).

Además, la literatura muestra que en los adultos mayores presentan factores intrínsecos como la multimorbilidad, fragilidad, alteraciones del equilibrio y problemas visión, entre otros lo que aumentan su riesgo; en hospitales se reportan típicamente 3–7 caídas por 1.000 días-cama (McKercher et al., 2024; Heikkilä et al., 2023). Todo lo anterior confirma que las caídas hospitalarias son un problema global capaz de ocasionar lesiones potencialmente mortales, incluidos traumatismos craneoencefálicos, fracturas e incluso muerte

En la IPS las IAAS en los cuatro últimos años presento un porcentaje significativo de eventos adversos, de acuerdo al enfoque sistémico siendo la UCI un servicio de alta complejidad se presenta diferentes factores como lo son la higiene de lavado de manos,

los dispositivos médicos invasivos, la carga de trabajo y otros que se puedan originar los cuales siempre se deben alienar, ya que cuando falla alguna aumenta las IAAS. (Reason, 2000).

Internacionalmente existe un estudio EPIC II el cual corrobora que la prevalencia de las infecciones en UCI es alta y se agudiza con la estancia hospitalaria, asociándose a mayor mortalidad. Este patrón coincide con la distribución por servicio de la IPS. (Vincent et al., 2009).

En la IPS, los errores en la administración de medicamentos se mantuvieron estables entre 2021 y 2023 (6–8%), pero en 2024 tuvieron un incremento sustantivo del 24%. De acuerdo al modelo de Reason, esto se debe a alineación de fallas sistémicas como por ejemplo mayor presión asistencial e interrupciones entre otros. Lo anterior es consistente con la evidencia que muestra la vulnerabilidad de la etapa de administración, errores frecuentes de hora, omisión y dosis y el impacto de las interrupciones. (Assunção-Costa et al., 2022)

Para los dispositivos y equipos médicos las variables como lo son el diseño, mantenimiento y uso, contribuyen a que se generen riesgos cuando coinciden las fallas técnicas y de uso, la evidencia demuestra hay subreporte de eventos adversos de los dispositivos y el porcentaje de que se puedan prevenir es alto como es el caso de las bombas, ventiladores e implantes, realizando un correcto mantenimiento para evitar daños mecánicos, realizando capacitaciones donde se explique las técnicas para la colocación de los dispositivos médicos, por último es fundamental que los profesionales realicen los respectivos reportes de eventos adversos para que se tomen las respectivas acciones para mitigar los riesgos.

## Conclusiones

Este análisis permitió identificar cambios interanuales en la distribución de los casos; estos patrones ofrecen una base sólida para la toma de decisiones en materia de protocolos, formación del personal, cultura de seguridad y soporte tecnológico, orientadas a garantizar una atención de mayor calidad y con seguridad.

En relación con los objetivos específicos se encontró que los servicios de hospitalización. UCI y urgencias es donde se reportaron el mayor número de eventos adversos en los años 2022 al 2024. En el análisis evidencia que el servicio de hospitalización presento más reportes por caídas y administración de medicamentos, mientras que las UCI tienen el mayor número de IAAS. Estos hallazgos corresponden con la complejidad y la criticidad clínica de estos servicios.

Por otra parte, las IAAS, caídas de pacientes y los errores de administración de medicamentos son los eventos adversos que más se presentan en la IPS. Los patrones de ocurrencia y la variación año tras año permiten identificar tendencias y zonas de prioridad de intervención.

La población que más se ve afectada por eventos adversos se analizaron en términos de edad y sexo, encontrando que el grupo más susceptible fue el de mayores de 60 años. Sin embargo, hubo pocas diferencias de sexo y variaron ligeramente a través de los años sin un patrón específico. Esta segregación de información fue gracias a la sistematización de los datos sociodemográficos asociados a cada reporte realizado en la plataforma institucional proporcionando un amplio panorama del perfil de riesgo para los pacientes de IPS.

Asimismo, los resultados confirman los planteamientos del Modelo del Queso Suizo (barreras humanas y sistémicas) y los enfoques de cultura organizacional en seguridad del paciente, en concordancia con el marco conceptual y la evidencia nacional e internacional revisada.

