

**EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD,  
PRESENTADOS AL INTERIOR DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA DE  
COLOMBIA, ENTRE LOS AÑOS 2015 AL 2019**



**Edwin Zamir Cortés Poveda**

**C.C. No. 7.313.798 de Chiquinquirá. Boyacá.**

**TUTORA**

**Angelica María Valencia Vélez**

**Trabajo de grado para optar al título de Magister en Derecho Médico**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI**

**FACULTAD DE DERECHO**

**MAESTRÍA EN DERECHO MÉDICO**

**SANTIAGO DE CALI- COLOMBIA**

**2024**

## Tabla de contenido.

Lista de Tablas.	3
1. Introducción.	7
2. Cuerpo del Artículo.	13
2.1 Seguridad del Paciente.	15
2.2 Iatrogenia y Eventos Adversos.	16
2.3. Daño en la Praxis Médica y el Derecho Médico.	17
2.4 Riesgo en Salud y Modelo del Queso Suizo.	18
2.5. Protocolo de Londres y Cultura de Seguridad del Paciente.	18
2.6. Estudio Nacional sobre Sucesos Adversos (ENEAS).	19
2.7. El Estudio IBEAS.	20
3. Conclusiones.	20
3.1. Cuantificación e identificación de las fallas presentadas (2015 al 2019).	21
3.1.1. Incidencias de Fallas Encontradas en los Periodos Estudiados: Fallas que se repiten todos los años.	25
3.1.2. Fallas que se repiten en cuatro periodos de los cinco años analizados.	26
3.1.3. Fallas que se repiten en tres periodos de los cinco años analizados.	27
3.1.4. Fallas que se repiten en dos periodos de los cinco años analizados.	28
3.1.5. Conclusiones frente a las fallas (2015 al 2019).	29
3.2. Cuantificación de las fallas presentadas de acuerdo con el turno de trabajo ya sea en la mañana, la tarde o la noche (2015 al 2019)	31
3.3. Cuantificación e Identificación de las fallas presentadas de acuerdo con el sexo: Masculino o Femenino (2015 al 2019).	32
3.4. Cuantificación de las fallas presentadas de acuerdo con la frecuencia de eventos por servicio (2015 al 2019)	33
3.4.1. Conclusiones frente al registro de Eventos Adversos por Servicio en un Hospital: Frecuencia y Tendencias (2015-2019).	35
3.5. Cuantificación de las fallas presentadas de acuerdo con la edad de las personas (2015 al 2019).	36

3.6. Clasificación de las fallas presentadas según la causalidad del evento: Prevenible, No prevenible. (2015 al 2019)	37
3.7. Clasificación de las fallas presentadas de acuerdo con la severidad del evento: Evento Adverso Leve, Moderado, Severo, Centinela y Complicaciones e Incidente (2015 al 2019)	38
4. Bibliografía.	40

### **Listado de Tablas**

1. Tabla 1: Fallas o Eventos Adversos Identificados (2015 al 2019)	22
2. Tabla 2: Fallas Recurrentes en Cinco de los Cinco Períodos Analizados	25
3. Tabla 3: Fallas Recurrentes en Cuatro de los Cinco Períodos Analizados	26
4. Tabla 4: Fallas Recurrentes en Tres de los Cinco Períodos Analizados	27
5. Tabla 5: Fallas Recurrentes en Dos de los Cinco Períodos Analizados.	28
6. Tabla 6: Frecuencia de Eventos Adversos según Turno de Trabajo (2015-2019).	31
7. Tabla 7: Frecuencia de Eventos Adversos Según Sexo (2015-2019).	32
8. Tabla 8: Análisis de Eventos Adversos por Servicio: Frecuencia y Tendencias (2015-2019) - Parte 1.	33
9. Tabla 9: Análisis de Eventos Adversos por Servicio: Frecuencia y Tendencias (2015-2019) -Parte 2.	34
10. Tabla 10: Distribución de Eventos Adversos por Grupo Etario (2015-2019).	36
11. Tabla 11: Cuantificación de las Fallas Presentadas según Causalidad del Evento (2015-2019).	38
12. Tabla No 12. Clasificación de las fallas presentadas de acuerdo con la severidad del evento: Evento Adverso Leve, Moderado, Severo, Centinela y Complicaciones e Incidente (2015 al 2019).	39

EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD,  
PRESENTADOS AL INTERIOR DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA DE  
COLOMBIA, ENTRE LOS AÑOS 2015 AL 2019.

ADVERSE EVENTS IN HEALTHCARE SERVICE DELIVERY, OCCURRED  
WITHIN THE CENTRAL HOSPITAL OF THE COLOMBIAN POLICE, BETWEEN THE  
YEARS 2015 AND 2019

Edwin Zamir Cortés Poveda<sup>1</sup>

## Resumen

La escasez de investigaciones sobre eventos adversos en el Hospital Central de la Policía Nacional (HOCEN) en Bogotá D.C, ha motivado este estudio, cuyo propósito es analizar la distribución y naturaleza de estos eventos ocurridos entre 2015 y 2019. Se pretende aportar nuevos conocimientos académicos para respaldar la creación de herramientas destinadas a mejorar la calidad del servicio de salud ofrecido a más de 608.144 afiliados. La falta de investigaciones impacta en la formulación de políticas de Seguridad y Salud para los pacientes, afectando su atención médica. Presentar esta información permite a la entidad diseñar planes para promover el bienestar del paciente y reducir riesgos para el personal.

La metodología empleada es mixta, observacional mediante un estudio descriptivo, con temporalidad retrospectiva que combinó enfoques cuantitativos y cualitativos. Se utilizan herramientas estadísticas para analizar patrones y tendencias, mientras que la investigación cualitativa se enfoca en examinar las causas subyacentes de los eventos adversos. Los datos se obtienen de informes trimestrales digitales, preservando la confidencialidad de los pacientes.

---

<sup>1</sup> Estudiante del programa de Maestría en Derecho Médico. Trabajo elaborado para optar al título de Magister en Derecho Médico. Tutora: Dr. Angelica María Valencia Vélez- Universidad Santiago de Cali, 2024.

Los resultados revelan diversas categorías de fallas recurrentes, especialmente aquellas que se repiten en todos los períodos, representando un porcentaje significativo del total de eventos adversos registrados. Además, se observa una distribución significativa según el turno de trabajo y la edad de las personas afectadas. Se clasifican los eventos según su causalidad y severidad, resaltando la importancia de una gestión integral de la seguridad del paciente.

Esta investigación es crucial para mejorar la calidad y seguridad en la atención médica, beneficiando tanto al Hospital Central como a la atención médica en la fuerza pública colombiana en general al tener un referente único y de gran cobertura.

### **Palabras Clave**

Seguridad del Paciente, Evento adverso, Evento adverso prevenible y no prevenible, Error o falla, Infracción, Daño asociado a la atención sanitaria, Política de mitigación, Seguridad del paciente, Incidente relacionado con la seguridad del paciente, Iatrogenia, Modelo del queso suizo, Protocolo de Londres.

### **Abstract**

The scarcity of research on adverse events at the Central Hospital of the National Police (HOCEN) in Bogotá D.C. has motivated this study, aimed at analyzing the distribution and nature of these events occurring between 2015 and 2019. The goal is to contribute new academic knowledge to support the development of tools aimed at improving the quality of healthcare services provided to over 608,144 affiliates. The lack of research impacts the formulation of Health and Safety policies for patients, affecting their medical care. Presenting this information allows the entity to design plans to promote patient well-being and reduce risks for staff.

The methodology employed is mixed, observational through a descriptive study, with retrospective temporality that combined quantitative and qualitative approaches. Statistical tools are used to analyze patterns and trends, while qualitative research focuses on examining the underlying causes of adverse events. Data is obtained from quarterly digital reports, preserving patient confidentiality.

Results reveal various categories of recurring failures, especially those repeated in all periods, representing a significant percentage of the total adverse events recorded. Additionally, a significant distribution is observed according to work shift and the age of the affected individuals. Events are classified according to their causality and severity, highlighting the importance of comprehensive patient safety management.

This research is crucial for improving the quality and safety of medical care, benefiting both the Central Hospital and medical care in the Colombian public force in general by providing a unique and extensive reference.

### **Keywords**

Patient Safety, Adverse Event, Preventable and Non-preventable Adverse Event, Error or Failure, Breach, Healthcare-Associated Harm, Mitigation Policy, Patient Safety, Patient Safety Incident, Iatrogenesis, Swiss Cheese Model, London Protocol.

## 1. Introducción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado liderando una iniciativa crucial para abordar uno de los desafíos más apremiantes en el ámbito de la salud: la seguridad del paciente. Reconociendo la importancia de fortalecer los sistemas de atención médica para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, la OMS ha instado a los países a realizar investigaciones exhaustivas que contribuyan al desarrollo de políticas y estrategias efectivas en este sentido (Organización Mundial de la Salud OMS, 2019, pág. 4). Los eventos adversos, que lamentablemente representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (OMS, 2019, pág. 2), han llevado a la OMS a lanzar un Plan de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente para el período 2021-2030. Este plan, que consta de siete objetivos estratégicos bien definidos, aborda aspectos fundamentales como la formulación de políticas destinadas a eliminar los daños evitables en la atención médica, la promoción de sistemas de alta fiabilidad, la mejora de la seguridad en los procesos clínicos, la participación activa de los pacientes y sus familias, la formación y capacitación del personal de salud, la gestión efectiva de riesgos, así como la promoción de la colaboración y solidaridad en todos los niveles del sistema de salud (OMS, 2022).

Esta iniciativa global no solo busca abordar los problemas inmediatos relacionados con la seguridad del paciente, sino que también tiene como objetivo fundamental promover un cambio significativo y sostenible en la forma en que se proporciona la atención médica en todo el mundo. Cada uno de los objetivos establecidos en el Plan Mundial 2021-2030 permite a los países miembros, a través de sus respectivos Ministerios de Salud, integrarlos en su marco legislativo y así disminuir a nivel global los daños ocasionados por una atención médica insegura, especialmente aquellos que pueden prevenirse. La misión de este plan es “impulsar políticas, estrategias y acciones fundamentadas en la ciencia, la experiencia de los pacientes, el diseño de sistemas y las alianzas, con el fin de eliminar todas las fuentes de riesgo y daño evitable tanto para los pacientes como para el personal de salud” (OMS, 2022, pág. 8).

