

**COMPORTAMIENTO DEL REPORTE DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS
DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA,
2019**

**MARIA JOSÉ ACOSTA PÉREZ
THALIA ROSA MORA PADRÓN**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA
2019**

**COMPORTAMIENTO DEL REPORTE DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UNA
INSTITUCIÓN DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS
DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CORDOBA,**

2019

MARÍA JOSÉ ACOSTA PÉREZ

THALIA ROSA MORA PADRÓN

Trabajo de grado para optar título de Enfermera

**MSc. Stella Ignacia Ortega Oviedo
Directora Temática**

**MSc. Neila Berrocal Narváez
Directora Metodológica**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA**

2019

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Montería, Noviembre ___ de 2019

DEDICATORIA

Un proceso maravilloso llega a su fin, agradecemos inmensamente a Dios porque muchas veces sentimos desfallecer y no sabíamos de dónde pero sacamos fuerzas para continuar, por guiar cada uno de nuestros pasos hasta llegar a este momento tan importante.

A nuestras mamás Eloísa Padrón Castaño y Gloria Pérez Román por ser la fuerza, por escucharnos diariamente las quejas y también los avances que teníamos en este proceso. Porque no hay amor más grande que el de ustedes y estamos felices de estar aquí ¡lo hacemos por ustedes!

A mi padre Adel Acosta Hernández, por estar ahí de manera incondicional en este proceso importante de mi vida. (María José Acosta Pérez)

A mis abuelos, Noris Castaño y Rafael Padrón por estar ahí cuando los he necesitado, por ser parte fundamental de mi proceso de formación (Thalía Rosa Mora Padrón)

A mi abuela, Uricina Román, porque aunque no estamos cerca valoro su presencia en mi vida. (María José Acosta Pérez)

A nuestras hermanas Luisa Acosta Pérez y Andrea Mora Padrón por ser motivación para nosotras.

A Nicolás Petro Julio y Hernán Brunal Córdoba, por ser apoyo para nosotras en muchos momentos. ¡Llego la hora de compartir los resultados y cumplir nuestros sueños!

No ha sido sencillo el camino hasta el momento, pero con el aporte de cada uno de ustedes, su amor e inmensa bondad todo ha sido más llevadero. Quien hace parte del proceso merece ver los resultados, por eso hacemos presente nuestro inmenso amor a ustedes.

María José Acosta Pérez

Thalía Rosa Mora Padrón

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradecemos a nuestra alma mater, facultad ciencias de la salud y al Programa de Enfermería por abrirnos las puertas de su manto científico los cuales permitieron nuestra formación profesional y personal.

Agradecemos a nuestros docentes formadores nos guiaron con sus conocimientos y vivencias, ayudamos a la culminación de esta etapa tan maravillosa

A nuestras directoras de investigación Stella Ortega Oviedo y Neila Berrocal Narváez por direccionarnos por el mejor de los caminos, gracias a su paciencia y sabiduría y motivación que contribuyeron al desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

María José Acosta Pérez

Thalía Rosa Mora Padrón

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	12
1. OBJETIVOS.....	14
1.1. GENERAL.....	14
1.2. ESPECÍFICOS.....	14
2. MARCO REFERENCIAL	15
2.1 MARCO TEÓRICO.....	15
2.1.1 Cultura de seguridad del paciente	16
2.1.2 Seguridad del paciente	16
2.1.3 Evento adverso	17
2.1.4 Evento adverso prevenible.....	17
2.1.5 Evento adverso no prevenible.....	18
2.1.6 infecciones asociadas a la atención en salud (iaas):.....	19
2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	23
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	31
2.3.1 Calidad de la atención de salud	31
2.3.2 Seguridad del paciente	31
2.3.3 Evento Adverso.....	31
2.3.4 Práctica Formativa en Salud	31
2.4. MARCO LEGAL	32
3. METODOLOGIA	36
3.1 TIPO DE ESTUDIO	36
3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO	36
3.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	36
3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	36
3.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	37
3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	37

3.9	ASPECTOS ÉTICOS LEGALES	38
3.10	LIMITACIONES.....	38
4.	RESULTADOS	39
	Tabla 1. Clasificación de los eventos adversos, fallas activas e incidentes reportados en el año 2016.....	39
	Tabla 2. Eventos adversos reportados por trimestre año 2016	41
	Tabla 3. Eventos adversos, fallas activas e incidentes presentados según tipo de servicio.....	44
5.	CONCLUSIONES	55
6.	RECOMENDACIONES.....	56
7	BIBLIOGRAFIA.....	57

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los eventos reportados en el año 2016.....	39
Tabla 2. Eventos reportados por trimestre año 2016	41
Tabla 3. Eventos presentados según tipo de servicio	44
Tabla 4. Relación de reporte de eventos por servicio 2016	46
Tabla 5. Eventos reportados según edad	38
Tabla 6. Eventos reportados por sexo	39

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Clasificación de los eventos adversos reportados en el año 2016.....	32
Gráfica 2.Eventos adversos reportados por trimestre en el año 2016.....	34
Gráfica 3. Eventos adversos reportados según tipo de servicio.....	35
Gráfica 4. Relación de reporte de eventos adversos por servicio	37
Gráfica 5. Eventos adversos reportados según la edad	39
Gráfica 6. Eventos adversos reportados por sexo	40
Gráfica 7. Relación de eventos adversos reportados en 2016 y las prácticas formativas 2016.....	42

RESUMEN

Objetivo: Determinar el comportamiento del reporte de los eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud y su relación con las prácticas formativas de los estudiantes de enfermería de la universidad de Córdoba con el fin de recomendar acciones que contribuyan a mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud y la formación integral del recurso humano de enfermería.

Materiales y método: Investigación de tipo descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo, la muestra estuvo constituida por una base de datos de eventos reportados durante 2016 en una institución prestadora de servicios de salud

Resultados: Durante el año 2016 en una institución prestadora de servicios de salud de Montería se presenta información de reporte de eventos adversos, con reportes altos y otros más bajos. Al ser analizados estos datos y contrastados con periodos de prácticas de los estudiantes de enfermería se observó que durante y posterior a estas se aumentaron dichos reportes. Este estudio evidencia el rol que desempeña el estudiante en su práctica formativa principalmente en las administrativas donde desde la gestión del cuidado, la educación en salud y el cuidado directo se contribuye con todas estas acciones al reporte oportuno de incidentes y eventos adversos en la atención en salud, que permiten a la institución medidas de prevención y actuación en la búsqueda de una atención segura y de calidad a todos sus usuarios. También, es importante no dejar de lado las prácticas de los otros semestres, las cuales son guiadas, supervisadas y evaluadas por docentes cualificados y capacitados en las distintas áreas, lo cual conlleva a minimizar riesgos en el cuidado que se brinda a los pacientes.

Palabras claves: Evento adverso, seguridad del paciente, prácticas

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the behavior of the report of adverse events in a health institution and its relationship with the training practices of nursing students of the University of Córdoba in order to recommend actions that contribute to improving the quality of service provision of health and the integral training of the nursing human resource.

MATERIALS AND METHOD: Research of descriptive, retrospective type, with quantitative approach, the sample was constituted by a database of events reported during 2016 in an institution providing health services

RESULTS: During the year 2016, in an institution that provides health services in Monteria, information on the reporting of adverse events is presented, with high and lower reports. When these data were analyzed and contrasted with internship periods of nursing students, it was observed that during and after these reports were increased. This study evidences the role that the student plays in his training practice, mainly in the administrative ones where from the management of care, health education and direct care, all these actions are contributed to the timely reporting of incidents and adverse events in the care in health, which allow the institution measures of prevention and action in the search for safe and quality care to all its users. Also, it is important not to ignore the practices of the other semesters, which are guided, supervised and evaluated by qualified teachers trained in different areas, which leads to minimizing risks in the care provided to patients.

KEYWORDS: Adverse event, patient safety, practices

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente, es actualmente un componente fundamental para garantizar el principio de no hacer daño y por ello se requiere que desde las instituciones de educación superior se fomente esta cultura de seguridad, con el fin que los futuros profesionales de Enfermería puedan llevar a cabo acciones de cuidado que mejoren los procesos de atención en salud.

Para garantizar que la formación de talento humano en salud y la prestación de servicios de salud se realicen en este ambiente de seguridad, se estableció la Relación Docencia-Servicio, actualmente regulada a través del Decreto 780/2016, relación que debe realizarse siguiendo los principios y normas de los Sistemas de Calidad de Salud y Educación¹.

La Universidad de Córdoba y el Programa de Enfermería en aras de fortalecer los procesos de acreditación institucional y del programa, busca asegurar todos los procesos teniendo en cuenta los ejes misionales de la institución, realizando autoevaluaciones de los procesos tanto internos como externos que se llevan a cabo y que permitan ir alcanzando niveles cada vez más altos y exigentes de calidad, acordes a la normatividad vigente y las necesidades de la sociedad a nivel local, regional, nacional e internacional².

Para lograr la calidad de la atención se requiere que los profesionales de la salud sean gestores de la misma, y que el sistema de salud les garantice al individuo y la comunidad el acceso a cuidados integrales y oportunos que mejoren aspectos relacionados con la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los individuos. Por tanto, la política de seguridad del paciente establece relación entre

¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 780 (6, mayo, 2016). Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [en línea]. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2016. 390. P. [Consultado: junio 2 de 2019]. Disponible en Internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

² UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. Facultad Ciencias de la Salud: Programa de Enfermería. Acreditación- Enfermería [sitio web]. Montería; [consultado: 14 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.unicordoba.edu.co/index.php/enfermeria2/acreditacion-enfermeria/>

los recursos disponibles y la actitud y aptitud de los profesionales de salud, en un contexto institucional e individual.

Es por ello que el Programa de Enfermería de la Universidad de Córdoba, busca, formar integralmente profesionales de Enfermería competentes para cuidar la salud de las personas, familias y colectivos humanos en los diferentes niveles de atención y prevención, considerando los aspectos éticos y legales del ejercicio de la profesión de Enfermería, con lo cual contribuye al desarrollo humano de la región y del país³.

Desde tiempos remotos y en diferentes culturas se ha estudiado y tomado medidas que garanticen la seguridad del paciente en las diferentes áreas, pero hay muy poca evidencia de estudios que relacionen la importancia de las intervenciones de los estudiantes de enfermería en los distintos centros asistenciales, y como estos aportan a la seguridad del paciente.

Es por esto que, esta investigación pretende ser un referente, que permita dar a conocer la importancia que tienen las prácticas formativas de los estudiantes de enfermería en la seguridad del paciente e identificar cómo se comportan los indicadores teniendo en cuenta los periodos donde hay prácticas y cuando no las hay, contrastando estos en los diferentes periodos y como ha influido la práctica formativa en la seguridad de los pacientes que reciben una atención en los diferentes escenarios de práctica en que el estudiante interviene.

³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 780 (6, mayo, 2016). Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [en línea]. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2016. 390. P. [Consultado: junio 2 de 2019]. Disponible en Internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

³ UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. Facultad Ciencias de la Salud: Programa de Enfermería. Acreditación- Enfermería [sitio web]. Montería; [consultado: 14 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.unicordoba.edu.co/index.php/enfermeria2/acreditacion-enfermeria/>

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

Determinar el comportamiento del reporte de los eventos adversos en una institución de salud de Montería y su relación con las prácticas formativas de los estudiantes de enfermería con el fin de recomendar acciones que contribuyan a mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud y la formación integral del recurso humano de enfermería.