Finalmente, el objetivo general de la monografía se alcanzó ya que se dispuso de información actualizada sobre la frecuencia, tipología y distribución de los eventos adversos en los servicios habilitados de la IPS (2022–2024). La plataforma institucional de reporte y análisis permitió consolidar una base de datos robusta para identificar servicios y tipos de eventos prioritarios, generando insumos aplicables a la implementación de acciones de seguridad hospitalaria y a la mejora continua de la calidad. En conjunto, estos resultados responden a los objetivos planteados y, producto de un análisis exhaustivo y sistemático, aportan conocimiento para tomar acciones en pro de fortalecer la seguridad del paciente y optimizar la calidad de la atención en la IPS analizada.

Con respecto a la pregunta de investigación planteada: ¿Cuál es la frecuencia y tipo de eventos adversos por servicio y características sociodemográficas en una IPS de población en edad laboral en Bogotá, D.C. de 2021 a 2024?. Se concluye que el número de EA en la IPS, observado cada año, suma 1,971 eventos para el período de tiempo considerado, alcanzando un pico de EA en 2022, después del cual disminuye ligeramente.

En cuanto a la tipología la más prevalente fueron las infecciones asociadas a la atención médica, seguido por las caídas de pacientes con un alto pico en 2022-2023 y los errores de administración de medicamentos con un incremento significativo en 2024 mientras que el reporte de los dispositivos y equipo médico tuvo una proporción menor.

En términos de distribución por servicios, los servicios de Hospitalización, UCI, y urgencias. Fueron los que presentaron mayor parte de los EA, ya que estos servicios están asociados con un mayor nivel de complejidad y, por lo tanto, un riesgo inherente durante la prestación de los servicios.

Sociodemográficamente, el grupo más afectado correspondió a los adultos mayores (60 años o más) con una alta vulnerabilidad a las caídas y las infecciones, mientras que la incidencia entre los dos géneros fue ligeramente equilibrada a lo largo del tiempo.

Los resultados responden plenamente a la pregunta de investigación de la IPS analizada, donde se identificaron los EA fueron frecuentes en 2021–2024, con patrones claros por tipo, servicio y edad. Estos resultados orientan prioridades de mejora específicas como lo son: reforzar los programas de prevención y control de IAAS; prevenir caídas en personas mayores realizando la evaluación de riesgo, rondas de seguridad, adecuaciones ambientales; fortalecer la seguridad durante la administración de medicamentos realizando doble verificación, conciliación, implementando apoyos tecnológicos y capacitaciones; y realizar intervenciones en hospitalización, UCI y urgencias, manteniendo un monitoreo continuo y la cultura de seguridad como prioridad institucional. En conjunto, la evidencia permite dirigir recursos y diseñar intervenciones de alto impacto para mejorar la seguridad del paciente en la institución.

### **Limitaciones**

Existieron limitaciones como lo es el subregistro y calidad de datos, puesto que solo contar solo con informes institucionales, se puede subestimar la verdadera dimensión de los eventos adversos, ya que se ha observado que dichos informes están inhibidos por cuestiones culturales, preocupación por las represalias, y la falta de formación del personal. Esto tiene la desventaja de restringir la cobertura y la precisión de los datos. Por otra parte, al tratarse de un estudio observacional y retrospectivo, no se pueden establecer causalidades ni cambios en tiempo real ni efectos directos de las intervenciones aplicadas durante el período estudiado.

### **Recomendaciones**

Implementar actividades continuas de educación y formación para todo el personal de salud de manera que promueva la notificación voluntaria y no punitiva de eventos adversos, contribuyendo directamente al desarrollo de una cultura organizacional justa y de aprendizaje.

Diseñar un protocolo con planes de atención específicos para la prevención de caídas en poblaciones vulnerables, particularmente de 60 años o más.

Definir indicadores institucionales de seguridad del paciente, realizar auditorías regulares para monitorear la efectividad y el progreso de las estrategias implementadas, y adaptar intervenciones a través de ciclos de calidad continuos.

Fortalecer el control de infecciones asociadas a la atención médica, especialmente en UCI y durante hospitalización.