Desde hace varios años se ha reconocido que los eventos adversos son “la principal causa de morbilidad a nivel global en algunos países en desarrollo” (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2007, pág. 23). Por lo tanto, es imperativo realizar una mayor cantidad de investigaciones, tal como lo indica el objetivo estratégico número 6 del Plan de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2021-2030. En Colombia, esta responsabilidad recae en el Ministerio de Salud y la Protección Social, que emitió por primera vez los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente" (Ministerio de la Protección Social, 2008, pág. 13). cuyos objetivos<sup>2</sup> son adoptados por los proveedores de servicios de salud a nivel nacional.

En el ámbito de la Seguridad del Paciente, el control de eventos o efectos adversos (EA) se aborda mediante la implementación de políticas institucionales respaldadas por estudios internacionales. Ejemplos notables incluyen el ENEAS 2005, llevado a cabo en 24 hospitales en España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), y el estudio IBEAS, realizado en Latinoamérica. Este último describe los eventos adversos derivados de la atención médica en “35 hospitales distribuidos en cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, a través del análisis de los efectos adversos identificados” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010). Se destaca que la mayoría de estos eventos son considerados evitables o prevenibles.

En el contexto colombiano, los prestadores de servicios de salud tienen la imperativa tarea de elevar continuamente la calidad de la atención que ofrecen. Este mandato está respaldado por los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente a través del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) según lo estipulado en el Decreto 780 del año 2016. Es importante destacar que, si bien esta normativa es de carácter obligatorio para la mayoría de los prestadores, para los regímenes de excepción existe la opción de adherirse de

---

<sup>2</sup> Objetivos “1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura, 2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes, 3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud, 4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles,. 5. Homologar la terminología a utilizar en el país, 6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos, 7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente, 8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control, del sistema” (Ministerio de la Protección Social, 2008, Noviembre, pág. 13).

manera voluntaria (Decreto 780, 2016, pág. 148). Este escenario plantea un desafío particular para las Fuerzas Militares y de Policía, que, si bien no están legalmente vinculadas al SOGCS, deben cumplir de igual forma con lo establecido en los indicadores de calidad relacionados en el SOGCS (Ministerio de salud y la Protección Social, 2016). Dado que las Fuerzas Militares y de Policía no están obligadas al SOGCS, cada entidad debe generar políticas internas relacionadas con la Seguridad del Paciente, que incluyan la creación de barreras o políticas que impidan el crecimiento y la eliminación de los eventos adversos en la prestación del servicio de salud. Por consiguiente, es necesario y de gran importancia realizar investigaciones que permitan identificar las causas generadoras del EA como fuente de la problemática y abrir la posibilidad a propuestas innovadoras que consoliden la calidad de los servicios de salud en la Policía Nacional de Colombia.

El presente artículo está limitado a realizar investigaciones que contribuyan a mejorar la calidad del servicio asistencial proporcionado por los prestadores del servicio de salud en los regímenes de excepción, establecidos en la normativa colombiana, especialmente en virtud de la Ley 100 de 1993. En particular, nos enfocaremos en el sistema de salud de la Policía Nacional, el cual está regulado por la Ley 352 de 1997. Según lo establecido en el Decreto 1795 de 2000, este subsistema de salud está bajo la administración de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (DISAN), tal como se especifica en su normatividad interna (Resolución 03523, pág. 32). Asimismo, de acuerdo con lo dispuesto por la Dirección General de la Policía Nacional (Resolución 0267, 2023), dicho servicio se encuentra desplegado en todo el país a través de centros de atención, siendo el Hospital Central de la Policía Nacional (HOCEN) ubicado en la ciudad de Bogotá D.C, (siendo una entidad con independencia administrativa y financiera según lo establecido en la Resolución 00283 de 2017). Actualmente, el HOCEN se destaca como un referente en la prestación de servicios de salud de alta complejidad dentro de esta institución.

En relación con la escasa investigación sobre la evaluación de las causas de eventos adversos en el (HOCEN), se destaca un único estudio que abarcó el período de enero de 2012 a diciembre de 2013. Este estudio, llevado a cabo por Ruiz y Vargas en

2015, registró 189 eventos adversos y se centró en el fortalecimiento de la seguridad del paciente mediante la implementación de estrategias específicas, identificando variables de eventos adversos o fallas. Ruiz (2015) destacó la creación de la Oficina de Garantía y Calidad en el Hospital Central de la Policía, así como la formación de Comités de Seguridad al Paciente, compuestos por diversos profesionales de la salud. Además, se identificó un aumento significativo en incidentes como “Caída de Pacientes, Flebitis, Infecciones y Desalojo de Accesos Vasculares, así como Errores en la Administración de Medicamentos y Nutriciones Parenterales”. Estos eventos adversos fueron más frecuentes en los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Hospitalización y Ortopedia (Ruiz & Vargas, 2015, pág. 70). Que al compararlo con el presente estudio estas variables continúan vigentes y aumentadas como se destaca en las tablas de información aportadas en las conclusiones durante los cinco periodos analizados del HOCEN.

Al notar la escasez de estudios académicos en Colombia sobre las causas de eventos adversos en el Hospital Central de la Policía Nacional entre 2015 y 2019, es evidente la urgencia de realizar investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas. Estos estudios son esenciales para la formulación de políticas destinadas a mitigar estos eventos. Por lo tanto, el objetivo principal de este artículo es analizar la distribución<sup>3</sup> y naturaleza<sup>4</sup> de los eventos adversos ocurridos en el Hospital Central de la Policía Nacional durante el período mencionado. Además, se busca identificar los tipos más comunes de eventos adversos, determinar su frecuencia por turno laboral, analizar su distribución por género de los pacientes, evaluar su frecuencia por servicio hospitalario, investigar la relación entre la edad de los afectados y la ocurrencia de eventos adversos, y explorar las causas subyacentes y la severidad de estos.

Este análisis no solo brindará a la entidad información crucial para mejorar y enfocar las políticas, planes y programas de Seguridad del Paciente, sino que también tendrá un impacto significativo en el ámbito académico y en la seguridad y salud de los pacientes. Además de beneficiar a la institución en términos de optimización de recursos

---

<sup>3</sup> El término de Distribución está enfocado al análisis de cómo están distribuidos los eventos adversos en términos de frecuencia, porcentaje y tipo.

<sup>4</sup> Con relación a la Naturaleza corresponden a examinar las características específicas de cada evento adverso, como su gravedad, causa subyacente y circunstancias asociadas.

y fortalecimiento de la calidad del servicio de salud ofrecido a más de 608.144<sup>5</sup> afiliados (Sanidad, 2024, pág. 17), al tener un referente informativo de base que le permita implementar políticas de mitigación. Además, este estudio contribuirá significativamente al avance del conocimiento científico en el campo de la seguridad del paciente en el régimen especial de la fuerza pública, donde la investigación es escasa, como se ha mencionado anteriormente.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo de manera sistemática y ética, bajo la autorización del Comité Técnico Científico de la entidad y por supuesto de la universidad que nos avala. Se destacó el uso de reportes trimestrales digitales de eventos adversos, los cuales fueron proporcionados por el Hospital Central de la Policía Nacional (HOCEN) para los análisis correspondientes. Es importante resaltar que estos informes no contenían información que identificara a pacientes o personas específicas, garantizando así la confidencialidad y protección de los derechos fundamentales y la ética.

Para el análisis de los datos recopilados, se utilizó una metodología mixta, observacional mediante un estudio descriptivo, con temporalidad retrospectiva que combinó enfoques cuantitativos y cualitativos. En cuanto a los análisis cuantitativos, se llevaron a cabo exhaustivos estudios estadísticos utilizando herramientas como Excel. Estos análisis permitieron identificar patrones, tendencias y la frecuencia de los eventos adversos a lo largo de los cinco años de estudio, así como explorar su distribución según variables como género, edad y servicios específicos del hospital.

El análisis se orientó en parte con en el estudio ENEAS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) utilizado como referencia para contextualizar los resultados obtenidos. Cabe destacar que se consideraron todas las cifras de casos reportados cada año, sin distinción alguna por parte de la entidad, garantizando así la objetividad y rigurosidad del análisis.

---

<sup>5</sup> Los usuarios del servicio de salud en la Policía Nacional no solo se incluyen los miembros activos, sino también a los pensionados, a los integrantes de la reserva activa y a sus familias, clasificados en titulares, beneficiarios y no cotizantes que para el año 2023 había 608.144 afiliados.

En vista de lo anterior, la pregunta de investigación que guiará este estudio fue la siguiente: ¿Cuál es la distribución y naturaleza de las fallas y eventos adversos en el Hospital Central de la Policía Nacional, considerando factores como el turno laboral, género de los pacientes, frecuencia por servicio, edad de los afectados, causalidad y severidad? La respuesta a esta pregunta contribuirá significativamente, al suministrar a la institución la base necesaria para desarrollar sus propias políticas internas, con el fin de mejorar la calidad y seguridad en la atención médica.

En resumen, el artículo se sumerge en un análisis exhaustivo de los eventos adversos en la atención médica, específicamente en el Hospital Central de la Policía de Colombia durante el periodo de 2015 a 2019. La investigación se basa en un enfoque metodológico ecléctico, que amalgama análisis cuantitativos y cualitativos para ofrecer una visión holística. La recopilación de datos se reitera, fue mediante informes trimestrales digitales, garantizando la confidencialidad de los pacientes. La estructura de la investigación se articula en torno a la presentación de resultados claves y conclusiones esenciales. Se inicia con una introducción que contextualiza el tema y establece los objetivos de la investigación. Luego, se profundiza en la metodología empleada, que abarca desde el análisis estadístico de tendencias hasta la exploración cualitativa de las causas subyacentes de los eventos adversos. Los hallazgos más significativos se destacan en secciones específicas, resaltando la incidencia y clasificación de las fallas identificadas a lo largo de los cinco años de estudio mediante tablas informativas. El cuerpo del artículo se desglosa en varias secciones temáticas, incluyendo la seguridad del paciente, iatrogenia, teoría del daño en la praxis médica y el derecho médico, riesgo en salud y modelo del queso suizo, protocolo de Londres y cultura de seguridad del paciente, y el Estudio Nacional sobre Sucesos Adversos (ENEAS), entre otros. Finalmente, se concluye con información cuantitativa en tablas y una síntesis que subraya las implicaciones de los resultados y sugiere posibles políticas de mitigación para mejorar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Es importante señalar que la complejidad del análisis de datos representó un desafío significativo, requiriendo un examen minucioso para extraer conclusiones precisas y pertinentes para los prestadores del servicio de salud.