1.2. ESPECÍFICOS

1.2.1. Identificar el comportamiento del reporte de los eventos adversos durante el periodo de estudio

1.2.2. Describir la contribución de la práctica formativa de los estudiantes de enfermería en la seguridad del paciente.

1.2.3 Relacionar el reporte de eventos adversos con la práctica formativa

1.2.4. Recomendar acciones que contribuyan a mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud y la formación integral del recurso humano de enfermería.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

La seguridad del paciente es, según la OMS “la ausencia de riesgo o daño potencial asociado a la atención sanitaria”⁴. Desde el inicio de las civilizaciones la seguridad del paciente ha sido una preocupación, donde “el sanador y su arte evoluciona hasta la ciencia contemporánea”⁵

Todo individuo que presenta una condición de enfermedad o discapacidad y requiere de atención por personal cualificado responsable de proporcionarle cuidados según sean las necesidades físicas y/o emocionales que eviten al máximo actos que pongan en riesgo al paciente o agraven su condición

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, (online). disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf [Consultado el 3 de junio de 2019]

⁵ RODRÍGUEZ, Robinson; LOSARDO, Ricardo. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS [en línea]. En: Revista de la Asociación Médica Argentina. Universidad Santa Paula. Diciembre de 2018, Vol. 131, no.4, p.28.[Consultado: 03 de junio de 2019]. Disponible en Internet: https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf

2.1.1 Cultura de seguridad del paciente

Es el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente y deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad⁶.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cultura de seguridad del paciente es definida como, el conjunto de valores individuales e institucionales, actitudes, percepciones y objetivos que generan respuesta en las organizaciones para minimizar el daño al paciente⁷.

Esta cultura de seguridad, está directamente relacionada con la actitud de los prestadores de servicios de salud frente a la práctica de cuidado, garantizando que quien recibe un servicio no sufra alguna lesión asociada a la atención en salud y se requiere un compromiso de las instituciones de educación superior y de los estudiantes de Enfermería con la seguridad del paciente y por ende con la cultura del reporte de eventos adversos, incidentes y fallas activas , que por medio de la actuación en los diferentes roles de enfermería y con los conocimientos teóricos prácticos de la disciplina permiten responder al objetivo principal, el cual es brindar cuidados de calidad e integrales a toda la población que conlleven a controlar al máximo los factores que contribuyen a la aparición del riesgo.

2.1.2 Seguridad del paciente

Es un conjunto de procesos encaminados a garantizar que la atención en salud se brinde de forma adecuada y no afecten la salud de quien la recibe. Actualmente en Colombia para garantizar que los servicios en salud sean adecuadamente prestados el Ministerio de Salud y Protección social elaboró unos paquetes

⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de la seguridad del paciente. Bogotá D.C., Colombia, 2008. Pág.9. [Consultado: junio 2 de 2019] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACIÓN_POLÍTICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf

⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Sistema de notificación de incidentes; online, [consultado 28 de enero de 2020] disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/HSS-HS-SistemasIncidentes-2013.pdf>

instruccionales que deben ser adaptados y adoptados en las instituciones de salud con el fin de garantizar una oportuna atención en salud y se minimicen los eventos adversos asociados a la atención en salud.

2.1.3 Evento adverso

Son el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produce daño, clasificando a estos eventos como prevenibles y no prevenibles, siendo prevenible aquel no deseado o no intencional que se pudo haber evitado mediante el cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial; y los eventos adversos no prevenibles aquellos que aun cumpliendo con los estándares de cuidado o por condiciones individuales del paciente conllevan a que este se presente⁸.

Estos eventos adversos están relacionados directamente con la atención en salud y no siempre con las complicaciones de la enfermedad. Estos eventos en su mayoría generan que los pacientes estén en las unidades hospitalarias por mayor tiempo.

2.1.4 Evento adverso prevenible

Se considera evento adverso prevenible, aquella lesión que pudo no haberse causado si se brindaban los cuidados individuales específicos, es un conglomerado de acciones asociadas directamente al sistema, donde factores asociados a la atención en salud contribuyeron a que ese evento ocurriera en ese momento y a ese paciente. Estos eventos deben ser reportados garantizando un estudio de ellos para que posteriormente no se presenten en las instituciones de salud.

⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Seguridad del paciente y la atención segura: Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". vol.2, (2014).Colombia, 2014. 18 p.20. [Consultado el 28 de enero de 2020] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>

2.1.5 Evento adverso no prevenible

Es aquella complicación asociada directamente al paciente que afecta su salud, donde el equipo de salud aunque haya tomado las medidas necesarias para mitigar los resultados se presenta.

En la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente establecidas por el Ministerio de salud de Colombia hacen mención del reporte “errar es humano” y que a pesar de que ya han pasado varios años desde que este reporte fue publicado debido a los eventos adversos que se presentan a diario, la seguridad del paciente sigue siendo una prioridad a nivel mundial, volviéndose un factor influyente para crear conciencia y cultura en los trabajadores e instituciones de salud debido a que estos eventos adversos son indicadores de la verdadera calidad de los servicios en salud⁹. Las instituciones de salud deben estar comprometidas con la seguridad del paciente y buscar estrategias que puedan disminuir o eliminar las fallas activas o acciones inseguras las cuales son definidas como acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño o un evento adverso, ocurriendo todas estas conductas durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud¹⁰.

Entendiéndose **falla activa o acción insegura** como acciones u omisiones que pueden afectar la salud de un paciente que se dan durante el proceso de atención en salud y que son un conjunto de barreras tanto asistenciales como administrativas que de no ser intervenidas se convertirían en un evento adverso propiamente dicho¹¹.

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 atención¹².

⁹ *Ibíd.*, p.26.

¹⁰ *Ibíd.*, p. 17.

¹¹ *Ibíd.*, p. 28.

¹² *Ibíd.*, p. 20

Actualmente uno de los eventos adversos con más ocurrencia en las instituciones de salud son las IAAS, estos están dados por las diferentes acciones u omisiones del equipo de salud, bien sea desde el área asistencial como el área administrativa

2.1.6 Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS):

Según la OMS, Las IAAS, son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso¹³. En la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente que estas infecciones están asociadas a varias causas incluyendo, pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos¹⁴. Las IAAS pueden afectar a cualquier individuo que tenga las condiciones de susceptibilidad o algún factor de riesgo predisponente, pero es el personal de salud quien tiene la responsabilidad de buscar mecanismos para disminuir el riesgo de contaminación o de infección para evitar complicaciones posibles debido a que una buena atención es sinónimo de calidad en salud.

Es por ello que todos los factores contributivos tanto intrínsecos como extrínsecos deben ser considerados. Entendiéndose **factor contributivo** como todas aquellas condiciones que predisponen una acción insegura, bien sea el paciente, la tarea y tecnología, el individuo (equipo de salud) y el ambiente¹⁵.

Donde el paciente por su estado de salud por ejemplo, puede ser un factor contributivo para que se presente un evento adverso, asimismo la falta de recursos tecnológicos de la institución, siendo que al disponer de tecnología de punta y recursos suficientes se disminuyen probabilidades de eventos, el individuo, que es

¹³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria, (online). [Consultado el 28 de enero de 2020] disponible en: https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Op.Cit., pag.23

¹⁵ Ibíd., p. 35

aquel que brinda el servicio requiere de una formación profesional, como también requiere de unas condiciones laborales que permitan el desempeño de sus funciones y se garantice así la seguridad del paciente, disminuyendo la probabilidad de un evento adverso.

Es necesario que las situaciones que ocurran en la atención clínica de un paciente sean reportadas al SIVIGILA, sin dejar de lado la oportuna intervención de los factores contributivos que llevaron a que ese incidente ocurriera, aun cuando no haya generado daño propiamente dicho al paciente¹⁶

El concepto de seguridad del paciente ha sido incluido recientemente, sin embargo desde mucho tiempo atrás se viene trabajando y atendiendo a cada una de las necesidades de las culturas. Por lo que, en las civilizaciones china, mesopotámica e hindú teniendo en cuenta la invención de la escritura, se establecen las primeras leyes y escritos que buscan la seguridad del paciente. Donde por ejemplo en la antigua Mesopotamia se dicta el Código de Hammurabi, que enumera las leyes del dios Marduk, donde se buscaba generar castigos que prevenían las imprudencias, una de las leyes de este establece: “si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos” y así hay 10 leyes más en este escrito (215-226) que pretenden compensar el daño causado a otro individuo a través de un castigo.¹⁷

Después de la caída del imperio romano los avances en medicina mermaron, sin embargo en el periodo humanístico y hasta la revolución industrial, los médicos fueron mejor formados y se abren ramas de la medicina como histología, patología, entre otras.

Grandes aportes a la seguridad del paciente han sido realizados a partir de este momento, desde Ambroise Paré (1509-1590) que verifica los resultados de la

¹⁶ *Ibíd.*, p. 20.

¹⁷ HAMMURABI. El código de Hammurabi. 1728. 215-222 p.55-57 [Consultado el 3 de junio de 2019] disponible en: <https://www.ellibrototal.com/ltotal/?t=1&d=9002>

cauterización, Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), que estudia la mortalidad por fiebre puerperal y propone el lavado de manos con una solución antiséptica, Joseph Lister (1827-1912) instaura el uso de antisépticos en la limpieza del instrumental, de las manos de los cirujanos y las heridas.

También, “Florence Nightingale (1820-1910) contribuyó notablemente a la seguridad de los pacientes al establecer los principios de la técnica aséptica en la atención de los heridos durante la guerra de Crimea (1853- 1856) en el este de Europa”¹⁸

Durante la última década del siglo XX, en EUA hubo muertes inesperadas relacionadas con la atención médica, lo que llevó al gobierno a crear un comité que investigara la calidad del cuidado, en el año 2000 fueron reportados los resultados de esta investigación bajo el título “errar es humano” de los cuales “entre 44000 a 98000 personas mueren al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que suceden en el proceso de atención, desde errores en los diagnósticos, errores en ordenes médicas, lesiones asociadas a la atención, errores en el cálculo de dosis, entre otras”¹⁹.

Este estudio fue una alerta para las organizaciones mundiales, es por ello que la OMS en 2004 pone en marcha la alianza mundial para la seguridad del paciente que busca “coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria”²⁰

Asimismo. se desarrolló un estudio sobre la seguridad del paciente en hospitales latinoamericanos apoyados por la OMS, OPS, la política social de España, México,

¹⁸ RODRÍGUEZ, Op. cit., P. 27.

¹⁹ KOHN, Linda T; CORRIGAN M., Janet and DONALDSON, Molly S. To Err Is Human: Building a Safer Health System. [online]. In: National academy press Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. Washington, D.C. Committee on Quality of Health Care in America. Instituto of. Medicine 1999 vol. 12, no. 4, p. 9.[Consultado: 03 de junio de 2019]. Disponible en Internet: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14460_recurso_1.pdf

²⁰ *Ibíd.*, P. 209.

Perú, Argentina Costa Rica y Colombia, que buscaba valorar la evolución temporal de la prevalencia de los eventos adversos, también facilitar, desarrollar estrategias y mecanismos de prevención para evitar eventos adversos.

Evidentemente, la seguridad del paciente ha sido un aspecto importante a valorar en la calidad de la atención en salud a través de todos los tiempos. Es por ello que se realiza esta investigación y con esta también se pretende fundamentar la importancia al convenio docencia- servicio establecido con las instituciones de salud. Siendo esta una de las formas de los futuros profesionales de enfermería aplicar cuidados basados en teorías enfermeras.

Según el Sistema de Notificación de incidentes de la Organización Panamericana de la Salud, se hace necesario que para reducir los problemas relacionados con la seguridad del paciente diseñando métodos y causas que permitan prevenirlo realizando estudios con métodos.

Poco a poco se han creado estrategias para realizar estos análisis de casos tales como: el protocolo de Londres, que es una estrategia que permite evaluar todos los factores contributivos, barreras de seguridad que fueron omitidas y que conllevaron a la ocurrencia de tal evento.

Asimismo, se encuentra el queso suizo, es un modelo de análisis de riesgos que compara los agujeros del queso con aquellas acciones inseguras que cometen los profesionales de la salud en la atención.

La OPS, manifiesta que, “la máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable. Porque seguridad no es igual a ausencia de riesgos, sino llevar a cabo las medidas necesarias para reducirlos al máximo posible”²¹.

²¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), Op. Cit., P. 4

La 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”, según los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Pacientes del Ministerio de la Protección Social²².

La seguridad del paciente es actualmente uno de los indicadores del Sistema Único de Acreditación en Salud y requiere que todos los actores estén comprometidos con las acciones de mejora en las instituciones, donde se disminuyan los riesgos en salud y se garantice la calidad de los servicios en salud.