Esta visión general proporciona una estructura básica para guiar las iniciativas de mejora de calidad del IPS, y a través de ello contribuir a mejorar la seguridad del paciente y la calidad en la atención médica.

## Referencias Bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2025). *Patient Safety Indicators overview*. [https://qualityindicators.ahrq.gov/measures/psi\\_resources](https://qualityindicators.ahrq.gov/measures/psi_resources)
- Alarcón, R., & Stiven, M. (2023). Eventos adversos en emergencias clínicas: Una revisión de literatura descriptiva. *Repositorio - Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA*. <https://repository.udca.edu.co/entities/publication/705b434e-8329-4de6-a39c-51efe75cc2b3>
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, 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>
- Arias Contreras, A. R. (2014). Implicaciones de la implementación de la Ley 100 en el sistema de salud colombiano analizado desde el enfoque neoinstitucional: 20 años de avances y problemáticas coyunturales. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2597377>
- Assunção-Costa, L., Torres, R. M., Carmo Filho, J. R., et al. (2022). Medication administration errors in Latin America: A systematic review. *PLOS ONE*, 17(8), Article e0272123. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272123>
- Astier-Peña, M. P., Martínez-Bianchi, V., Torijano-Casalengua, M. L., Ares-Blanco, S., Bueno-Ortiz, J.-M., & Fernández-García, 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(Suppl. 1), Article 102224. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>

Bañeres, J., Orrego, C., Suñol, R., & Ureña, V. (2005). Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: Una estrategia para aprender de los errores. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(4), 216-222. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(05\)74754-7](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(05)74754-7) [1]

Barrera, S. M. R. (2024, 25 de abril). INVIMA actualiza reglamento y periodicidad de reportes de eventos adversos. *ConsultorSalud*. <https://consultorsalud.com/invima-reglamento-periodicidad-eventos-adversos/>

Blanco Quintana, R. M., Mora Pérez, Y., Bosi de Souza Magnago, T. S., Navarro Martiatu, L. M., Sánchez García, Z. T., & Iglesias Armenteros, A. L. (2023). Modelo del queso suizo para el sustento de la cultura de seguridad del paciente en un hospital. *Medisur*, 21(4), 858-864. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2023000400858](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000400858)

Cappetta, M. S. (2024, 31 de julio). Ludwig von Bertalanffy y su teoría general de los sistemas. *NeuroClass*. <https://neuro-class.com/bertalanffy-y-su-tgs/>

Cuello Márquez, S., Humánez Humánez, L. M., & Oquendo Martínez, C. D. (2021). *La seguridad del paciente como estándar de calidad de la atención del paciente, relacionado con la ocurrencia de eventos adversos asociados a la atención en salud, en unidades de cuidado crítico en países latinoamericanos, 2017-2020* [Monografía de especialización, Universidad de Córdoba]. Repositorio Institucional de la Universidad de Córdoba. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4275>

España Olvera, K. N., Albán Manzano, B. E., Solorzano Sandoval, J. S., Espinoza González, J. B., & Figueroa Jiménez, N. E. (2025). *Estrategias de enfermería para reducir eventos adversos en pacientes hospitalizados*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17000212>

Flores González, E., Godoy Pozo, J., Burgos Grob, F., & Salas Quijada, C. L. (2021). Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Ciencia y Enfermería*, 27. <https://doi.org/10.29393/ce27a40027>

Flórez, F., López, L., & Bernal, C. (2022). Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomédica*, 42(1), 184-195. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6169>

Gómez Cifuentes, V., Valencia Cruz, I. V., & Vélez Hernández, S. (2024). *Factores contributivos de los eventos adversos prevenibles en una IPS de mediana complejidad del Valle del Cauca en 2023* [Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCEVA. <https://repositorio.uceva.edu.co/handle/20.500.12993/4774>

Hernández-Morales, M. D. R., Ramírez-Sánchez, J. M., Mancilla-Hernández, E., Lara-Dávalos, N., Nazarala-Sánchez, S., & Aguirre-Barbosa, M. (2023). Adverse drug events in hospitalized patients: Prevalence, causes and risk factors. *Revista Alergia México*, 70(2), 72-79. <https://doi.org/10.29262/ram.v70i2.1117>

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. (n.d.). *Resolución 2024015321 de 2024 INVIMA*. [https://normograma.invima.gov.co/normograma/compilacion/docs/resolucion\\_invima\\_15321\\_2024.htm](https://normograma.invima.gov.co/normograma/compilacion/docs/resolucion_invima_15321_2024.htm)

López, C., & Puerta Arango, L. D. (2024). *Importancia del reporte de eventos adversos relacionados con las tecnologías en salud en clínicas y hospitales de Colombia en los últimos 10 años* [Tesis de especialización, Universidad de Antioquia].