## 2. Cuerpo del Artículo.

La seguridad del paciente emerge como un imperativo global en el ámbito de la salud, liderado por iniciativas como la promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En consonancia con esta premisa, el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 representa un hito crucial en la búsqueda de sistemas de atención médica más seguros y eficaces. La OMS, reconociendo la magnitud de los eventos adversos, que lamentablemente constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, insta a los países a realizar investigaciones profundas para respaldar el desarrollo de políticas y estrategias efectivas. Este llamado resalta la importancia de un enfoque global para abordar los desafíos inherentes a la seguridad del paciente, buscando eliminar los daños evitables en la atención médica y promoviendo sistemas de alta fiabilidad que garanticen la calidad y seguridad en los procesos clínicos.

En el contexto colombiano, la seguridad del paciente adquiere una relevancia particular, siendo reconocida como un pilar fundamental para elevar la calidad de la atención médica. El Ministerio de Salud y Protección Social ha desempeñado un papel crucial al emitir los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente", marcando un hito en la promoción de prácticas seguras en los servicios de salud del país. Estos lineamientos, adoptados por los proveedores de servicios de salud a nivel nacional, reflejan el compromiso del gobierno colombiano con la mejora continua en la seguridad del paciente. Además, la legislación vigente, como el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) establecido por el Decreto 780 de 2016, proporciona un marco normativo sólido para promover la seguridad del paciente en todas las instituciones de salud del país. Sin embargo, es importante destacar que, si bien el SOGCS es obligatorio para la mayoría de los prestadores de servicios de salud, existen regímenes de excepción, como las Fuerzas Militares y de Policía, que deben cumplir con los indicadores de calidad relacionados, aunque de manera voluntaria. Esta situación plantea desafíos únicos para estas instituciones en términos de implementación de políticas internas y barreras específicas para prevenir y mitigar eventos adversos en la atención médica.

En el ámbito del Hospital Central de la Policía Nacional de Colombia (HOCEN), la seguridad del paciente emerge como un área crítica que requiere una atención especializada. La singularidad de esta institución, que opera dentro del régimen especial de salud de la Policía Nacional, resalta la necesidad de investigaciones específicas que aborden los eventos adversos ocurridos en su seno. A pesar de los esfuerzos previos, como el estudio realizado por Ruiz y Vargas en 2015, que identificó 189 eventos adversos y destacó la importancia de fortalecer la seguridad del paciente, persiste una escasez de investigaciones académicas en este contexto particular. Es evidente la urgencia de llevar a cabo investigaciones cuantitativas y cualitativas que analicen en profundidad los eventos adversos en el HOCEN durante el período comprendido entre 2015 y 2019. Estas investigaciones no solo contribuirán al avance del conocimiento académico en el campo de la seguridad del paciente, sino que también proporcionarán a la institución información crucial para mejorar sus políticas internas y promover una atención médica más segura y de mayor calidad para sus miles de usuarios.

La falta de estudios previos en este ámbito específico resalta la necesidad urgente de realizar investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas para comprender mejor la naturaleza y distribución de los eventos adversos en esta institución de salud. Estas investigaciones son fundamentales para informar el desarrollo de políticas y estrategias que aborden eficazmente estos desafíos y mejoren la calidad y seguridad de la atención médica proporcionada por el HOCEN. Por lo tanto, el objetivo principal de este artículo es realizar un análisis exhaustivo de los eventos adversos ocurridos en el Hospital Central de la Policía Nacional durante el período mencionado, con el fin de identificar los tipos más comunes de eventos adversos, analizar su distribución según variables como el turno laboral, el género de los pacientes y los servicios hospitalarios, y explorar las causas subyacentes y la severidad de estos eventos. Este análisis proporcionará información valiosa que no solo beneficiará a la institución en términos de mejora de la calidad del servicio de salud, sino que también contribuirá al avance del conocimiento académico en el campo de la seguridad del paciente.

Dentro del marco de la investigación sobre Eventos Adversos (EA) en el ámbito de la salud, el presente trabajo se adentra en un análisis detallado de los eventos

adversos ocurridos en el Hospital Central de la Policía Nacional de Colombia (HOCEN) durante el periodo comprendido entre los años 2015 y 2019, La singularidad de la investigación radica en que el HOCEN opera dentro del régimen especial de salud de la Policía Nacional, un área de estudio aún más limitada en términos de investigaciones previas. La falta de evidencia académica específica para este subsistema de salud destaca la necesidad apremiante de generar información relevante que respalde la formulación de políticas y estrategias de seguridad y salud.

El objetivo principal de este proyecto es realizar análisis cuantitativos y cualitativos que permitan identificar patrones, tendencias y aspectos relevantes de los eventos adversos en el HOCEN durante el periodo mencionado. Además, se busca establecer un conjunto de objetivos específicos que aborden aspectos clave, como la frecuencia de los eventos, su distribución por género, su impacto en servicios específicos, así como la exploración de otros factores que puedan influir en su ocurrencia y su relación con diferentes grupos de edad.

La relevancia de este estudio se manifiesta en su capacidad para identificar y abordar áreas críticas que requieren atención y mejoras dentro de la institución. Al proporcionar un análisis detallado de las causas subyacentes de los eventos adversos, este trabajo no solo contribuirá al avance del conocimiento académico, sino que también servirá como un motor para impulsar iniciativas internas que promuevan la calidad de la atención y la seguridad del paciente en el Hospital Central de la Policía Nacional (HOCEN), así como en otras instituciones de salud que formen parte del régimen especial, por consiguiente es necesario referenciar conceptos teóricos relacionadas con estos temas. Por lo tanto, su limitación radica en que la fuente investigativa se limita únicamente a los eventos adversos o fallas presentadas en el servicio del HOCEN.

## **2.1 Seguridad del Paciente:**

El término "Seguridad del Paciente" se relaciona con la ausencia de daños prevenibles durante la atención sanitaria, buscando reducir al mínimo los riesgos

innecesarios (OMS, 2019). El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente (2021-2030) destaca la importancia de investigaciones para evaluar sistemas de autorización y regulación (Salud, 2022). (Organización Mundial de Salud, 2009, pág. 16).

Algunos autores como Sinisterra y Borja (2019) indican que “En el ámbito nacional, según estudios antiguos sobre la seguridad del paciente, encontramos que, Parra, Camargo Figuera y Gómez (2012) reportan que se presentaron 23 eventos por cada 100 pacientes, 10 flebitis por cada 100 pacientes, 12 úlceras por presión por cada 100 pacientes y una caída por cada 100 pacientes; mientras que Villarreal, Lozano, Mendoza, Montenegro y Olarte (2014), advierten que, en una unidad de cuidados intensivos, las tres primeras causas de eventos adversos fueron: la infección nosocomial (25%), úlceras por presión (18%) y la neumonía asociada a ventilación mecánica (16%)” (Sinisterra & Borja, 2019, pág. 30), los cuales son constantes en las instituciones prestadoras de salud.

## **2.2. Iatrogenia y Eventos Adversos:**

La iatrogenia, un fenómeno social arraigado en la práctica médica desde tiempos remotos, constituye una preocupación continua en la atención sanitaria contemporánea. Este término, acuñado por primera vez por Eugen Bleuer en 1924, se refiere a los daños provocados por la intervención médica, ya sea a través de medicamentos, procedimientos quirúrgicos u otros tratamientos, realizados con una indicación correcta y un criterio justo. El concepto de iatrogenia abarca tanto los efectos negativos físicos como los psicológicos, resaltando la importancia de una comprensión integral de los riesgos asociados con la práctica médica. Diversos estudios y autores han profundizado en la naturaleza y las implicaciones de la iatrogenia, destacando la necesidad de una formación ética y moral en los profesionales de la salud, así como la importancia de estrategias preventivas para mitigar sus efectos adversos en la calidad de vida de los pacientes. (Gómez et al., 2020).

### 2.3. Daño en la Praxis Médica y el Derecho Médico:

Desde la práctica médica, la teoría del daño se enfoca en la identificación, análisis y prevención de eventos adversos y daños evitables que pueden ocurrir durante la atención médica. Es crucial que estos daños no sean intencionales, siguiendo los principios de la *lex artis* (Gómez, Soler, Mendez, & Reyes, 2020). Es importante destacar que estos daños pueden afectar no solo al paciente, sino también a su familia, quienes pueden experimentar repercusiones no solo en su bienestar psicológico, sino también en las circunstancias personales o sociales que rodean al paciente (Hidalgo, 2001).

En el ámbito del derecho médico, la teoría del daño se centra en la responsabilidad legal de los proveedores de atención médica y las repercusiones jurídicas asociadas a los eventos adversos y daños sufridos por los pacientes. Esto se materializa a través de procesos legales y sanciones en caso de que se produzcan incumplimientos normativos o negligencia por parte de los proveedores de atención médica (Martínez, 2019).

La Dirección de Sanidad informó<sup>6</sup> que, desde el año 2015 hasta 2023, el Hospital Central de la Policía Nacional ha registrado un total de 49 demandas, cuyas pretensiones sumadas ascienden a \$45.384.115.825,00. De igual forma indica<sup>7</sup> que, durante estos últimos ocho años, las demandas por reparación directa por prestación del servicio de salud del HOCEN se han pagado un total de \$9.717.878.995,25 por la institución policial. Las acciones de tutela contra el HOCEN por prestación del servicio, entre 2015 y 2023,

---

<sup>6</sup> La Dirección de Sanidad da respuesta el 31/10/2023 mediante el comunicado No GS-2023-070675-DISAN-ASJUR 1.10, al derecho de petición que realizó el suscrito investigador, en el que manifiesta que de acuerdo con la información extraída del aplicativo EKOGUI, las demandas interpuestas contra la Dirección de Sanidad relacionadas con el Hospital Central de la Policía Nacional son en total 49 desde el 2015 al 2023, cuyas pretensiones están distribuidas de la siguiente manera: en el 2015, hubo 2 demandas por un valor de total de \$1.008.000.000,00; en 2016, 1 demanda por \$732.940.000,00; en 2017, se presentaron 7 demandas que al ser sumadas resulta \$3.425.303.670,00; en 2018, se contabilizaron 13 demandas \$15.486.067.120,00; en 2019, 7 demandas por \$8.362.957.920,00; en 2020, 7 demandas por \$4.013.294.066,00; en 2021, 6 demandas por \$1.805.949.800,00; en 2022, 5 demandas por \$9.541.139.389,00; y en 2023, 1 demanda por \$1.008.463.860,00.