Es por ello que la política de seguridad del paciente abarca todo lo relacionado con los distintos eventos adversos, el análisis de estos y seguimiento, teniendo en cuenta que se pueden presentar en el área de la salud, dado el nivel de atención que preste la institución y teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Actualmente, son pocos los estudios que se evidencian acerca de las relaciones establecidas entre las instituciones de salud y las instituciones de educación superior, reguladas para el caso de Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación y cómo estas prácticas formativas influyen la calidad de la atención de los servicios de salud.

La Enfermería es una profesión que requiere de una formación integral que compile los pilares de la educación: saber- saber, saber-ser, saber- hacer y saber- convivir

²² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC. Ejes de la acreditación en salud [página web]. Colombia [Consultado: 28 de enero de 2020] disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Paginas/SegPac.aspx>

y por ello requiere de un conocimiento teórico que permita que el estudiante en su práctica aplique lo aprehendido.

Es por esto que, Mejía afirma que “la práctica de Enfermería trae consigo un conjunto de vivencias que todos los enfermeros descubren o encuentran cuando proporcionan cuidados, surgiendo así la relación de los enfermeros con los pacientes y su entorno”²³.

La esencia de Enfermería como disciplina debe estar disponible, partiendo de las investigaciones históricas que a través del tiempo han mostrado o se han evidenciado negligencias por la falta de experiencias y de análisis de vivencias de los enfermeros²⁴.

En un artículo publicado por la revista cubana educación médica Prestigio llamado “Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado”, González, Santos y Martínez describen que, a los estudiantes de pregrado es necesario capacitarlos continuamente para que contribuyan al reporte de eventos adversos y generen cultura en sí mismos y en todo el equipo de salud ya que se ve poco la integración de estos en los sistemas de reporte que permitan realizar aportes en los sitios de práctica.²⁵

²³ MEJIA LOPERA, M^a Eugenia. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. [en línea]. En: *Índex de Enfermería*. Universidad de Antioquia, Colombia. Julio-sep.2008, no.3, p1. [Consultado: 26 de Mayo de 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962008000300010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1699-5988

²⁴ ARRATIA F., Alejandrina. Investigación y documentación histórica en Enfermería. [en línea]. En: Universidad Federal de Santa Catarina, Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile. junio.2005, no. p 1-3. [Consultado: 26 de Mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4>

²⁵ GONZÁLEZ, Cristina; SANTOS, Jesús y MARTINEZ, Gregorio. Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado. En: *Educación médica superior* [en línea]. Monterrey: Hospital Militar de Especialidades de la mujer y Neonatología, octubre-noviembre de 2013. Vol. 28, nro. 1. p. 84-91. [consultado: 15 de diciembre de 2019]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100010. ISSN 0864-2141

De acuerdo con lo anterior el Departamento de Enfermería de la Universidad de Córdoba, está comprometido con la formación de sus estudiantes para que generen capacidades administrativas y asistenciales permitiendo aportes importantes en la seguridad los pacientes en los diferentes sitios en práctica. Gracias al prestigio de nuestra alma mater, las instituciones de salud nos brindan la confianza para realizar este tipo de actividades que ayudan a garantizar que se den correctamente los procesos asistenciales, administrativos y de gestión del cuidado que favorezcan la salud de los sujetos de cuidado.

Por otra parte Genes y Gonzales en su trabajo de investigación denominada infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos en una institución de segundo nivel en la ciudad de Montería, se identificó que un 52% de las infecciones de heridas de los pacientes del servicio de quirúrgica fueron reportados al SIVIGILA y 48% faltante no se evidencio el reporte, siendo importante resaltar el papel que juega la cultura y conciencia de los profesionales de la salud a la hora de identificar y reportar los eventos ²⁶.

En un trabajo de investigación denominado infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos en una institución de segundo nivel en el año 2017 donde buscaron determinar el comportamiento y los principales factores que conllevan a que se presenten infecciones asociadas a la atención en salud relacionadas con intervenciones quirúrgicas en los servicios de hospitalización donde tomaron como muestra 23 historias clínicas y reportes en SIVIGILA de pacientes postquirúrgicos hospitalizados en el año 2017²⁷.

Este estudio dio como resultados que este tipo de eventos adversos el 52% de los casos fueron reportados al sistema de vigilancia epidemiológico SIVIGILA; mientras

²⁶ *Ibíd.*, p. 32

²⁷ GENES HERNANDEZ, Ana. Estudio descriptivo retrospectivo, con enfoque cuantitativo, Infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos en una institución de segundo nivel en el año 2017: Determinar el comportamiento y los principales factores que conllevan a la aparición de infecciones. Colombia, 2017, 14 p. trabajo de grado para obtener título universitario. Universidad de Córdoba Colombia. Facultad Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería.

que el 48% restante no evidencia reportes ante el SIVIGILA. Este estudio de investigación que genera información importante acerca de si se están realizando los reportes de eventos adversos en las instituciones de salud y de la cultura y conciencia de realizar estos²⁸.

Es fundamental realizar estudios relacionados con la influencia de enfermería en el cuidado, pues con esto se pueden presentar estrategias encaminadas a resolver interrogantes, que fortalezcan el saber profesional y de los estudiantes durante las prácticas, mostrando a enfermería como actores críticos. Florence Nightingale, la primera gran teórica de Enfermería estableció la importancia de la teoría en la práctica profesional, aplicando sus conocimientos de filosofía e historia a la realidad para lograr garantizar profesionales integrales e idóneos.

En un estudio realizado por Serrano *et al.* denominado “Factores asociados al aprendizaje clínico de los estudiantes de Enfermería en la atención primaria de salud” se identificó la percepción de los estudiantes de Enfermería acerca de sus prácticas formativas y como estas están asociadas con el aprendizaje clínico donde se evaluaron las habilidades, actitudes y procesos de tutorías además, mencionan que los modelos de tutorías, la comunicación con el equipo de salud, la metodologías utilizadas por el cuerpo docente y pueden influir en el proceso de aprendizaje del estudiante²⁹.

²⁸ *Ibíd.*, p.32

²⁹ SERRANO, Pilar *et al.* Factores asociados al aprendizaje clínico de los estudiantes de Enfermería en la atención primaria de salud: un estudio transversal analítico. En: *revista latino americana enfermegem* [en línea]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, diciembre –mayo de 2016, nro. 24. 1 p. [consultado: 14 de diciembre de 2019]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02803.pdf.

Asimismo, Gómez *et al* , en su trabajo de investigación denominado “Cultura de seguridad del paciente por personal de Enfermería en Bogotá, Colombia”, expone que la cultura de seguridad del paciente está relacionada con las creencias, capacidades y actitudes del personal de salud las cuales son adquiridas en la práctica diaria y no generar daño a los sujetos de cuidado. Este estudio tuvo como resultado según la percepción del personal de Enfermería que la cultura de seguridad depende de la comunicación asertiva y una buena coordinación de los servicios y procesos de atención que se den además, algunos participantes del estudio manifestaron que al realizar el reporte de eventos adversos temen a que se presenten acciones penales o disciplinarias que pongan en riesgo su integridad laboral³⁰.

A partir del siglo XIX se lograron modificar conductas, o habilidades a partir de los nuevos conocimientos teóricos, perfeccionando día a día las prácticas de Enfermería teniendo como eje de mejoramiento las técnicas de observación, descripción y predicción y control de situaciones o fenómenos que pueden afectar la continuidad de la salud convirtiendo así al profesional de Enfermería en un actor fundamental para la seguridad de los individuos, familias y comunidad el cual es primordial para la gestión de calidad del cuidado en todos los contextos ³¹.

Urbina Iaza (2011), sostiene en su trabajo titulado “competencias de Enfermería para la seguridad del paciente” publicado en la revista cubana de Enfermería, que desde el criterio de los servicios de salud establece que las competencias de los profesionales de Enfermería abarcan aspectos cognoscitivos relacionados con la clínica y otros aspectos necesarios para la formación, teniendo en cuenta un factor importante como la relación enfermera-paciente y las brechas entre la asistencia la

³⁰ GOMEZ, Olga *et al*. Cultura de seguridad del paciente por personal de Enfermería en Bogotá, Colombia. En: revista ciencia y Enfermería [en línea]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, diciembre de 2011, nro. 97. p. 97 [consultado: 14 de diciembre de 2019]. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300009&script=sci_arttext&tlng=en. ISSN 0717-2079.

³¹ AMARO CANO, María del Carmen. Florence Nightingale, la primera gran teórica de Enfermería. [en línea]. En: Revista Cubana Enfermería. septiembre –diciembre. 2004, vol.20, n.3. p.1-5. [consultado:29 de mayo de 2019]. Disponible en Internet:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009

investigación, docencia, administración y gestión de los procesos de cuidado en los centros asistenciales³².

Este trabajo de investigación buscó, realizar una evaluación de las competencias específicas del personal de Enfermería que laboraban en servicios de neonatología, teniendo en cuenta la adquisición de las competencias genéricas la cuales están encaminadas principalmente hacia actividades desarrolladas por el personal de Enfermería orientadas hacia la seguridad del paciente, por lo que se concluyó que todas las aptitudes individuales de cada profesional es capaz de potencializar la responsabilidad de los profesionales en el acto de cuidado. Es por ello la importancia de los referentes investigativos que pueden aportar a la formación integral de enfermeros durante las prácticas formativas en las diferentes instituciones de salud³³.

Asimismo, León Román (2006) en su trabajo de investigación titulado “la seguridad de paciente, una responsabilidad en el acto de cuidado” y publicado por la revista cubana de Enfermería afirma que, el sistema de salud necesita que todos sus actores encargados de proporcionar atención, donde Enfermería es un trabajador incansable se comprometan con las intervenciones para la mejora de las gestión y calidad de los servicios apoyados de la investigación y lograr garantizar la seguridad de los pacientes; es por ello que la calidad juega un papel importante y debido a esto es necesario que todos sean conscientes de generar una cultura de calidad³⁴.

Este estudio concluyo que Enfermería es una ciencia con profundas raíces humanistas que se preocupa por el cuidado de las personas donde la seguridad del

³²URBINA, Omayda C. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. En: Biblioteca virtual Scielo: Revista cubana de Enfermería. [en línea]. La Habana Cuba: Escuela nacional de salud pública. Julio-sep. De 2011, vol.27, no.3, p.239-247. [Consultado: 27 de mayo de 2019]. Disponible en Internet:http://sielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO864-03192011000300008.

³³ *Ibíd.*, P. 240, 241.

³⁴ LEÓN ROMÁN, Carlos Agustín. La seguridad de paciente, una responsabilidad en el acto de cuidado. [en línea]. En: reflexión y debate: revista cubana de Enfermería. Hospital clínico quirúrgico “hermanos Ameijeiras”. Julio- sep de 2006, vol. 22, no. 22, p.1-2-7. [Consultado: 27 de mayo de 2019]. Disponible en Internet:http://scielo.osld.cu/scielo.php?pid=SO864-03192006000300007&script=sci_arttext&tlng=en ISSN0864

paciente es base para asegurar los procesos de cuidado, considerando este artículo se puede decir que la garantía de la calidad de los servicios no es un modismo si no una responsabilidad de los profesionales y futuros profesionales de Enfermería, siendo de carácter obligatorio la formación y preparación de estudiantes del área de la salud en la correcta implementación de las políticas de seguridad del paciente durante las prácticas formativas en las instituciones de salud³⁵.

El rol del profesional de Enfermería en el área asistencial es importante pero no debe estar limitado solo al saber hacer, sino al desarrollo integral de todas las competencias. Es por ello que se debe fortalecer en los futuros profesionales de Enfermería los roles de investigación, educación, administración y agente de cambio innovador, pues a medida que transcurre el tiempo las exigencias son mayores en cuanto a conocimientos teóricos, metodológicos y éticos. Para incrementar el nivel educativo que contribuyan a la formación de profesionales idóneos siendo los convenios de docencia servicio con instituciones de salud fundamentales para la formación de talento humano.³⁶

La formación de los futuros profesionales de la salud requiere de una constante interacción entre las instituciones de educación y las instituciones de salud para que en el futuro se mejore la calidad de los servicios, es por esto que a través del Decreto 780/2016 se busca fortalecer la relación de docencia servicio que pretende generar profesionales integrales cumpliéndose las políticas de salud que garanticen una atención segura y de calidad para los pacientes.³⁷

³⁵ Ibíd., p 23.