<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/f783d0e7-acca-43a9-bc10-cf662e69ab49/content>

Mallea Salazar, F., Ibaceta Reinoso, A., & Vejar Reyes, B. (2022). Segundas víctimas: Calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. *Revista de Investigación sobre la Calidad de la Atención Sanitaria*, 37(2), 117-124.

<https://doi.org/10.1016/j.riqsa.2021.11.002>

Marchitto, M. (2011). El error humano y la gestión de seguridad: La perspectiva sistémica en las obras de James Reason. *Laboreal*, 7(2). <https://doi.org/10.4000/laboreal.7750>

Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.). *Resultados estudio IBEAS* [Informe]. <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.pdf>

National Patient Safety Agency & NHS. (2005). *La seguridad del paciente en siete pasos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. [https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/docs/Siete\\_pasos\\_seguridad\\_paciente.pdf](https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/docs/Siete_pasos_seguridad_paciente.pdf)

Ortiz, R. (2024). *Experiencias adversas de seguridad de paciente*. Editorial Fontamara. <https://books.google.com.co/books?id=XKYsEQAAQBAJ>

Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. (2021, 3 de agosto). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Recomendaciones para el análisis de los incidentes de seguridad del paciente con daño (eventos adversos). (n.d.). Sociedad Española de Calidad Asistencial. <https://calidadasistencial.es/recomendaciones-para-el-analisis-de-los-incidentes-de-seguridad-del-paciente-con-dano-eventos-adversos/>

Riera-Vázquez, N. A., Gutiérrez-Alba, G., Reyes-Morales, H., Pavón-León, P., Gogiascoechea-Trejo, M. C., & Muñoz-Hernández, J. (2022). Adverse events and essential actions for patient safety. *Journal of Healthcare Quality Research*, 37(4), 239-246. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.12.003>

Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>

Rueda, M., & Elizabeth, M. (2024). *Cultura de notificación de eventos adversos en el sistema de salud: Causas y consecuencias*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <https://repositorio.puce.edu.ec/items/ad757f1c-d197-4914-8b2b-13ff928ca645>

Schein, E. H. (n.d.). *Organizational culture and leadership*. [https://ia800805.us.archive.org/9/items/EdgarHScheinOrganizationalCultureAndLeadership/Edgar\\_H\\_Schein\\_Organizational\\_culture\\_and\\_leadership.pdf](https://ia800805.us.archive.org/9/items/EdgarHScheinOrganizationalCultureAndLeadership/Edgar_H_Schein_Organizational_culture_and_leadership.pdf)

Spoon, D., de Legé, T., Oudshoorn, C., van Dijk, M., & Ista, E. (2024). Implementation strategies of fall prevention interventions in hospitals: A systematic review. *BMJ Open Quality*, 13(4), Article e003006. <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2024-003006>

Tafur Calderón, L. A. (1996). El sistema de salud de Colombia después de la Ley 100. *Colombia Médica*, 27(1), 44-47. <https://doi.org/10.25100/cm.v27i1.16>

Vargas-Bermúdez, Z., López-Pérez, J. F., & Noguera-Mena, H. (2024). Implementation of a digital system for the reporting of adverse events in nursing. *Enfermería Cuidándote*, 7. <https://doi.org/10.51326/ec.7.7930275>

Vincent, J.-L., Rello, J., Marshall, J., Silva, E., Anzueto, A., Martin, C. D., Moreno, R., Lipman, J., Gomersall, C., Sakr, Y., & Reinhart, K. for the EPIC II Group of Investigators. (2009). International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. *JAMA*, 302(21), 2323-2329. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1754>