<sup>7</sup> En la misma respuesta al derecho de petición la DISAN informa que del número de demandas de reparación directa por falla medica donde está relacionado el Hospital Central de la Policía Nacional durante las vigencias 2016 a 2023, se realizaron pagos significativos siendo así que para el año 2016, se desembolsaron un total de \$768,633,350.83; en 2017, la cifra descendió a \$38,230,755.89. El año 2018 registró los mayores pagos, con un total de \$3,370,414,001.07, seguido por 2019 con \$1,250,276,301.92. En 2020, los pagos descendieron a \$526,918,943.72, mientras que en 2021 se situaron en \$1,964,235,765.18. El año 2022 contabilizó \$273,091,573.63 en pagos, y en 2023 se desembolsaron \$1,527,077,303.01.

suman un total de 795<sup>8</sup>, de las cuales 352<sup>9</sup> fueron a favor del accionante y 218<sup>10</sup> fueron negadas. Por otro lado, se decretaron 201<sup>11</sup> desacatos en contra de la entidad.

#### **2.4. Riesgo en Salud y Modelo del Queso Suizo:**

La disminución de eventos adversos se relaciona directamente con el control de riesgos. El modelo del queso suizo, impulsado por James T. Razón, ilustra cómo varias fallas alineadas pueden llevar a la ocurrencia de eventos adversos, (Velasquez & Vega, 2015, pág. 12), siendo esta metodología tenida en cuenta en la generación de políticas por parte de los prestadores del servicio de salud en Colombia y otros países, incorporada a través de las instituciones encargadas para tal fin (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

#### **2.5. Protocolo de Londres y Cultura de Seguridad del Paciente:**

El Protocolo de Londres, adoptado en Colombia, proporciona una guía para investigar incidentes clínicos, sin atribuir juicios punitivos, lo cual favorece la

---

<sup>8</sup> En esta misma respuesta se indica que las acciones de tutela contra el HOCEN relacionadas con la prestación de servicios se han mantenido entre los años 2015 y 2023. El año con el mayor número de acciones de tutela fue 2023, alcanzando un total de 165 casos. Le sigue el año 2021, que registró 107 acciones de tutela, seguido por 2019 con 105 casos. En 2022, se presentaron 93 acciones de tutela, mientras que en 2017 el número aumentó a 90. En 2015 se presentaron 75 acciones de tutela, seguido por 2018 con 56 casos y 2020 con 54 casos. En 2016, el número de tutelas fue de 50. Estos datos reflejan la persistencia de las acciones relacionadas con la prestación de servicios y la necesidad de respuesta por parte del HOCEN ante las solicitudes de protección de derechos por parte de los accionantes.

<sup>9</sup> De acuerdo con la información suministrada por la Dirección Nacional de Sanidad de la Policía Nacional (DIRAN), durante el período de 2015 a 2023, se observa una variación en el número de acciones de tutela a favor del accionante en el HOCEN. El año con el mayor número de acciones de tutela a favor del accionante fue 2023, con un total de 106 casos, seguido por el año 2017, donde se presentaron 54 acciones de tutela a favor del accionante. Le siguen en orden descendente el año 2021, que registró 40 casos, y el año 2022 con 39 casos. En 2018, se contabilizaron 34 casos, seguidos por 2016 con 27 casos y 2015 con 24 casos. Los años con menos casos fueron 2020, con 16 casos, y 2019, con 12 casos.

<sup>10</sup> Durante el período de 2015 a 2023, se evidencia la negación de acciones de tutela al accionante por parte del señor Juez relacionadas con la prestación del servicio del HOCEN. La mayor cantidad de tutelas negadas por parte del señor Juez se registró en el año 2023, con un total de 57 casos. Le sigue el año 2018, donde se negaron 27 tutelas, seguido por el año 2017 con 26 casos, y el año 2021 con 23 casos; mientras que en 2022 fueron 21 los casos no admitidos. En 2019, se negaron 20 acciones de tutela. En 2020, se registraron 17 acciones de tutela negadas, seguidas por 16 en 2016 y 16 en 2017. Finalmente, en 2015 se negaron 12 tutelas. Estos datos ponen de manifiesto la respuesta del ente judicial frente a las solicitudes de los accionantes, al no conceder la pretensión de sus presuntos derechos violados en relación con los servicios prestados por el HOCEN.

<sup>11</sup> Durante el período de 2015 a 2023, se observa una variación en el número de casos de desacato relacionados con la prestación de servicios en HOCEN, según datos proporcionados por la DIRAN. El año 2023 se destaca con la mayor prevalencia de casos de desacato, alcanzando un total de 55. Le sigue el año 2018, con 39 casos de desacato reportados. En 2019, se registraron 25 casos de desacato, mientras que en 2022 se contabilizaron 20 casos. En 2016, se reportaron 19 casos de desacato, seguido por 2015 con 16 casos. Por otro lado, en 2020 y 2021 se registraron 14 y 13 casos de desacato respectivamente. Lamentablemente, no se disponen de datos para el año 2017. La suma total de casos de desacato durante este período asciende a 201. Un desacato emitido por un juez implica una orden judicial incumplida, lo que de persistirse en ello el representante de la entidad accionada puede sancionarse, entre otras con arresto al representante legal de la entidad.

identificación rápida de causas y soluciones (Amaya, 2009, pág. 10). Además, se ha reconocido que los sistemas de reportes de incidentes de seguridad del paciente no pueden operar de manera aislada, sino que deben complementarse con otras herramientas, como la herramienta de detección de indicadores de eventos adversos Global Trigger Tools (GTT) y metodología trazadora.

Su verdadero impacto no solo radica en permitir una gestión estratégica de los incidentes, sino en fomentar un cambio cultural que promueva la detección proactiva de incidentes y el compromiso con el cambio y las mejoras (Amaya, 2009, pág. 10), teniendo en cuenta que a medida que estos sistemas se implementan, el aumento en el número de reportes se celebra en las instituciones de salud como indicador de una mayor conciencia y disposición del personal para detectar y comunicar incidentes. Sin embargo, con el tiempo y la actualidad, se hace necesario priorizar el tratamiento de los incidentes utilizando criterios específicos como diagramas de Pareto o matrices de gravedad e impacto, que incluyan otros aspectos en la investigación de las fallas o errores en la prestación de la salud (Ariel, 2018).

## **2.6. Estudio Nacional sobre Sucesos Adversos (ENEAS):**

Investigadores preocupados por el mejoramiento de su gestión en la prestación del servicio de salud han logrado identificar causas y consecuencias determinadas; para el 2006 se publicó por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España El estudio ENEAS (Estudio Nacional de los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización), una investigación realizada en España desde el año 2005 en 24 hospitales. Este estudio se enfocó en analizar los eventos adversos derivados de la atención médica en el país. Los resultados de este estudio proporcionaron información valiosa sobre la incidencia, características y consecuencias de los eventos adversos en el entorno hospitalario español. Además, el estudio ENEAS contribuyó significativamente a la comprensión de la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica en el contexto hospitalario en España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

## **2.7. Estudio IBEAS en Latinoamérica**

El estudio IBEAS (Incidentes y Eventos Adversos en la Atención de Salud) fue una investigación relevante realizada en Latinoamérica que abordó los eventos adversos derivados de la atención médica en varios países. Este estudio se llevó a cabo en "35 hospitales distribuidos en cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú", con el objetivo de analizar y describir los efectos adversos identificados en la atención médica. Un aspecto destacado de este estudio es que la mayoría de los eventos adversos identificados fueron considerados como evitables o prevenibles. Esta investigación proporcionó información valiosa sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica en el contexto latinoamericano, contribuyendo a la comprensión de los desafíos y oportunidades para mejorar la atención sanitaria en la región (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

## **3. Conclusiones.**

La presente investigación parte del análisis del período comprendido entre 2015 y 2019, durante el cual se registraron un total de 3,520 eventos adversos en el Hospital Central de la Policía (HOCEN) de la ciudad de Bogotá, D.C. Estos eventos se distribuyeron de la siguiente manera: 321, 442, 541, 994 y 1,222 eventos adversos, respectivamente, durante cada uno de los años mencionados. En el HOCEN, el Comité de Seguridad al Paciente, integrado por el Jefe del Área Científica, el Jefe de la Oficina de Garantía de Calidad, el Jefe del Departamento de Enfermería, el Gestor del Departamento Quirúrgico, la Enfermera Jefe de Salas de Cirugía, la Instrumentadora Quirúrgica, el Jefe Interno de Salas de Cirugía y el Jefe del Departamento de Urgencias, se encargaba trimestralmente de estudiar estos eventos y proponer soluciones. Posteriormente, los reportes de los eventos adversos eran archivados tras su digitalización y caracterización, de acuerdo con los Paquetes Institucionales propuestos

por el Ministerio de Protección Social, los cuales cumplen con los lineamientos del protocolo de Londres.

Basándome en la información proporcionada por el HOCEN, se procedió a realizar una segmentación o identificación de los paquetes de datos, lo que llevó a la formulación de los siguientes postulados para el ejercicio de investigación, quedando los siguientes:

I. Cuantificación e Identificación de las fallas presentadas.

II. Cuantificación de las fallas presentadas según el turno de trabajo: mañana, tarde o noche.

III. Cuantificación de las fallas presentadas según el género: masculino o femenino.

IV. Cuantificación de las fallas presentadas de acuerdo con la frecuencia de eventos por servicio.

V. Cuantificación de las fallas presentadas de acuerdo con la edad de las personas.

VI. Clasificación de las fallas presentadas según la causalidad del evento: prevenible, no prevenible.

VII. Clasificación de las fallas presentadas de acuerdo con la severidad del evento: evento adverso leve, moderado, severo, centinela y complicaciones e incidente.