³⁶ CARVAJAL HERMIDA, Elsa; PÉREZ G., Beatriz y SÁNCHEZ, Beatriz. Fortalecimiento de las alianzas docencia-servicio para el avance de la Enfermería en Colombia. Universidad Javeriana. Rev Gerenc Polít Salud. [en línea], Mayo 2017 [Citado 08 Julio 2016]. Disponible en internet: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.fads>

³⁷CARVAJAL, Consuelo, Claudia; VÉLEZ Á, Claudia, JARAMILLO, PATRICIA Y GIRALDO, ANGEL. Docencia servicio: responsabilidad social en la formación del talento humano en salud en Colombia. En educación médica. En: revista científica Elsevier. [en línea]. Manizales: universidad de caldas, diciembre de 2017. vol. 19, nro. 2. p. 2-6. [Consultado: 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301675>

De acuerdo a Diana Achury, profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana y colaboradores, en un estudio realizado en unidades de cuidado intensivo (UCI) adulto, pediátrica y neonatal de tres países participantes (México, Argentina y Colombia), encontraron que de 1163 eventos adversos, el 34 %, estuvieron relacionados con el cuidado, el 19 % con vía aérea y ventilación mecánica, un 16 % con accesos vasculares y drenajes, el 13 % con infecciones asociadas a la atención en salud y el 11 % con la administración de medicamentos. El 7 % restante estuvieron relacionados con pruebas diagnósticas y equipos, demostrando con esto que los EA con mayor prevalencia están relacionados, en su mayoría, con el cuidado directo al paciente y el de vía aérea, por tal motivo, el profesional de Enfermería debe establecer estrategias para fortalecer y mejorar los procesos relacionados con la adherencia de los protocolos, comunicación y una política de recursos humanos y disminuir con esto la presentación de EA en el ámbito clínico.³⁸

³⁸ ACHURY, Diana *et al.* Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. En: Enfermería global [en línea]. Bogotá: Universidad Javeriana de Colombia, abril de 2016, nro. 42. 324 p. [consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Calidad de la atención de salud

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios³⁹.

2.3.2 Seguridad del paciente

Siendo la seguridad del paciente un 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. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias⁴⁰.

2.3.3 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 prevenibles⁴¹.

2.3.4 Práctica Formativa en Salud

Estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos

³⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011(3, Abril, 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. [en línea]. Bogotá, D. C.: El Ministerio, 2006. 2 p. [Consultado: 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://uao.libguides.com/c.php?g=529834&p=3623716#Juridico>

⁴⁰ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.Op.Cit., Pág.14

⁴¹ Ibíd., p. 14

conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión⁴².

2.4. MARCO LEGAL

La República de COLOMBIA establece los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, Bogotá 11 de julio del 2008, la cual es liderada por el sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo fin es evitar y prevenir la incidencia y ocurrencia de situaciones que afecten la integridad y seguridad de los pacientes, y así lograr una reducción o eliminación de eventos adversos y así contar con instituciones seguras.

En la actualidad el sistema para la prestación de servicios es muy complejo, convirtiéndose en sistemas de alto riesgo permitiendo que no se den los controles adecuados de los pacientes por parte del personal e incluyendo los avances tecnológicos en la práctica diaria de diferentes ciencias como la medicina y Enfermería permitiendo a su vez que se den errores en los procesos de atención sea atribuibles o no a las negligencias de los profesionales de la salud por lo que fue necesario la creación e implementación de esta política de seguridad del paciente⁴³.

El propósito de esta política es establecer una atención segura, que es más que cumplir con una norma, ya que solo sirven de referencia siendo necesario el compromiso del personal de Enfermería de las instituciones de salud en poner en práctica los principios fundamentales en la práctica de Enfermería como el enfoque

⁴² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 780 (6, mayo ,2016). Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [en línea]. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2016. 390. P. [Consultado: junio 2 de 2019]. Disponible en Internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf

⁴³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. (11 junio ,2008) [en línea]. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2016. 1 -9p. [Consultado: junio 15 de 2019]. Disponible en Internet https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf.

en salud, cultura de la seguridad, integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, multicausalidad, validez, alianza con el paciente con su cuidadores familiares , la alianza con el profesional de la salud que tienen como finalidad garantizar la seguridad de paciente y de los mismos.⁴⁴

El sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud y La Unidad Sectorial de Normalización es el organismo técnico definido por el Decreto 1011 de 2006 como “una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia. Esta guía fue aprobada como la Guía Técnica en Salud 001 el día 4 de marzo de 2010, luego de haber sido discutida con el comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial de Normalización, donde ha sido mejorado, adicionado y transformado a través del Comité de Buenas Prácticas de la Unidad Sectorial. Colombia es promotor de la política de seguridad del paciente, teniendo como finalidad la prevención de accidentes o situaciones que pueden interrumpir el curso normal de la salud de los pacientes convirtiendo a la seguridad del paciente una prioridad de la atención en salud ya que los eventos adversos son indicadores de calidad, permitiendo esta como una guía para la implementación de los lineamientos antes mencionados en los procesos asistenciales promoviendo una buena gestión y acción de los cuida⁴⁵.

En Colombia el Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, estableció las normas que regulan la atención en salud y la formación de talento humano en esta área, documentada por medio del Decreto Nacional 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, orientados a regular todos los aspectos pertinentes de docencia servicio en los programas académicos del área de la salud, permitiendo a las instituciones de educación superior formar profesionales integrales en salud, competentes, hábiles,

⁴⁴ *Ibíd.* p. 9-10.

⁴⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud y la unidad sectorial de normalización. Decreto 1011 (3, Abril ,2006). [en línea]. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2016. p.1,4,5 [Consultado: junio 15 de 2019]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>

conocimientos tanto que promuevan un buen desarrollo ético y científico logrando el cumplimiento de los objetivos de la relación docencia servicio.⁴⁶

La ley 911 del 2004, 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 así mismo nacen los tribunales de ética profesional adoptándose el código deontológico. Dentro de la ley 911 del 2004 se encuentran constatadas las responsabilidades relacionadas con la profesión de Enfermería y estas a su vez por las siguientes: respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos sin importar su etnia, raza o condición social, cultura, edad, nacionalidad o criterio político los cuales son principios fundamentales y valores que sirven de oriente para la práctica de la profesión Enfermería⁴⁷.

Por su parte en la ley 266 de 1996, está determinado el ámbito del ejercicio de la profesión de Enfermería, y en esta se desarrollan los principios que la rigen, las cuales son fundamentales para la determinación de los entes rectores que funcionan como directores, orientadores, organizadores además de hacer un control de las actividades o ejercicio de Enfermería, deberes ser y derechos derivados de su profesión. Dentro de esta ley se encuentran integrados principios específicos del ejercicio de la profesión como la integralidad, individualidad, calidad y continuidad que son primordiales para la el ejercicio de las prácticas y del deber ser de Enfermería⁴⁸.

⁴⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 780 (6, mayo, 2016) Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [en línea]. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2016. 1 p. [Consultado: junio 15 de 2019]. Disponible en Internet https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

⁴⁷ COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 911 (5, octubre, 2004). 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 línea]. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2004. no. 45.693. p. 1,15. Consultado: junio 15 de 2019]. Disponible en Internet: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.

⁴⁸ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 266 (25, Enero, 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [en línea]. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1996.No. 42.710. p.1-8 Consultado: junio 15 de 2019]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>

El gobierno nacional a través de Ministerio de Salud, ha implementado, la Resolución 256 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 y derogó la Resolución 1446 de 2006. Estas disposiciones mencionadas en la resolución serán implementadas o aplicadas en las instituciones administradoras de planes a beneficio en las instituciones prestadoras de servicios de salud, servicios de transporte especial de pacientes, a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo.⁴⁹

La resolución cuenta con 3 anexos técnicos siendo el número uno el que contiene los indicadores para el monitoreo de la calidad que aplicaran a las EAPB a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Las fichas técnicas de estos indicadores pueden ser consultadas a través del Observatorio de la Calidad de la Atención en salud. Dentro del anexo número 2 se define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Prestadores de Servicios de Salud) y el anexo técnico número 3 define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (EAPB).

⁴⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 256 (5, Febrero, 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 línea]. Bogotá: El Ministerio, 2016. p. 1. [Consultado: junio 12 de 2016]. Disponible en Internet: https://normograma.info/invima/docs/pdf/resolucion_minsaludps_0256_2016.pdf.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo.

3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

Una entidad de segundo y tercer nivel complejidad, ubicada en la ciudad de Montería-Córdoba, la cual ofrece cobertura a los municipios de Córdoba y parte del Urabá antioqueño, actualmente la institución tiene como principales usuarios aquellos afiliados al régimen subsidiado facilitando la prestación los servicios de salud.

Además tiene convenios de docencia servicio con diferentes instituciones educativas, por lo tanto es un excelente escenario de práctica en los diferentes niveles de formación para profesionales del área de la salud.

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Base de datos de historias clínicas y de reportes de eventos adversos, fallas activas e incidentes de una institución de salud de segundo y tercer nivel de Montería durante el año 2016 donde los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Córdoba estuvieron en prácticas formativas.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo conformada por la base de datos de historias clínicas de eventos adversos, fallas activas e incidente reportados durante el año 2016 en una institución de salud de segundo y tercer nivel de atención, comparados con las

fechas de prácticas de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Córdoba durante ese mismo año.

3.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó a través del análisis de la base de datos y reporte de eventos adversos durante el año 2016. Lo anterior se realizó con previo aval Institucional y autorización del jefe de calidad de la institución.

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para la selección de las bases de datos se tuvo en cuenta aspectos como: descripción del evento adverso, mes, servicio en el que ocurrió el evento adverso.

Teniendo en cuenta que la información suministrada por la institución de los periodos 2016 a 2018, no estaba completa en su totalidad, solo la del año 2016 cumplía con todos los datos requeridos, para una mayor confiabilidad de los resultados se realizó el estudio con los datos correspondientes a dicho año.

3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Base de datos del periodo a estudiar que no tuvieran la información completa.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información (base de datos) de esta investigación, fue proporcionada por el jefe de calidad de la institución de salud, se tomó solamente la del año 2016 porque las de los años subsiguientes no contaban con toda la información necesaria para el desarrollo del trabajo. Dicha información se revisa mes por mes y se contrasta con las fechas y periodos de prácticas formativas de las IES, principalmente con las de los estudiantes de la Universidad de Córdoba.

La fase documental correspondió al acopio de la información suministrada en el informe de seguimiento y gestión de los eventos adversos, fallas activas e incidentes ocurridos en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2016.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS LEGALES

Teniendo en cuenta la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 expedida por el Ministerio de Salud de Colombia, que reglamenta la investigación en el área de la salud, esta investigación es considerada sin riesgo, debido a que la fuente de información es secundaria, y no hay intervenciones directas con los pacientes.

Es importante resaltar que los datos proporcionados por la institución de salud donde se realizó esta investigación, se mantendrán bajo los criterios de confidencialidad requeridos.

3.10 LIMITACIONES

Durante la revisión de la información suministrada por la institución de salud se evidenció periodos con datos incompletos o inconsistencias en los mismos lo cual no permitió realizar la comparación entre varios periodos académicos de práctica y de los reportes de eventos adversos que se dieron entre un año y otro.

Al realizar la búsqueda y selección bibliográfica no se encontraron referentes relacionados con el presente trabajo de investigación en el área de Enfermería.