Siguiendo la estructura o marco de trabajo que permitiera abordar de manera sistemática y comprensiva las fallas identificadas en el contexto de la investigación se procede a enunciar los resultados y conclusiones obtenidas en cada una de ellas.

### **3.1. Cuantificación e identificación de las fallas presentadas (2015 al 2019).**

A partir de los reportes digitales proporcionados por la entidad, se identificaron 341 fallas o eventos adversos durante el quinquenio investigado. Esto representa un total de 3,520 casos registrados en su totalidad. Dada la extensión de estos hallazgos y con

el objetivo de comprender mejor la situación, se procederá a categorizarlos en tablas para facilitar su análisis y comprensión

Tabla 1: Fallas o Eventos Adversos Identificados (2015 al 2019).

Nro	Falla o Evento Adverso Identificado	Nro	Falla o Evento Adverso Identificado	Nro	Falla o Evento Adverso Identificado
1	Absceso en glúteo	115	Error en el reporte	229	Muestra mal rotulada
2	Acidosis respiratoria	116	Error en entrega de resultados	230	Muestra sin procesar
3	Aflojamiento dental	117	Error en la administración de medicamentos	231	Multipunción
4	Alta inadecuada	118	Error en la clasificación	232	Neumonía
5	Asalto sexual en la institución	119	Error en la entrega de resultado	233	Neumonía asociada a ventilador
6	Ascenso de nivel de anestesia	120	Error en la firma	234	Neumonía asociada a ventilador
7	Aumento de estancia hospitalaria	121	Error en la formula	235	Neumonía asociada al cuidado de la salud
8	Aumento de tiempo quirúrgico	122	Error en la identificación del paciente	236	Neumonía nosocomial
9	Autoextubacion	123	Error en la marcación de muestra	237	No acatamiento de ordenes medicas
10	BACTEREMIA	124	Error en la mezcla	238	No adherencia a protocolo
11	Bacteriemia	125	Error en la nutrición	239	No adherencia a protocolo de laboratorio
12	Barotrama	126	Error en la toma de exámenes	240	No administración de medicamentos
13	Bradicardia severa	127	Error en la toma de la muestra	241	No aplicación de los correctos
14	Caída	128	Error en la transcripción	242	No aplicación de los correctos en medicamentos
15	Caída de monitor	129	Error en los correctos	243	No aplicación de los diez correctos
16	Cancelación de cirugía	130	Error en los correctos – administración de medicamentos	244	No aplicación de medicamento
17	Cancelación de procedimiento	131	Error en nutrición	245	No atender los signos de alarma dados por el paciente
18	Celulitis	132	Error en toma de examen	246	No baño al paciente
19	Complicación	133	Error en toma de muestra de laboratorio	247	No calibración de equipo
20	Comunicación no asertiva	134	Error nutrición enteral	248	No canalizado
21	Consumo de sustancias sicoactivas	135	Escoriación de piel	249	No disponibilidad de ambulancia
22	Contaminación de nutrición	136	Examen equivocado	250	No disponibilidad de cama en UCI
23	Cuerpo extraño en el chupo	137	Examen incompleto	251	No disponibilidad de dispositivo
24	Daño de camilla	138	Examen incorrecto	252	No disponibilidad de insumo
25	Daño de equipo	139	Examen repetido	253	No disponibilidad de medicamento
26	Daño de mobiliario	140	Exodoncia accidental	254	No entrega de resultados
27	Daño de muestra de patología	141	Extravasación	255	No envío de examen completo
28	Daño en dispositivo	142	Extubación	256	No evolución medica
29	De saturación	143	Falla de catéter	257	No identificación correcta del paciente
30	Debilidad Administrativa	144	Falla en dispositivo medico	258	No identificación de la muestra
31	Debilidad con la nutrición	145	Falla en equipo	259	No inicio de nutrición
32	Debilidad con muestras de laboratorio	146	Falla en la comunicación	260	No procesamiento de muestra
33	Debilidad en autocuidado	147	Falla en sistema – rayos X	261	No registro de notas de enfermería

34	Debilidad en conteo de compresas	148	Falla Terapéutica	262	No respuesta a interconsulta
35	Debilidad en cuidados del catéter	149	Falla tubo de gastrostomía	263	No toma de laboratorio
36	Debilidad en el autocuidado	150	Fallo en infraestructura	264	No traslado de paciente
37	Debilidad en entrega de medicamento	151	Fallo terapéutico	265	Nueva punción
38	Debilidad en entrega de resultado	152	Falso positivo	266	Oblito
39	Debilidad en esterilización	153	Falta de disponibilidad	267	Omisión en cambio de orden
40	Debilidad en historia clínica	154	Falta de disponibilidad/mal funcionamiento	268	Omisión signos de alarma
41	Debilidad en Infraestructura	155	Falta de personal	269	Orden incompleta
42	Debilidad en la atención	156	Flebitis	270	Ordenes sin datos clínicos
43	Debilidad en la comunicación	157	Flictena	271	Paciente incorrecto
44	Debilidad en la conciliación de medicamentos	158	Flictena de esternón	272	Paciente sin especialidad tratante
45	Debilidad en la custodia de la Historia Clínica	159	Fractura	273	Perdida de la muestra
46	Debilidad en la entrega de medicamentos	160	Fractura de fémur	274	Perdida de reporte
47	Debilidad en la identificación del paciente	161	Fuga	275	Perdida dental
48	Debilidad en la nutrición	162	Fuga de la información	276	Peritonitis
49	Debilidad en la transfusión	163	Gesto suicida	277	Peritonitis química
50	Debilidad en la valoración integral del paciente	164	Gotera	278	Personal insuficiente
51	Debilidad en manejo de dren	165	Hematoma	279	Prolongación de estancia historia
52	Debilidad en registro de HC.	166	Hematoma superciliar	280	Prolongación de la estancia hospitalaria
53	Debilidad en seguimiento de PIC	167	Herniación ascendente	281	Prolongación de tiempo anestésico
54	Debilidad en security	168	Hiperglicemia	282	Prolongación de tiempo quirúrgico
55	Debilidad en transfusión	169	Hiperglucemia	283	Pruebas no procesadas
56	Debilidad registro de historia clínica	170	Hipoglicemia	284	Quemadura
57	Deglución de amalgama	171	Hipoglucemia	285	Quemadura en cuello
58	Dejar pisingo en camilla	172	Hiponatremia	286	Quemadura en el labio superior
59	Dejar solo al paciente	173	Hipotensión	287	Radiación innecesaria
60	Demora administrativa	174	Hipotermia	288	Rash
61	Demora en el diagnostico	175	Identificación incorrecta	289	Re intervención
62	Demora en el dx	176	Inadecuada asepsia	290	Reacción a medicamento
63	Demora en el reporte	177	Inadecuada comunicación	291	Reacción adversa a la transfusión
64	Demora en el resultado	178	Inadecuada identificación de la muestra	292	Reacción adversa a medicamento
65	Demora en entrega de medicamento	179	Inadecuada Programación de Cirugia	293	Recolección de la muestra
66	Demora en examen	180	Inadecuada respuesta al código azul	294	Recolección inadecuada
67	Demora en la atención	181	Inadecuada técnica quirúrgico	295	Recolección inadecuada de la muestra
68	Demora en la toma de laboratorios	182	Inadecuada venopunción	296	Reconstituyente inadecuado
69	Demora en procedimiento	183	Inadecuado manejo de elementos de protección	297	Registro de datos
70	Demora en respuesta a interconsulta	184	Inadecuado manejo de paro	298	Registro incompleto de historia clínica
71	Depresión respiratoria	185	Inadecuado manejo de trauma	299	Registro incorrecto en historia clínica
72	Dermatitis de contacto	186	Inadecuado traslado de pacientes	300	Reporte incorrecto
73	Desalojo de acceso vascular	187	Inconsistencia administrativa rayos X	301	Reprogramar cirugía
74	Desalojo de botón	188	Incumplimiento de aislamiento	302	Resultado incorrecto
75	Desalojo de dispositivo	189	Incumplimiento de ordenes medicas	303	Resultado sin confirmar por calidad

76	Desalojo de sonda	190	Incumplimiento de protocolo de urgencias	304	Retiro de Catéter
77	Desalojo de sonda gastrostomía	191	Indicio de acción insegura	305	Retiro de catéter venoso central
78	Desaturación	192	Infección de sitio Operatorio	306	Retiro de inmovilización
79	Desconocimiento en respuesta a Código Azul	193	Infección de vías urinarias	307	Reuso
80	Desfacelación	194	Infección del torrente sanguíneo	308	Ruptura de bolsa de nutrición
81	Desfacelaciones	195	Infección del tracto respiratorio	309	Sepsis
82	Desprendimiento de prótesis dental	196	Infección del tracto urinario	310	Shock cardiogénico
83	Desprogramación de marcapaso	197	Infección del tracto urinario asociada a cateter	311	Sin especificar
84	Devolución de muestra y mal reporte	198	Infección sitio operatorio	312	Sonda vesical acodada
85	Dieta incorrecta	199	Infección vías urinarias asociada a catéter	313	Sopa en mal estado
86	Edema	200	Informe incompleto	314	Stiker incorrecto
87	Edema en labio	201	Ingesta de clorox	315	Taponamiento de sonda
88	Entrega de medicamento incompleto	202	Inoportunidad de la atención	316	Tocamiento
89	Entrega de medicamento incorrecta	203	Inoportunidad en el diagnostico	317	Trali (Lesión Pulmonar aguda)
90	Enucleación	204	Inoportunidad en el tratamiento	318	Traslado de muestra
91	Equimosis	205	Inoportunidad en la formulación	319	Traqueítis
92	Eritema en arteria peribucal	206	Interrupción de la trasfusión	320	Traqueo bronquitis
93	Error en la codificación	207	Intoxicación exógena	321	Traslado inadecuado
94	Error administración de medicamento	208	Irritación ocular	322	Trastorno electrolitos
95	Error con alimentación parenteral	209	ISO	323	Tratamiento inadecuado
96	Error con la nutrición	210	IVU asociada a dispositivo	324	Trauma
97	Error con la transfusión	211	IVU asociada al cuidado de la salud	325	Trauma uretral
98	Error de clasificación	212	Laceración	326	Trauma cráneo encefálico
99	Error de codificación	213	Laceración de la piel	327	Trauma en brazo
100	Error de dieta	214	Lapsus o distracciones	328	Trauma en cara
101	Error de digitación	215	Lesión de piel por presión	329	Trauma en mano
102	Error de formulación	216	Lesión de piel por presión externa	330	Trauma en MII
103	Error de identificación	217	Lesión en piel por cintas	331	Trauma en pie izquierdo
104	Error de interpretación	218	Lesión vascular	332	Trauma en pierna
105	Error de lateralidad	219	Lista de chequeo incompleta	333	Trauma ocular
106	Error de marcación	220	Mal administración de medicamento	334	Trauma uretral
107	Error de percepción	221	Mal funcionamiento de equipo	335	Trombosis arterial
108	Error de recolección	222	Mal procesamiento de muestra de laboratorio	336	Trombosis venosa
109	Error de reporte	223	Manejo inadecuado de equipo de nutrición	337	Trombosis Venosa Profunda
110	Error de transcripción	224	Manejo inadecuado de patología	338	Ulcera por presión
111	Error de validación de resultados	225	Manipulación inadecuada de equipo	339	Ulcera por Presión Externa
112	Error en administración parenteral	226	Marcación incorrecta del tubo	340	Uso inadecuado de dispositivo
113	Error en asignación de cita	227	Movilización inadecuada	341	Yelcos vencidos
114	Error en el código	228	Muerte		