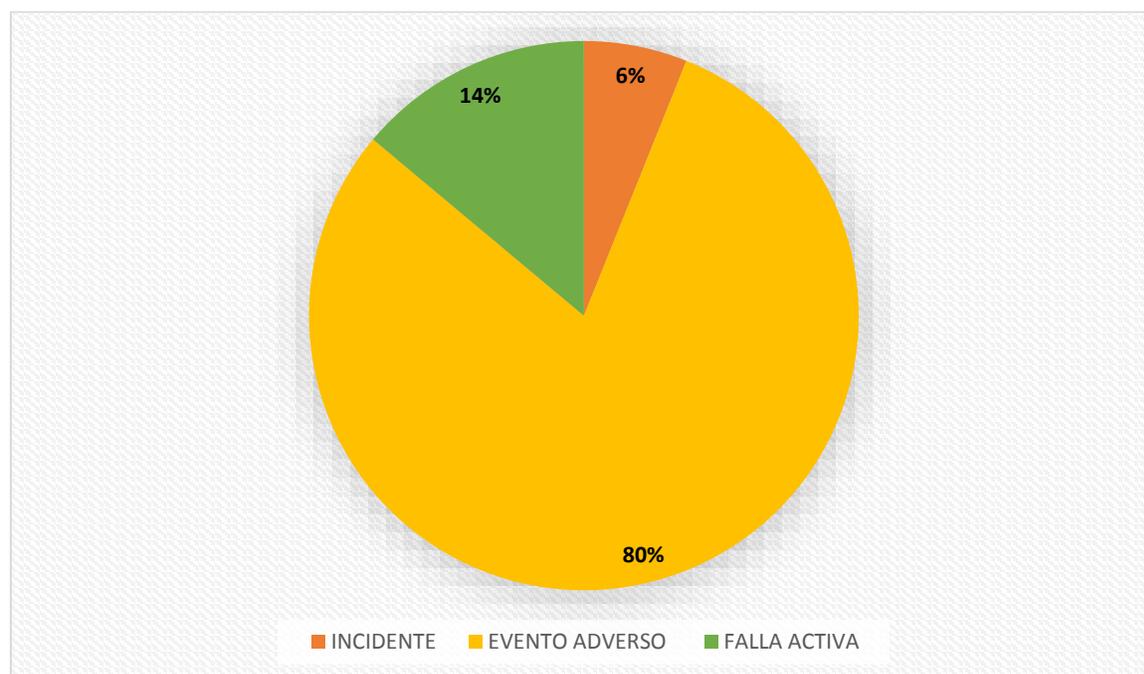
4 RESULTADOS

Tabla 1. Clasificación de los eventos adversos, fallas activas e incidentes reportados en el año 2016

Clasificación	N°	%
Falla activa	16	13.9
Incidente	7	6.1
Evento adverso	92	80.0
Total	115	100.0

Fuente: Base de datos IPS

Gráfica 1. Clasificación de los eventos adversos, fallas activas e incidentes reportados en el año 2016



En el informe de gestión de la institución estudiada se reportaron durante el periodo de 2016 eventos que pueden afectar la seguridad en la atención del paciente, donde se evidencia que el 80% de estas situaciones presentadas son eventos adversos, situación que es necesaria analizar y tomar acciones de mejora que conduzcan a

minimizar su ocurrencia, involucrando a todo el equipo de salud donde el profesional de Enfermería en la gestión del cuidado tiene un rol fundamental tanto en la prevención como en el reporte de estos.

Asimismo, durante este tiempo se presentó en menor proporción incidentes en un 6.0% y 13.9% de fallas activas, situaciones que requieren estudio de cada uno de los casos en aras de crear estrategias que permitan seguridad en el cuidado del paciente y la calidad de la atención. Estos datos pueden estar relacionados con que solo se reportan los eventos que realmente causan daño evidente al paciente; siendo el reporte de incidentes y fallas activas mínimo, lo que podría relacionarse con una falta de cultura en el reporte de este tipo de acciones inseguras.

Achury, Rodríguez, et. Al⁵⁰, expresan en su estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidad de cuidados intensivos que los eventos adversos que se reportan en las instituciones están relacionados con el sistema, pero aquellos que están relacionados con el cuidado directo, donde la falta de adherencia a los protocolos es la razón más frecuente son omitidos⁵¹.

Sugiere que, para lograr que haya un verdadero compromiso de los profesionales se requieren que estos tengan una actitud y aptitud frente al cuidado diferente, donde este se comprometa realmente con la seguridad del paciente y tenga el conocimiento suficiente para reportar los eventos presentados durante la atención en salud sin omitir información y es por eso que en este mismo estudio destacan la importancia de establecer, a nivel institucional, una política de recursos humanos en Enfermería, donde la formación posgraduada, la educación continua, el entrenamiento estructurado e intensivo en las actividades rutinarias, el monitoreo de la capacidad de atención y el reentrenamiento, se conviertan en una prioridad e impacten en la eficacia, en relación con la seguridad del paciente.

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 42

⁵¹ *Ibíd.*, p. 42

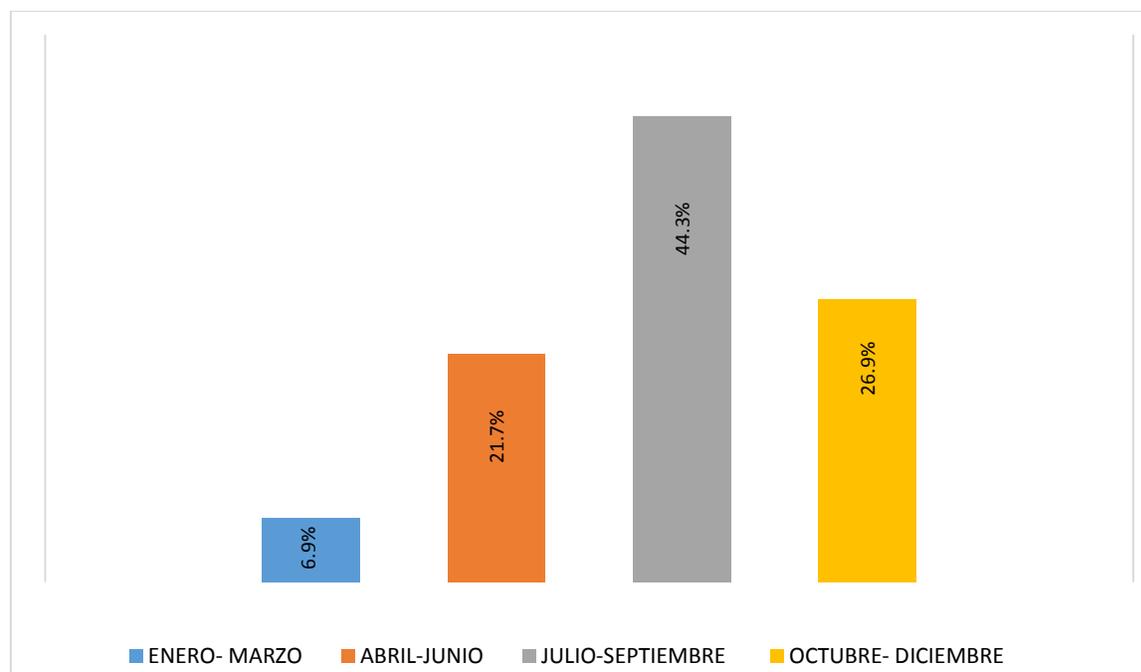
Asimismo, se recomienda proveer a las enfermeras, durante su formación y en la vida laboral, información sobre la seguridad del paciente, así como el análisis de casos sobre eventos adversos con los pacientes”⁵².

Tabla 2. Eventos adversos reportados por trimestre año 2016

Trimestre	N°	%
Enero- marzo	8	6.9
Abril –junio	25	21.7
Julio-septiembre	51	44.3
Octubre- diciembre	31	26.9
TOTAL	115	100.0

Fuente: Base de datos ips

Grafica 2. Eventos adversos, fallas activas e incidentes reportados por trimestre año 2016



En la gráfica se evidencian los eventos presentados durante 2016 en los diferentes trimestres, siendo el trimestre de julio-septiembre el que muestra más reportes de

⁵² Ibíd., p. 337

eventos adversos, en estos periodos donde hay mayor reporte concuerda con las fechas de prácticas de los estudiantes de Enfermería.

El aumento de estos reportes puede estar relacionado por una parte con la ocurrencia de más eventos adversos, y por otra con un reporte adecuado y oportuno de su ocurrencia. El primero hace necesaria una revisión individualizada de dicha información, que no fue posible realizar en este estudio. El segundo, puede estar relacionado con la presencia de estudiantes en prácticas administrativas trabajando conjuntamente con los profesionales de Enfermería y de seguridad del paciente, donde los estudiantes tienen como propósito la adquisición de competencias propias de la gestión de cuidado, poniendo en práctica acciones de este rol, y realizan seguimiento y supervisión del cumplimiento de estándares de cuidado asistencial, normas y protocolos institucionales, que permiten un mayor seguimiento en la atención, y conllevan al reporte de la ocurrencia de estos eventos oportunamente.

Lo anterior, evidencia la importancia de lo expresado por Amaro sobre el rol del profesional de Enfermería como un actor fundamental en la seguridad de los pacientes, y en la gestión de un cuidado de calidad. También, lo anotado en las Guías de buenas prácticas de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, donde se reporten al SIVIGILA los eventos presentados durante en los procesos de atención en salud para intervenir de manera y se intervengan oportunamente evaluando los factores que contribuyeron a su ocurrencia.

Todo ello reafirma que la seguridad del paciente sigue siendo una prioridad a nivel mundial, volviéndose un factor influyente para crear conciencia y cultura en los trabajadores e instituciones de salud debido a que estos eventos adversos son indicadores de la verdadera calidad de los servicios en salud, como indican las Guías del Ministerio de Salud, antes anotada.

Por otra parte, es muy importante tener en cuenta lo anotado por la Organización Panamericana de Salud, todos los sistemas de notificación -SN- implementados presentan niveles de subregistros como consecuencia de la falta o ausencia de notificación de eventos adversos ocurridos[...]debido a que no se definen claramente las fuentes de la notificación (quién o quiénes), la falta de cultura de seguridad, la percepción por parte de los profesionales de la poca utilidad del reporte y el temor entre los trabajadores de la salud de que la información recogida sea utilizada con fines punitivos⁵³.

Atendiendo los requerimientos de la relación docencia-servicio y respondiendo al objetivo del Programa de Enfermería de la Universidad de Córdoba, los estudiantes deben ser competentes para cuidar la salud de las personas, considerando aspectos éticos y legales del ejercicio de la profesión, todos estos procesos son guiados, supervisados y evaluados por docentes cualificados y capacitados en las distintas áreas, tanto clínicas como de salud pública⁵⁴.