La identificación de fallas o eventos adversos en la atención médica es crucial para mejorar la calidad y seguridad del cuidado del paciente. Durante un estudio de los cinco años, se identificaron 341 fallas, lo que proporcionó oportunidades para implementar medidas preventivas y correctivas. Esta información permite a los

profesionales de la salud tomar decisiones direccionadas en mitigar riesgos y mejorar los protocolos de atención, promoviendo una cultura de seguridad en el entorno médico. En resumen, la identificación de fallas es esencial para el desarrollo de prácticas médicas basadas en la evidencia es crucial y es la base para la toma de decisiones.

### 3.1.1. Incidencias de Fallas Encontradas en los Periodos Estudiados: Fallas que se repiten todos los años.

Considerando la identificación de las 341 fallas catalogadas de manera literal por el HOCEN, se determinó que se han repetido en los cinco períodos de estudio, diez incidencias claves, las cuales al contrastarlas frente a la frecuencia total los casos presentados, es decir los 3520 (años 2015 al 2019), se concluye que de las diez extractadas y aquí relacionadas suman un porcentaje del 34.15% con 1202 casos, que al ser identificados puede direccionarse una política de mitigación de manera más precisa y lograr un significativo resultado en la seguridad y bienestar del paciente, ejemplo que puede seguirse en las políticas de los prestadores de salud.

Tabla 2: Fallas Recurrentes en Cinco de los Cinco Períodos Analizados

Variable que se repite en los cinco periodos	Año 2019	Año 2018	Año 2017	Año 2016	Año 2015	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
Error de transcripción	150	95	30	39	3	317	9,00568182
Úlcera de o por presión	104	81	30	37	10	262	7,44318182
Caída	54	45	52	24	32	207	5,88068182
Flebitis	79	31	17	14	32	173	4,91477273
Sin especificar o no evento	50	17	2	39	8	116	3,29545455
Bacteriemia o Bacteriemia	6	8	1	18	9	42	1,19318182
Fuga	8	14	9	3	5	39	1,10795455
Falla de equipo o dispositivo	5	5	5	1	2	18	0,51136364
Neumonía asociada a ventilador	1	1	1	8	5	16	0,45454545
Perdida de la muestra	5	1	1	4	1	12	0,34090909
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>298</b>	<b>148</b>	<b>187</b>	<b>107</b>	<b>1202</b>	<b>34,1477273</b>

Las fallas o EA que permanecen los cinco años indican que los planes y proyectos empleados por la institución requieren ser fortalecidos a fin de mitigarlos hasta el punto de que no acontezcan. La denominada variable “sin especificar o no evento”, corresponden a los eventos adversos que faltaron por definirse, o estudiarse en el comité de seguridad del paciente de la entidad, pero que son tenidos en cuenta para determinar con una mayor aproximación el porcentaje de la falla identificada en cada año analizado

### 3.1.2. Fallas que se repiten en cuatro periodos de los cinco años analizados.

Durante el análisis exhaustivo de los eventos adversos en el hospital, se identificaron siete categorías de fallas que persistieron a lo largo de cuatro periodos dentro de los cinco años examinados, representando un 13.32% con 469 casos de los 3520 presentados, por consiguiente, la gestión de las fallas recurrentes en los períodos de cinco o cuatro años es crucial para garantizar la seguridad del paciente. Estos hallazgos indican la imperativa necesidad de mantener y fortalecer las políticas dirigidas a su mitigación. Aunque se hayan realizado esfuerzos previos, es evidente que estas fallas continúan impactando la ocurrencia de eventos adversos en la entidad año tras año. Es fundamental perseverar en la implementación de estrategias efectivas para abordar estas cuestiones y promover así un entorno más seguro y confiable para todos los pacientes.

Tabla 3: Fallas Recurrentes en Cuatro de los Cinco Períodos Analizados

Variable que se repite en los cuatro periodos	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
Error de digitación	0	4	83	20	121	228	6,47727273
Cancelación de procedimiento	0	1	12	69	20	102	2,89772727
Error de percepción	0	17	11	22	20	70	1,98863636
Debilidad en la comunicación	0	3	8	2	17	30	0,85227273
Alta inadecuada	0	5	4	2	6	17	0,48295455
Laceración	1	1	0	2	11	15	0,42613636
Oblito	1	0	2	2	2	7	0,19886364
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>31</b>	<b>120</b>	<b>119</b>	<b>197</b>	<b>469</b>	<b>13,3238636</b>

### 3.1.3. Fallas que se repiten en tres periodos de los cinco años analizados.

Se identificaron dieciséis fallas recurrentes durante tres de los cinco periodos analizados. Estas dieciséis fallas, con un total de 605 casos, constituyen el 17.19% de los 3520 eventos adversos registrados durante el quinquenio. Estos resultados subrayan la imperiosa necesidad de implementar mejoras continuas con el objetivo de asegurar la seguridad y el bienestar de los pacientes. Los años en que acontecieron dichas fallas están así:

Tabla 4: Fallas Recurrentes en Tres de los Cinco Períodos Analizados

Variable que se repite en los tres periodos	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
Error en los correctos – administración de medicamentos	0	0	38	39	109	186	5,28409091
Demora en la atención	0	0	22	35	23	80	2,27272727
Desalojo de dispositivo	0	0	12	14	47	73	2,07386364
No acatamiento de ordenes medicas	0	0	25	10	29	64	1,81818182
Infección en(de) sitio operatorio	25	17	1	0	0	43	1,22159091
Inadecuado Traslado de paciente	0	2	23	3	0	28	0,79545455
Error en el reporte	0	6	0	12	8	26	0,73863636
Error de identificación	0	4	0	14	3	21	0,59659091
Desfacelaciones	1	0	0	14	5	20	0,56818182
Error con la nutrición	0	0	4	10	5	19	0,53977273
Hematoma	0	0	1	9	3	13	0,36931818
ISO	0	0	1	4	7	12	0,34090909
Celulitis	0	0	1	1	5	7	0,19886364
Quemadura	0	1	0	3	1	5	0,14204545
Aumento de tiempo quirúrgico	0	2	1	0	1	4	0,11363636
Prolongación de tiempo quirúrgico	1	0	0	1	2	4	0,11363636
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>32</b>	<b>129</b>	<b>169</b>	<b>248</b>	<b>605</b>	<b>17,1875</b>

### 3.1.4. Fallas que se repiten en dos periodos de los cinco años analizados.

Durante el análisis exhaustivo de los eventos adversos en el hospital, se identificaron treinta y una categorías de fallas que persistieron a lo largo de dos periodos dentro de los cinco años examinados, representando un 13.27% con 467 casos de los 3520 presentados en los cinco años.

Tabla 5: Fallas Recurrentes en Dos de los Cinco Períodos Analizados

Variable que se repite en los dos periodos	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
Ulcera por presión externa	0	0	0	53	57	110	3,125
Complicación	0	0	0	81	13	94	2,67045455
Traslado inadecuado	0	0	0	23	48	71	2,01704545
Error en la identificación del paciente	0	0	8	16	0	24	0,68181818
Desalojo de sonda	6	9	0	0	0	15	0,42613636
Error en entrega de resultados	0	0	3	11	0	14	0,39772727
Error en la administración de medicamento	4	0	8	0	0	12	0,34090909
Indicio de acción insegura	0	0	5	7	0	12	0,34090909
Multipunción	0	0	0	2	8	10	0,28409091
Debilidad con muestra de laboratorio	0	0	3	6	0	9	0,25568182
Infección de vías urinarias	0	8	0	0	1	9	0,25568182
No aplicación de medicamento	1	8	0	0	0	9	0,25568182
Mal funcionamiento de equipo	0	0	6	2	0	8	0,22727273
Error en toma de examen	0	0	0	3	4	7	0,19886364
Hipoglucemia	0	0	0	2	5	7	0,19886364
Neumonía nosocomial	0	5	2	0	0	7	0,19886364
Desaturación	0	0	2	0	3	5	0,14204545
Error en la toma de exámenes	0	0	1	0	4	5	0,14204545
Hipotermia	0	0	4	0	1	5	0,14204545
Debilidad en el autocuidado	0	0	1	3	0	4	0,11363636
Demora en entrega de medicamento	0	0	0	1	3	4	0,11363636
Error de lateralidad	0	0	2	2	0	4	0,11363636
Demora en el diagnostico	0	0	2	1	0	3	0,08522727
Extubación	0	1	0	0	2	3	0,08522727
Rash	0	0	0	2	1	3	0,08522727
Trauma en cara	0	0	2	1	0	3	0,08522727
Debilidad en infraestructura	0	0	1	0	1	2	0,05681818
Equimosis	1	0	0	0	1	2	0,05681818
Laceración de la piel	0	0	1	1	0	2	0,05681818
Traqueítis	0	0	1	1	0	2	0,05681818
Trauma	1	0	0	0	1	2	0,05681818
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>31</b>	<b>52</b>	<b>218</b>	<b>153</b>	<b>467</b>	<b>13,2670455</b>

El análisis revela que las fallas en la atención médica abarcan una diversidad de incidentes, desde errores en la administración de medicamentos hasta problemas en la documentación clínica, subrayando la importancia de implementar mejoras continuas para garantizar la seguridad del paciente.