⁵³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, OPS, Op. Cit., P.20

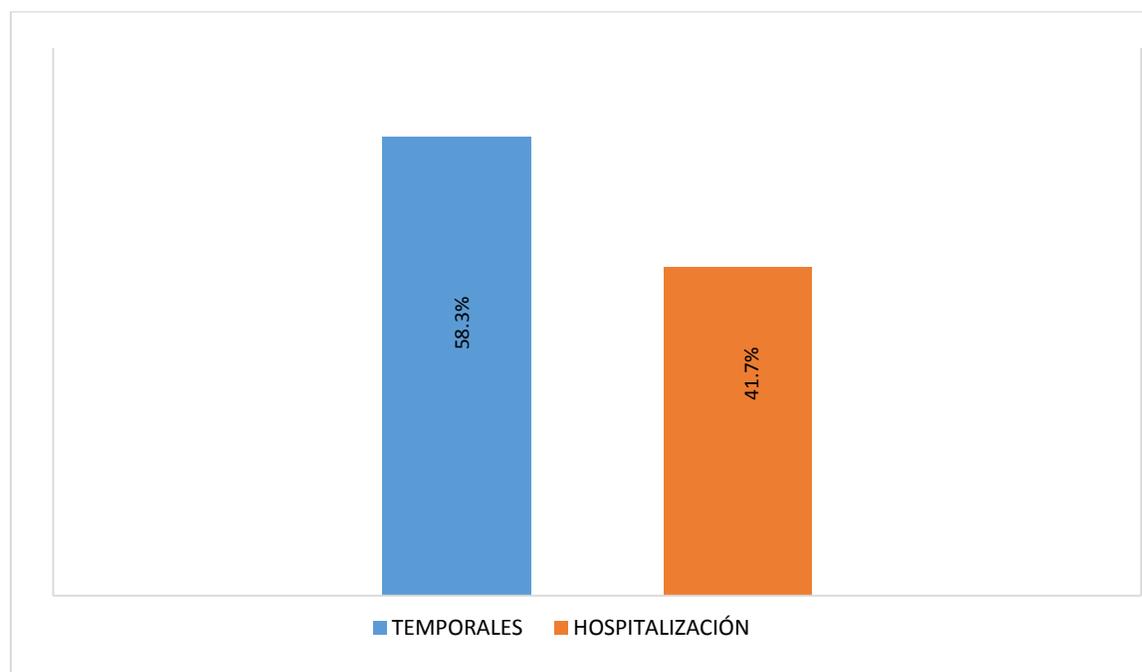
⁵⁴ UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. Generalidades del Programa de Enfermería; consultado [10 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.unicordoba.edu.co/index.php/enfermeria2/generalidades/>

Tabla 3. Eventos adversos, fallas activas e incidentes presentados según tipo de servicio

Clasificación	Nº	%
TEMPORALES (Cirugía, sala de partos, urgencias adulto y niños)	67	58,3
HOSPITALIZACIÓN (medicina interna, pensionado A, neonatos, pediatría, pensionado B, puerperio, quirúrgica UCI)	48	41,7
Total	115	100.0

Fuente: Base de datos IPS

Gráfica 3. Eventos adversos, fallas activas e incidentes presentados según tipo de servicio



En esta gráfica se observa que hay mayor número de reporte de eventos adversos en los servicios que están dispuestos para que los pacientes no estén más de 24 horas y se les defina su situación o sean dados de alta, que al ser comparado con el estudio realizado en un servicio de cirugía por Genes y Gonzales⁵⁵ se evidencia que el alto porcentaje de infecciones del sitio quirúrgico que más se presentó en

⁵⁵ GENES Y GONZALES, Op.cit p. 36

este estudio fueron pacientes postquirúrgicos de cesáreas, fueron los de mayor incidencia. Sin embargo, en este estudio la falta de información completa en la institución, con respecto a las características del evento adverso y las condiciones en las que se presentó, limita a los investigadores. Así como sucedió con el trabajo antes mencionado, sucedió con este pues la información obtenida fue incompleta; sin embargo muestran similitud en los hallazgos, pues cirugía es un servicio donde un paciente no dura más de 15 horas y la característica del área puede llevar a mayor probabilidad que se presentan eventos adversos.

Es preciso decir que en la investigación actual, se evidencia que en los servicios de cirugía, urgencias y sala de partos se realizan más reportes de eventos adversos lo que puede estar relacionado con la concurrencia de pacientes a estos servicios, ya que se requiere de una atención inmediata o teniendo en cuenta la clasificación de pacientes para la atención o triage, el estado del paciente y complejidad de las enfermedades que cursan y además el estado emocional del equipo de salud que puede afectar directamente la salud de las personas a su cuidado.

Todos estos resultados pueden estar relacionados con la concurrencia a estos servicios, de pacientes que requieren de una atención inmediata por la condición o estado de salud en el que se encuentra y la complejidad de la(s) enfermedad(es) que cursan, y además el equipo de salud en cuanto a número, cualificación y/o capacitación para la atención en estas áreas, puede predisponer a acciones inseguras que pueden llegar a afectar la salud de las personas a su cuidado.

Ahora bien, las prácticas de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Córdoba son desarrolladas atendiendo a una delegación progresiva de actividades, guiados por un docente cualificado para el acompañamiento, guía y supervisión durante las prácticas formativas desde tercero hasta último semestre.

Según lo sostenido por Serrano et al. se identificó la percepción de los estudiantes de Enfermería acerca de sus prácticas formativas y como estas están asociadas con el aprendizaje clínico donde se evaluaron las habilidades, capacidades, actitudes y procesos de tutorías mencionan que los modelos de tutorías, la comunicación con el equipo de salud, la metodologías utilizadas por el cuerpo docente pueden influir positiva o negativamente en el proceso de aprendizaje del estudiante; y los estudiantes califican sus prácticas clínicas como óptimas⁵⁶.

Asimismo, González, Santos y Martínez describen que los estudiantes de pregrado es necesario capacitarlos continuamente para que contribuyan al reporte de eventos adversos y generen cultura en sí mismos y en todo el equipo de salud ya que se ve poco la integración de estos en los sistemas de reporte que permitan realizar aportes en los sitios de práctica⁵⁷.

Por lo anterior, el Departamento de Enfermería de la Universidad de Córdoba, está comprometido con la formación de sus estudiantes para que realicen actividades administrativas y asistenciales, generando aportes importantes en la seguridad los pacientes en los diferentes sitios en práctica. Gracias al prestigio con que cuenta esta alma mater, las instituciones de salud brindan la confianza para realizar este tipo de actividades que ayudan a garantizar que se den correctamente los procesos asistenciales, administrativos y de gestión del cuidado que favorezcan la salud de los sujetos de cuidado.

⁵⁶ GONZALEZ., Op. cit., p. 36.

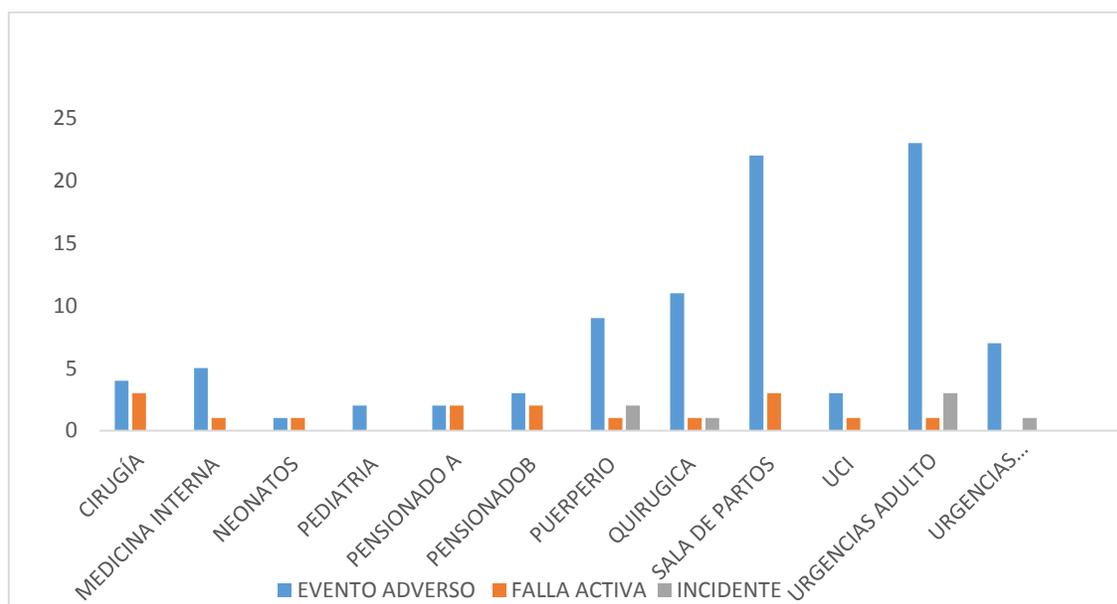
⁵⁷ GONZÁLEZ, Cristina; SANTOS, Jesús y MARTINEZ, Gregorio. Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado. En: Educación médica superior [en línea]. Monterrey: Hospital Militar de Especialidades de la mujer y Neonatología, octubre-noviembre de 2013. Vol. 28, nro. 1. p. 84-91. [consultado: 15 de diciembre de 2019]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100010. ISSN 0864-2141

Tabla 4. Relación de reporte de eventos adversos, fallas activas e incidentes por servicio 2016

Servicio	Evento Adverso	Falla Activa	Incidentes	Total
Cirugía	4	3		7
Medicina interna	5	1		6
Neonatos	1	1		2
Pediatría	2			2
Pensionado A	2	2		4
Pensionado B	3	2		5
Puerperio	9	1	2	12
Quirúrgica	11	1	1	13
Sala de partos	22	3		25
UCI	3	1		4
Urgencias adulto	23	1	3	27
Urgencias pediátricas	7		1	8
Total	92	16	7	115

Fuente: Base de datos IPS

Gráfica 4. Relación de reporte de eventos adversos, fallas activas e incidentes por servicio 2016



En la gráfica anterior se observa que en los servicios de urgencias adulto y sala de partos es donde más se presentan eventos adversos propiamente dichos que

pueden estar asociados a las características de los servicios y de los pacientes que ingresan a estos, pues las intervenciones que se realizan deben ser rápidas y que, si no hay una comunicación eficaz entre el equipo de salud, la integridad y calidad de vida de los pacientes puede ser afectada.

Para el caso de sala partos, Gaitán Hernando, *et al*⁵⁸. Expresan que eventos adversos se encuentran asociados a la morbilidad materna y están relacionados con factores maternos y hospitalarios, asimismo los resultados de la atención materna están determinados en parte por la adecuada atención de las complicaciones. Dado que la morbimortalidad materna es evitable en una importante proporción de casos, es relevante determinar el impacto que tienen los eventos adversos (EA) intrahospitalarios sobre ella.

Es importante recalcar que la afluencia de estudiantes de diferentes profesiones y niveles de formación en estos servicios y la falta de información de la base de datos analizadas, dificulta el cruce de variables para relacionar la frecuencia de eventos adversos, fallas activas e incidentes con la presencia de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Córdoba, en el periodo analizado.

Asimismo se podría decir que la falta de personal capacitado en los servicios puede generar que haya mayor frecuencia de eventos adversos, además de la comunicación eficaz entre los profesionales, La poca adherencia a las guías relacionadas con seguridad en la atención , podría favorecer la presencia de estos eventos adversos, fallas activas e incidentes, tal como lo sugieren S, Tomas y GIMENA, los servicios precisan de una atmósfera de confianza mutua en que todos los miembros del servicio puedan hablar libremente sobre problemas de seguridad y sus posibles soluciones sin el temor a estigmas o represalias, con la garantía de

⁵⁸ GAITÁN, Hernando et al. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el instituto materno infantil de Bogotá, Colombia. 2002 – 2003. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [en línea].Bogotá: universidad nacional de Colombia, febrero-marzo de 2005, nro. 18 p. [consultado: 3 de octubre de 2019].Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a03.pdf>. ISSN 0034-7434.

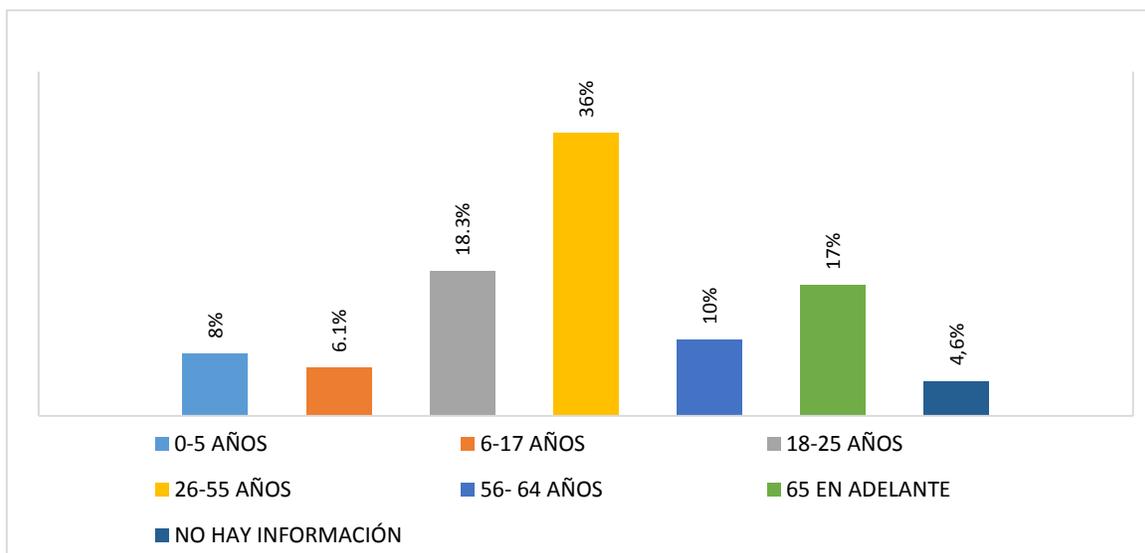
que los efectos adversos se valoran de modo imparcial y justo y que se realizarán acciones para la mejora⁵⁹.

Tabla 5. Eventos adversos, fallas activas e incidentes reportados según edad

Edad	Nº	%
0-5 años	9	8
6-17 años	7	6.1
18-25 años	21	18.3
26-55 años	41	36
56-64 años	11	10
65 años y más	19	17
No hay información	7	4.6
TOTAL	115	100

Fuente: Base de datos IPS

Gráfica 5. Eventos adversos, fallas activas e incidentes reportados según edad



En esta gráfica se observa que el mayor número de eventos adversos, fallas activas e incidentes reportados durante 2016 en esta institución están relacionados con personas entre 26-55 años. Es de anotar que en las poblaciones extremas niños

⁵⁹ S, Tomas y GIMENA, I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. En: Anales del Sistema Sanitario de Navarra. [en línea]. Pamplona: Servicio de Urgencias. Hospital Municipal de Badalona. Serveis Assistencials de España de 2010, nro. 8 p. 140 [consultado: 3 de octubre de 2019]. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original15.pdf> ISSN 1137-6627

menores de 5 años y adultos mayores hay un mínimo de eventos adversos presentados en ese periodo y puede estar relacionado directamente con que estos tienen acompañamiento regular de un cuidador familiar, además de los profesionales de la salud que están a cargo de su cuidado. Similares resultados encontró Villanueva “los cuales contribuyeron en mayor proporción de infecciones asociadas a la atención médica en el grupo de 20 a 35 años y las menores proporciones de infecciones y caídas en el grupo de adultos mayores. No obstante, fue mayor la notificación de caídas de personas de 22 a 35 años de edad ninguna fue de gravedad, mientras que, en los 6 registros de personas mayores de 65 años, 1 fue de gravedad”⁶⁰.

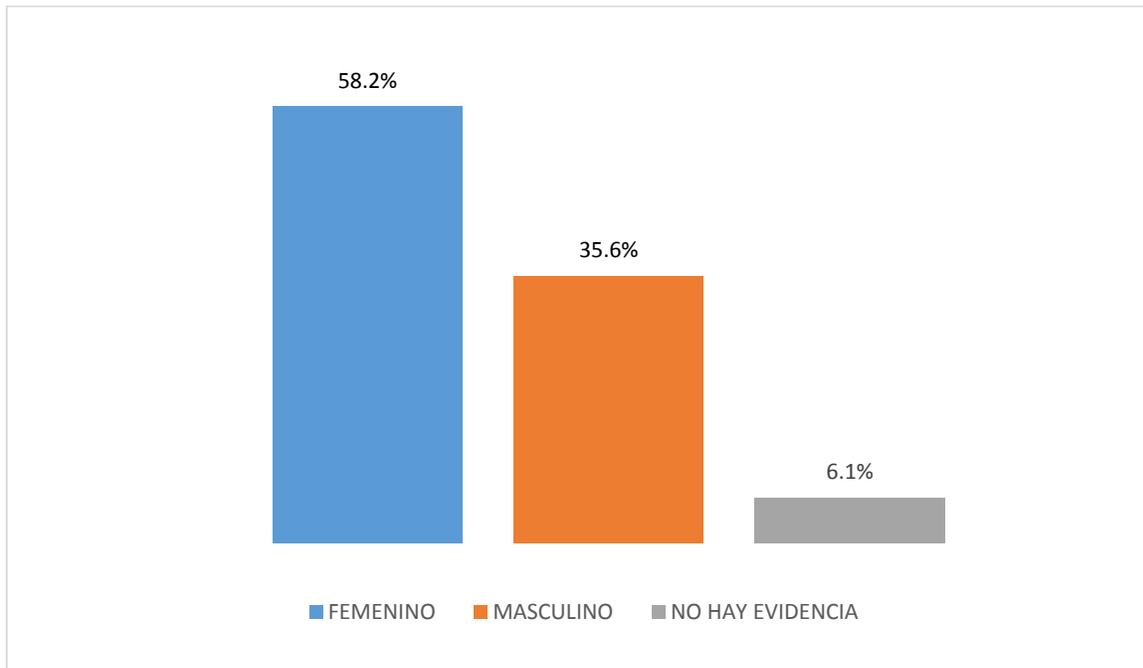
Tabla 6. Eventos adversos, fallas activas e incidentes reportados por sexo

Sexo	N°	%
Femenino	67	58.2
Masculino	41	35.6
No hay evidencia	7	6.1
TOTAL	115	100

Fuente: Base de datos IPS

⁶⁰ VILLANUEVA, Luis *et al.* Análisis por edad y género de eventos adversos hospitalarios en personas adultas. En: Revista conamed [en línea]. México: Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico De México, Julio-septiembre de 2012, nro. 3. P.111 [consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4062769.pdf>

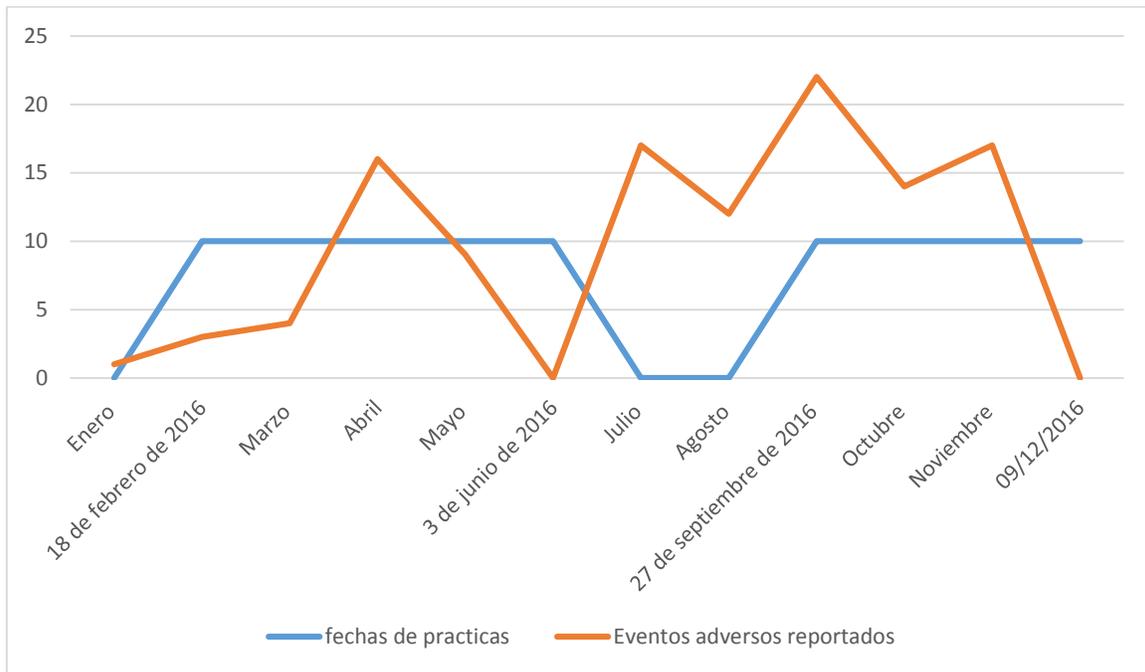
Gráfica 6. Eventos adversos, fallas activas e incidentes reportados por sexo



En esta gráfica se evidencia que en las mujeres se han reportado más casos de eventos adversos que los hombres, lo cual puede estar asociado a que se han reportado más eventos adversos en servicios como sala de partos. Además se podría decir que las mujeres consultan con mayor frecuencia los servicios de salud, también por las cargas laborales, emocionales sociales y familiares que tienen predisponen de una u otra manera a las mujeres, tal como lo expresa Jiménez Rosa, *et al.* en nuestra serie, las mujeres solicitan más primeras citas que los varones, tanto en número absoluto como en porcentajes ajustados a la población de referencia[...]⁶¹ justifican la mayor presencia de la mujer en las consultas médicas en una peor percepción de éstas de su salud, con una mayor restricción de sus actividades, un mayor número de síntomas, más sensación de dolor y una mayor notificación de enfermedades crónicas que los hombres, dada su cultura machista tienden a asistir a los servicios de salud solo cuando se ven realmente afectados.

⁶¹ JIMÉNEZ.F Rosa et al ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? En: *anales de medicina interna*. [En línea]. Madrid: Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. España, octubre 2005, nro. 518 p. 17 [consultado: 3 de octubre de 2019]. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v22n11/original2.pdf>

Gráfica 7. Relación de eventos adversos, fallas activas e incidentes reportados en 2016 y las prácticas formativas de Enfermería año 2016



En la gráfica anterior se evidencian los eventos presentados durante el año 2016 y se establece una relación con las fechas de prácticas de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Córdoba. Donde se evidencia aumento del reporte de la ocurrencia de eventos adversos durante los tiempos de práctica de los estudiantes de Enfermería, en esta se observa que en las fechas donde se inician las prácticas de los estudiantes de Enfermería hay un aumento del reporte de eventos adversos fomentando en todo el equipo de salud la conciencia de reportar los sucesos ocurridos en los servicios, además el hecho que los estudiantes de los últimos semestres participan de manera activa en los procesos de reporte incidiendo un poco más en este proceso, en la medida que estos trabajan conjuntamente con los jefes de servicio y coordinadores de calidad cumpliendo competencias propias de la gestión del cuidado, y poniendo en práctica acciones de este rol, donde realizan seguimiento y supervisión del cumplimiento de estándares de cuidado asistencial, normas y protocolos institucionales, que permiten un mayor seguimiento en la atención, y conllevan al reporte de la ocurrencia de estos eventos oportunamente.

En esta gráfica se evidencia que el pico más alto se presenta en los periodos donde las prácticas de los estudiantes han avanzado y este está realmente involucrado en cada uno de los procesos de la institución. Al ir finalizando las prácticas del primer periodo académico se evidencia un descenso importante de los reportes lo cual que podría estar relacionado con subregistro o con la ausencia de eventos.

Se observa que entre julio y agosto hay reporte de eventos que puede estar relacionado con la conciencia que crea el estudiante en el profesional de la salud y que contribuye a la cultura del reporte y por ende a la seguridad del paciente. En diciembre se observa un notable descenso que puede estar relacionado con la disminución del flujo de pacientes en los servicios. En trabajos anteriores realizados por Genes y Gonzales, muestran que en esta misma institución en un tiempo específico en el servicio de cirugía se presentaron casos que fueron reportados de forma incompleta por lo cual solo fueron notificados el 52.0%⁶².

Teniendo en cuenta lo anterior y relacionando los resultados obtenidos se puede inferir que al haber estudiantes en la institución hay mayor cultura del reporte, es posible, que los estudiantes sean quienes promuevan de manera constante el reporte de eventos adversos, fallas activas e incidentes en el equipo de salud y/o realicen los reportes teniendo en cuenta lo aprendido durante su formación aplicando el saber-saber y saber-ser del profesional de Enfermería.

Por lo cual, estos adquieren competencias en cuanto a la gestión del cuidado, administración de los servicios y talento humano, fortaleciendo en cada uno de estos aspectos la cultura del reporte. Es de mencionar que al no haber estudiantes en prácticas en ciertas épocas del año e insuficiente personal capacitado en seguridad del paciente se puede afectar el reporte. Por lo que el estudiante de Enfermería

⁶² GÉNES HERNÁNDEZ, Ana Milena y GONZÁLEZ RUÍZ, Yuranis Enith. Infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos en una institución de segundo nivel, 2017. [en línea]. Trabajo de grado para obtención de título de enfermera. Montería. Universidad de Córdoba. Facultad ciencias de la salud. Departamento de Enfermería, 2017. 32 P. [consultado: 11 de noviembre 2019]. Disponible en: Repositorio Educativo Biblioteca Digital Unicordoba. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/941/TGD%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

tiene un rol importante participando como un veedor externo y garantizando de una u otra manera la seguridad del paciente en la atención en salud.