### **3.1.5. Conclusiones frente a las fallas (2015 al 2019):**

- Durante el periodo de estudio (2015-2019), se registraron un total de 3520 eventos adversos en la entidad, con cifras anuales que oscilaron entre 321 y 1222 casos, elevándose cada año de manera consecutiva.
- A pesar de la existencia de protocolos de seguridad para los pacientes, la creación de Comités de Seguridad al Paciente y la caracterización trimestral de eventos adversos, se identificaron 341 fallas en el hospital observándose el surgimiento de nuevas año tras año.
- Se requiere urgentemente la implementación de políticas más efectivas para mitigar las fallas recurrentes o eventos adversos identificados a lo largo de los cinco años de estudio, que representaron un total de 1202 casos, equivalente al 34.15% del total. Es especialmente preocupante el elevado número de casos catalogados como "sin especificar", que abarcan 116 incidentes, lo que representa un 3.30% del total y sugiere la necesidad de una clasificación más detallada. Las categorías identificadas, como Error de transcripción, Úlcera de presión, Caída, Flebitis, Bacteriemia, Fuga, Falla de equipo o dispositivo, Neumonía asociada a ventilador y Pérdida de la muestra, demandan acciones inmediatas para implementar controles efectivos y así prevenir su recurrencia en el futuro en esta institución.
- Siete categorías de fallas persistieron durante cuatro periodos, totalizando 469 casos representando el 13.32% del total de eventos, destacando problemas como error de digitación con 6.38%, cancelación de procedimiento 2.90% y Error de percepción con 1.99%.

- Dieciséis fallas se repitieron en tres periodos, totalizando 605 casos, que equivale a un 17.19% del total, resaltando la importancia de implementar mejoras continuas para garantizar la seguridad y bienestar de los pacientes. Las fallas más comunes incluyeron Error en los correctos – administración de medicamentos con 5.28%, demora en la atención con 2.27%, desalojo de dispositivo con 2.07% y no acatamiento de órdenes médicas con 1.82%.

- Treinta y una categorías de fallas persistieron durante dos periodos, con 467 casos representando el 13.27% del total de eventos, destacándose la úlcera por presión externa con 3.13% y complicaciones con 2.67%, Traslado inadecuado con 2.01%, Error en la identificación del paciente con 0.68%.

- La gestión eficiente de la salud y la seguridad del paciente constituye un pilar fundamental en el ámbito de la medicina. Al examinar meticulosamente las fallas recurrentes durante los cinco años de estudio, así como aquellas que persisten en los cinco, como en cuatro, tres y dos periodos de ese lapso temporal (total 64), se revela una cifra significativa. El total de casos de eventos adversos registrados por la entidad equivale a 3520, no obstante, las fallas persistentes abarcan un total de 2743 casos, representando un impresionante 77.93% de las incidencias registradas. Esta constatación subraya la urgencia de implementar estrategias y políticas específicas destinadas a mitigar estos indicadores preocupantes.

- En este contexto, el análisis detallado de las fallas recurrentes no solo ofrece una visión clara de los desafíos existentes, sino que también sirve como guía estratégica para los profesionales de la salud y los responsables de la toma de decisiones. La toma de medidas basadas en datos precisos y en la comprensión profunda de las causas subyacentes se convierte en un paso crucial hacia la mejora sostenible de la calidad asistencial y la implementación de políticas focalizadas, respaldadas por la evidencia recopilada, no solo tiene el potencial de reducir drásticamente las incidencias adversas, sino que también contribuye a fortalecer la confianza en los servicios de atención médica y a garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes en el largo plazo.

### 3.2. Cuantificación de las fallas presentadas de acuerdo con el turno de trabajo ya sea en la mañana, la tarde o la noche (2015 al 2019):

El análisis detallado de la tabla revela patrones significativos en la distribución de eventos adversos según el turno de trabajo a lo largo de cinco años consecutivos. Se observa claramente que el turno de la mañana registra consistentemente la mayor frecuencia de eventos adversos en comparación con los turnos de tarde y noche. Esta tendencia sugiere la necesidad de una atención particular durante las horas de la mañana para abordar posibles factores contribuyentes a la ocurrencia de eventos adversos. Por otro lado, aunque el turno de la tarde presenta una frecuencia menor de eventos adversos en general, se observa un aumento en los primeros años seguido de una disminución en los años posteriores. Este patrón podría indicar la eficacia de las medidas preventivas implementadas a lo largo del tiempo. Por último, el turno de la noche muestra la menor frecuencia de eventos adversos, lo que podría estar relacionado con una menor actividad hospitalaria en ese período. Sin embargo, es importante destacar que una proporción significativa de eventos se clasifica como "Sin especificar", lo que sugiere la necesidad de mejorar la precisión en la documentación y registro de eventos adversos. En conjunto, estos hallazgos subrayan la importancia de una gestión integral de la seguridad del paciente que tome en cuenta las particularidades de cada turno de trabajo y que promueva una cultura de seguridad en todos los ámbitos del hospital.

Tabla 6: Frecuencia de Eventos Adversos según Turno de Trabajo (2015-2019).

Frecuencia según turno de trabajo	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
Mañana	114	194	207	292	438	1245	35,3693182
Tarde	51	59	177	251	312	850	24,1477273
Noche	62	46	61	142	249	560	15,9090909
Sin especificar	94	143	96	309	223	865	24,5738636
<b>TOTAL</b>	<b>321</b>	<b>442</b>	<b>541</b>	<b>994</b>	<b>1222</b>	<b>3520</b>	<b>100</b>

### 3.3. Cuantificación e Identificación de las fallas presentadas de acuerdo con el sexo: Masculino o Femenino (2015 al 2019):

El análisis de los datos sobre la frecuencia de eventos adversos según el sexo muestra que, durante cinco años seguidos, se registraron más eventos en hombres que en mujeres. Sin embargo, esta diferencia se va reduciendo con el tiempo. En general, tanto hombres como mujeres experimentaron un aumento en la cantidad de eventos adversos a lo largo de los años. Además, hubo algunos casos donde no se especificó el sexo de la persona afectada, aunque fueron menos frecuentes. Estos hallazgos destacan la importancia de seguir mejorando los procesos de registro para tener una comprensión más clara de los eventos adversos y poder tomar medidas preventivas adecuadas.

Tabla 7: Frecuencia de Eventos Adversos Según Sexo (2015-2019).

Frecuencia según Sexo	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
Masculino	184	229	284	493	635	1825	51,8465909
Femenino	136	210	254	425	570	1595	45,3125
Dato sin especificar	1	3	3	76	17	100	2,84090909
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>442</b>	<b>541</b>	<b>994</b>	<b>1222</b>	<b>3520</b>	<b>100</b>

### 3.4. Cuantificación de las fallas presentadas de acuerdo con la frecuencia de eventos por servicio (2015 al 2019):

El análisis de los eventos adversos, organizados según los distintos servicios de atención médica, revela un total de 66 elementos de interés para la investigación. Ante esta complejidad, se ha tomado la decisión de dividirlos en dos secciones con el objetivo de facilitar la extracción y comprensión exhaustiva de la información. Esta estrategia se fundamenta en el reconocimiento de la importancia crítica de los datos presentados en la tabla, los cuales constituyen una valiosa fuente de información para futuras investigaciones en el ámbito académico y clínico.

Tabla 8: Análisis de Eventos Adversos por Servicio: Frecuencia y Tendencias  
(2015-2019) - Parte 1.

Frecuencia según Servicio parte 1	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
Radiología	12	74	56	170	247	559	15,8806818
Urgencias	41	66	104	173	158	542	15,3977273
Piso 4	13	58	32	92	181	376	10,6818182
Sin especificar	16	5	38	139	77	275	7,8125
Piso 5	17	24	26	86	104	257	7,30113636
Piso 6	19	31	41	57	94	242	6,875
TAC	0	13	103	24	71	211	5,99431818
UCI A	32	72	21	38	45	208	5,90909091
Salas de Cirugía	14	10	18	72	37	151	4,28977273
Piso 3	11	19	9	31	42	112	3,18181818
Piso 8	6	14	11	30	38	99	2,8125
Piso 7	8	11	26	14	30	89	2,52840909
Laboratorio	40	9	2	22	6	79	2,24431818
UCI pediátrica	4	8	8	13	16	49	1,39204545
Medicina Interna	20	0	1	0	0	21	0,59659091
Ambulatorio	0	0	0	0	19	19	0,53977273
Patología	2	9	3	0	4	18	0,51136364
Ortopedia	6	5	2	0	3	16	0,45454545
Cirugía	15	0	0	0	0	15	0,42613636
Ginecología	1	1	4	4	4	14	0,39772727
Urgencias P	1	1	6	1	5	14	0,39772727
Gastroenterología	0	5	3	5	1	14	0,39772727
Sala de Partos	2	0	7	2	2	13	0,36931818
Extra hospitalaria	0	0	0	0	12	12	0,34090909
UCI Neonatal	0	0	2	1	8	11	0,3125
Piso 7 y 6	9	0	0	0	0	9	0,25568182
Pediatría	6	0	0	1	0	7	0,19886364
Neurocirugía	5	0	0	2	0	7	0,19886364
Salud Oral	0	0	0	6	0	6	0,17045455
Piso 8 y 4	5	0	0	0	0	5	0,14204545
Urología	2	1	2	0	0	5	0,14204545
Farmacia	0	0	5	0	0	5	0,14204545
<b>Total</b>	<b>307</b>	<b>436</b>	<b>530</b>	<b>983</b>	<b>1204</b>	<b>3460</b>	<b>98,2954545</b>

En esta sección inicial del análisis, se observa una concentración notable de eventos adversos en áreas específicas de los servicios hospitalarios, presentes a lo largo de los cinco años estudiados. Un total de 32 variables o fallas, incluyendo la categoría “sin especificar”, muestran registros recurrentes, representando en conjunto un 98,30% de los casos de eventos adversos registrados, de los 3250 casos presentados, que al ser focalizados y tratados por la entidad el beneficio a obtener es considerable.