5 CONCLUSIONES

El trabajo realizado muestra el comportamiento de los reportes durante el año 2016 y como durante los periodos de prácticas formativas comparando específicamente las fechas de prácticas de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Córdoba, estos reportes aumentan significativamente.

Lo anterior puede estar relacionado con la presencia de estudiantes en prácticas administrativas trabajando conjuntamente con los profesionales de Enfermería y de seguridad del paciente, cumpliendo competencias propias de la gestión de cuidado y poniendo en práctica acciones de este rol, donde realizan seguimiento y supervisión del cumplimiento de estándares de cuidado asistencial, normas y protocolos institucionales, que permiten un mayor seguimiento en la atención, y conllevan al reporte de la ocurrencia de estos eventos oportunamente. De igual manera, los estudiantes de los diferentes semestres tienen el acompañamiento directo de un docente que permite un mejor control de los riesgos de ocurrencia de este tipo de sucesos.

Asimismo, evidencia la importancia que tiene el estudio del comportamiento del reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud, y como la práctica formativa contribuye en el oportuno reporte de estos, y de esta manera en la seguridad del paciente y la calidad de la prestación de los servicios.

No obstante, en los periodos de no prácticas disminuye o cesa el reporte, lo que permite determinar la necesidad de implementar acciones para identificar si no hay ocurrencia de eventos o no se está realizando el reporte respectivo.

6 RECOMENDACIONES

6.1.1 A LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE MONTERÍA

Fortalecer la política de seguridad del paciente y el reporte de los eventos adversos para que faciliten el análisis de los eventos y buscar estrategias de mejora.

Garantizar la completa y oportuna información de los reportes tanto de incidentes/eventos adversos que permitan un seguimiento adecuado y facilitar la realización de investigaciones en esta área.

Fomentar en el equipo de salud la cultura del reporte de incidentes y eventos adversos, definiendo con claridad quien o quienes se encargaran de la notificación de estos.

Realizar capacitaciones periódicas y control de las mismas en el equipo de salud.

6.1.2. AL PERSONAL DE ENFERMERIA

Implementar los protocolos y guías de seguridad del paciente

Fomentar la cultura del reporte de eventos en todos los miembros del equipo de salud

6.1.3 A LA UNIVERSIDAD DE CORDOBA

Realizar estudios que complementen los resultados obtenidos en este estudio mediante una revisión individualizada de los casos ocurridos que permitan identificar la relación de las prácticas formativas y los eventos ocurridos.

Sugerir el diseño de un instrumento que permita identificar de manera más puntual la influencia de la práctica institucional sobre la seguridad del paciente.

7 BIBLIOGRAFIA

ACHURY, Diana *et al.* Estudio de eventos adversos, factores y periodicidad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. En: *Enfermería global* [en línea]. Bogotá: Universidad Javeriana de Colombia, abril de 2016, nro. 42. 324 p. [consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200011

ARRATIA F., Alejandrina. Investigación y documentación histórica en Enfermería. [en línea]. En: Universidad Federal de Santa Catarina, Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile. junio.2005, no. p 1-3. [Consultado: 26 de Mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4>

AMARO CANO, María del Carmen. Florence Nightingale, la primera gran teórica de Enfermería. [En línea]. En: *Revista Cubana Enfermería*. Septiembre –diciembre. 2004, vol.20, n.3. P.1-5. [consultado: 29 de mayo de 2019]. Disponible en Internet:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009

BADILLO Zúñiga, J. HERNÁNDEZ MORALES, A.R; BERMÚDEZ GONZÁLEZ, A. (2013) La historia de Enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 17, 36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.02>

BURBANO VALDES, Heidy Mabel *et al.* Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud en Pasto - Nariño, Colombia. En: *revista universitaria de Salud* [en línea]. pasto-Nariño: Universidad de Nariño, mayo-noviembre de 2013, nro. 2. v. 15, n. 2, p.182. [Consultado: 12 de octubre de 2019]. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012471072013000200009&lng=en&nrm=iso

CARVAJAL, Consuelo, Claudia; VÉLEZ Á, Claudia, JARAMILLO, PATRICIA Y GIRALDO, ANGEL. Docencia servicio: responsabilidad social en la formación del talento humano en salud en Colombia. En *educación médica*. En: *revista científica Elsevier*. [En línea]. Manizales: universidad de caldas, diciembre de 2017. Vol. 19, nro. 2. p. 2-6. [Consultado: 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301675>

CARVAJAL HERMIDA, Elsa; PÉREZ G., Beatriz y SÁNCHEZ, Beatriz. Fortalecimiento de las alianzas docencia-servicio para el avance de la Enfermería en Colombia. Universidad Javeriana. *Revista Gerenc Polít Salud*. [En línea], Mayo 2017 [Citado 08 Julio 2016]. Disponible en internet: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.fads>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011(3, Abril, 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. [en línea]. Bogotá, D. C.: El Ministerio, 2006. 2 p. [Consultado: 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://uao.libguides.com/c.php?g=529834&p=3623716#Juridico>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 780 (6, mayo ,2016). Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [en línea]. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2016. 390. P. [Consultado: junio 2 de 2019]. Disponible en Internet: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. (11 junio ,2008) [en línea]. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2016. 1 -9p. [Consultado: junio 15 de 2019]. Disponible en Internet https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf.

COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 911 (5, octubre, 2004). 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 línea]. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2004. no. 45.693. p. 1,15. Consultado: junio 15 de 2019]. Disponible en Internet:https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 266 (25, Enero, 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [En línea]. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1996.No. 42.710. p.1-8 Consultado: junio 15 de 2019]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 256 (5, Febrero, 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 línea]. Bogotá: El Ministerio, 2016. p. 1. [Consultado: junio 12 de 2016]. Disponible en Internet: https://normograma.info/invima/docs/pdf/resolucion_minsaludps_0256_2016.pdf.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud y la unidad sectorial de normalización. Decreto 1011 (3, Abril ,2006). [en línea]. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2016. p.1,4,5 [Consultado: junio 15 de 2019]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>

GAITÁN, Hernando et al. Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el instituto materno infantil de Bogotá, Colombia. 2002 – 2003. En: Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [En línea].Bogotá: universidad nacional de Colombia, febrero-marzo de 2005, nro. 18 p. [consultado: 3 de octubre de 2019].Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a03.pdf>. ISSN 0034-7434.

GENES HERNANDEZ, Ana. Estudio descriptivo retrospectivo, con enfoque cuantitativo, Infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos en una institución de segundo nivel en el año 2017: Determinar el comportamiento y los principales factores que conllevan a la aparición de infecciones. Colombia, 2017, 14 p. trabajo de grado para obtener título universitario. Universidad de córdoba Colombia. Facultad Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería.

GONZÁLEZ, Cristina; SANTOS, Jesús y MARTINEZ, Gregorio. Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado. En: Educación médica superior [en línea]. Monterrey: Hospital Militar de Especialidades de la mujer y Neonatología, octubre-noviembre de 2013. Vol. 28, nro. 1. p. 84-91. [consultado: 15 de diciembre de 2019]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100010. ISSN 0864-2141

GOMEZ, Olga et al. Cultura de seguridad del paciente por personal de Enfermería en Bogotá, Colombia. En: revista ciencia y Enfermería [en línea].Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, diciembre de 2011, nro. 97. p. 97 [consultado: 14 de diciembre de 2019]. Disponible en

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300009&script=sci_arttext&lng=en.
ISSN 0717-2079.

HAMMURABI. El código de Hammurabi. 1728. 215-222 p.55-57 [Consultado el 3 de junio de 2019] disponible en: <https://www.ellibrototal.com/ltotal/?t=1&d=9002>

JIMÉNEZ.F Rosa et al ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? En: anales de medicina interna. [En línea]. Madrid: Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. España, octubre 2005, nro. 518 p. 17 [consultado: 3 de octubre de 2019]. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v22n11/original2.pdf>

KOHN, Linda T; CORRIGAN M., Janet and DONALDSON, Molly S. To Err Is Human: Building a Safer Health System. [online]. In: National academy press Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. Washington, D.C. Committee on Quality of Health Care in America. Instituto of. Medicine 1999 vol. 12, no. 4, p. 9.[Consultado: 03 de junio de 2019]. Disponible en Internet: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14460_recurso_1.pdf

LEÓN ROMÁN, Carlos Agustín. La seguridad de paciente, una responsabilidad en el acto de cuidado. [En línea]. En: reflexión y debate: revista cubana de Enfermería. Hospital clínico quirúrgico "hermanos Ameijeiras". Julio- sep de 2006, vol. 22, no. 22, p.1-2-7. [Consultado: 27 de mayo de 2019]. Disponible en Internet: http://scielo.osld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300007&script=sci_arttext&lng=en ISSN0864

MEJIA LOPERA, M^a Eugenia. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. [en línea]. En: Índex de Enfermería. Universidad de Antioquia, Colombia. Julio-sep.2008, no.3, p1.[Consultado: 26 de Mayo de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962008000300010&lng=es&nrm=iso. ISSN 1699-5988

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria, (online). [Consultado el 28 de enero de 2020] disponible en: https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, (online). Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf [Consultado el 3 de junio de 2019]

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Sistema de notificación de incidentes; online, [consultado 28 de enero de 2020] disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/HSS-HS-SistemasIncidentes-2013.pdf>

REYES GÓMEZ, Eva Fundamentos de Enfermería: Ciencia, metodología y tecnología: [en línea]. 2 ed. México: EL MANUAL MODERNO, 2015 .[consultado el 21 de mayo de 2017]. Disponible en Internet: Base de datos google en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zO4VCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT23&dq=%22seguridad+del+paciente%22+%22practica+institucional%22&ots=PLd7sLyeYR&sig=QiHdnLPW-D72bPKUc3UDYqBOKPY#v=onepage&q&f=false>. Versión electrónica ISBN: 978-607-948-493-9

RODRÍGUEZ, Robinson; LOSARDO, Ricardo. Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS [en línea]. En: Revista de la Asociación Médica Argentina. Universidad Santa Paula. Diciembre de 2018, Vol. 131, no.4, p.28.[Consultado: 03 de junio de 2019]. Disponible en Internet: https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf

S, Tomas y GIMENA, I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. En: Anales del Sistema Sanitario de Navarra. [en línea]. Pamplona: Servicio de Urgencias. Hospital Municipal de Badalona. Serveis Assistencials de España de 2010, nro. 8 p. 140 [consultado: 3 de octubre de 2019]. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original15.pdf> ISSN 1137-6627

SERRANO, Pilar *et al.* Factores asociados al aprendizaje clínico de los estudiantes de Enfermería en la atención primaria de salud: un estudio transversal analítico. En: *revista latino americana enfermegem* [en línea].Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, diciembre –mayo de 2016, nro. 24. 1 p. [consultado: 14 de diciembre de 2019]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02803.pdf.

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. Generalidades del Programa de Enfermería; consultado [10 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.unicordoba.edu.co/index.php/enfermeria2/generalidades/>

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. Facultad Ciencias de la Salud: Programa de Enfermería. Acreditación- Enfermería [sitio web]. Montería; [consultado: 14 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.unicordoba.edu.co/index.php/enfermeria2/acreditacion-enfermeria/>

URBINA, Omayda C. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente. En: Biblioteca virtual Scielo: Revista cubana de Enfermería. [en línea]. La Habana Cuba: Escuela nacional de salud pública. Julio-sep. De 2011, vol.27, no.3, p.239-247. [Consultado: 27 de mayo de 2019]. Disponible en Internet:http://sielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO864-03192011000300008.

VILLANUEVA, Luis *et al.* Análisis por edad y género de eventos adversos hospitalarios en personas adultas. En: Revista conamed [en línea]. México: Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico De México, Julio-septiembre de 2012, nro. 3. P.111 [consultado: 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4062769.pdf>