Esta concentración sugiere la necesidad de un enfoque estratégico en dichas áreas para mejorar la seguridad del paciente y la calidad del cuidado en estas áreas

específicas, identificando las causas subyacentes de los eventos adversos y aplicando medidas correctivas adecuadas para mitigar los riesgos y garantizar una atención clínica óptima.

Tabla 9: Análisis de Eventos Adversos por Servicio: Frecuencia y Tendencias (2015-2019) -Parte 2.

Frecuencia según Servicio parte 2	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
Neurología	4	0	0	0	0	4	0,113636364
Odontología	2	1	0	1	0	4	0,113636364
Cirugía general	0	0	0	2	2	4	0,113636364
Hemodinamia	0	0	1	2	1	4	0,113636364
Cardiología	1	0	2	0	0	3	0,085227273
HOCAS	1	0	0	0	2	3	0,085227273
Rehabilitación	0	0	0	0	3	3	0,085227273
RMN	0	3	0	0	0	3	0,085227273
Oftalmología	1	1	0	0	0	2	0,056818182
Otorrino	1	0	1	0	0	2	0,056818182
Anestesia	0	0	0	0	2	2	0,056818182
Banco de Sangre	0	0	1	0	1	2	0,056818182
Neonatos	0	0	0	2	0	2	0,056818182
Rehabilitación Cardíaca	0	0	1	1	0	2	0,056818182
Enfermería	1	0	0	0	0	1	0,028409091
Reanimación	1	0	0	0	0	1	0,028409091
Terapia	1	0	0	0	0	1	0,028409091
Terapia Física	1	0	0	0	0	1	0,028409091
Cirugía ambulatoria	0	0	1	0	0	1	0,028409091
Cirugía de mama	0	0	0	0	1	1	0,028409091
Cirugía Hepatobiliar	0	0	0	0	1	1	0,028409091
Esterilización	0	0	0	1	0	1	0,028409091
Estomatología	0	0	0	0	1	1	0,028409091
Fundación Cardio Infantil	0	0	1	0	0	1	0,028409091
Grupo de Rehabilitación Cardíaca	0	0	1	0	0	1	0,028409091
Lactario	0	0	1	0	0	1	0,028409091
Maxilofacial	0	0	0	0	1	1	0,028409091
Nefrología	0	0	0	1	0	1	0,028409091
Neurociencias	0	0	0	0	1	1	0,028409091
POMED	0	0	0	0	1	1	0,028409091
Programación de Cirugía	0	0	0	1	0	1	0,028409091
Referencia y Contra referencia	0	0	1	0	0	1	0,028409091
Sala de yesos	0	0	0	0	1	1	0,028409091
Terapia Respiratoria	0	1	0	0	0	1	0,028409091
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>60</b>	<b>1,704545455</b>

El análisis de la segunda parte de la tabla revela una distribución diversa de eventos adversos en diferentes servicios del hospital a lo largo de los cinco años evaluados y se destacan servicios como Neurología, Odontología, Cirugía General y Hemodinamia, que registraron cuatro casos cada uno, representando el 0.45% del total de eventos adversos. Asimismo, servicios como Cardiología, HOCAS, Rehabilitación y RMN presentaron tres eventos adversos cada uno, lo que corresponde al 0.34% del total.

Por otro lado, servicios como Oftalmología, Otorrinolaringología, Anestesia, Banco de Sangre, Neonatos, Rehabilitación Cardíaca y otros tuvieron dos eventos adversos, contribuyendo al 0.34% del total. Finalmente, varios servicios, incluyendo Enfermería, Reanimación, Terapia, Cirugía Ambulatoria, Cirugía de Mama y otros, experimentaron un solo evento adverso, representando el 0.57% del total de eventos adversos. Esta diversidad en la distribución de eventos adversos destaca la importancia de abordar la seguridad del paciente en múltiples áreas del hospital.

### **3.4.1. Conclusiones frente al registro de Eventos Adversos por Servicio en un Hospital: Frecuencia y Tendencias (2015-2019).**

Los datos analizados revelan una concentración significativa de eventos adversos en ciertos servicios hospitalarios, como Radiología, Urgencias y Piso 4. Sin embargo, no se nos suministró la información de cuáles eran los eventos adversos o fallas que se presentaron en cada servicio de manera específica, por lo cual se encuentra esta limitante. No obstante, la concentración subraya la necesidad de una atención específica en estos departamentos para abordar las causas subyacentes de los eventos adversos. Además, la variabilidad en la incidencia de eventos adversos entre los diferentes servicios destaca la importancia de analizar los factores cualitativos que pueden contribuir a esta variación como es por ejemplo la rotación del personal, la nueva contratación y la capacitación en términos de cultura para la seguridad del paciente impactan de manera directa en la producción de casos.

Desde una perspectiva cualitativa, la implementación de una cultura de seguridad, la comunicación efectiva entre el personal y la promoción de la colaboración interdisciplinaria emergen como aspectos cruciales para la prevención de eventos adversos. En conjunto, el análisis cuantitativo y cualitativo proporciona una comprensión integral de la naturaleza y las implicaciones de los eventos adversos en el entorno hospitalario, lo que informa la necesidad de intervenciones preventivas holísticas y centradas en el paciente para mejorar la seguridad y la calidad del cuidado.

### 3.5. Cuantificación de las fallas presentadas de acuerdo con la edad de las personas (2015 al 2019):

Tabla 10: Distribución de Eventos Adversos por Grupo Etario (2015-2019).

Grupos etarios	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
80 y más	0	52	98	192	254	596	16,9318182
75 – 79 años	0	41	52	87	119	299	8,49431818
70 – 74 años	0	40	30	90	103	263	7,47159091
55 -59	0	31	44	69	79	223	6,33522727
60 – 64 años	0	40	38	55	87	220	6,25
65 – 69 años	0	33	31	61	77	202	5,73863636
0 - 4 años	0	20	48	51	58	177	5,02840909
30 – 34 años	0	19	29	43	74	165	4,6875
25 – 29 años	0	38	19	52	53	162	4,60227273
50 – 54 años	0	18	26	47	64	155	4,40340909
Sin especificar	1	24	4	78	21	128	3,63636364
20 – 24 años	0	16	18	24	53	111	3,15340909
35 – 39 años	0	14	25	26	40	105	2,98295455
40 – 44 años	0	17	16	32	35	100	2,84090909
45 – 49 años	0	16	22	28	24	90	2,55681818
71 a 80 años	79	0	0	0	0	79	2,24431818
15 - 19 años	0	10	15	22	29	76	2,15909091
18 a 59 años	74	0	0	0	0	74	2,10227273
10 - 14 años	0	5	13	15	32	65	1,84659091
5 - 9 años	0	8	13	22	20	63	1,78977273
Menores o igual a 17 años	58	0	0	0	0	58	1,64772727
60 a 70 años	55	0	0	0	0	55	1,5625
81 y más	54	0	0	0	0	54	1,53409091
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>442</b>	<b>541</b>	<b>994</b>	<b>1222</b>	<b>3520</b>	<b>100</b>

El análisis de los datos revela una distribución heterogénea de eventos adversos a lo largo de los 23 grupos etarios, abarcando desde la infancia hasta la vejez. Se observa un incremento progresivo en la frecuencia de eventos adversos en la mayoría de los grupos de edad a lo largo de los años evaluados, destacando especialmente el aumento significativo en el grupo de 80 años y más. Este hallazgo subraya la importancia de una atención focalizada en las necesidades particulares de este segmento poblacional, teniendo en cuenta de igual forma los demás grupos, pues no es lo mismo

el cuidado de un bebe a un adulto o una persona de la tercera edad, aunado a su patología individual frente al riesgo de sufrir complicaciones médicas. Por otro lado, se evidencia la alta ausencia de registros en para el año 2015, lo que indica que no se tenía las 23 clasificaciones actuales que posiblemente surgen con la adecuación de protocolos y barreras de contingencia empleados por la entidad.

Los grupos de edad entre 50 y 80 años muestran una frecuencia considerable de eventos adversos del 55.62%, lo que indica la necesidad de medidas preventivas y de mejora en la atención médica dirigidas específicamente a estas cohortes.

Además, es crucial abordar la categoría de eventos adversos clasificados como "sin especificar", que representan una proporción significativa del total de eventos adversos registrados. Esta clasificación pone de manifiesto deficiencias en el proceso de documentación y registro, lo que dificulta la comprensión integral de la naturaleza y causas subyacentes de estos eventos; de igual forma al no suministrarse por la entidad o contarse en la investigación con información relacionada con las fallas o eventos adversos identificados individualmente en cada grupo etario, limito nuestros hallazgos. Por lo tanto, se requiere una mejora en los sistemas de notificación y documentación, junto con una capacitación adecuada del personal médico, con el fin de garantizar una recopilación precisa de datos y facilitar el análisis detallado de los eventos adversos en cada grupo de edad. Estas medidas son fundamentales para impulsar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención médica en todos los niveles.

### **3.6. Clasificación de las fallas presentadas según la causalidad del evento: Prevenible, No prevenible (2015 al 2019):**

Este análisis revela la necesidad crítica de mejorar la documentación y clasificación de eventos adversos en tres categorías principales: "Sin especificar", "Prevenible" y "No prevenible". Con la mayoría de los casos agrupados bajo "Sin especificar", resalta la importancia de una documentación más precisa para una identificación clara de los eventos. Además, la prominencia de eventos "Prevenibles" con

38.12% subraya la urgencia de implementar estrategias efectivas de prevención y gestión de riesgos para reducir su incidencia. Aunque los eventos "No prevenibles" son menos frecuentes, su presencia nos recuerda la inevitabilidad de algunos eventos adversos, destacando la necesidad de un enfoque integral que combine tanto la prevención como la gestión eficaz de estos eventos para mejorar la seguridad del paciente.

Tabla 11: Cuantificación de las Fallas Presentadas según Causalidad del Evento (2015-2019).

Causalidad del evento	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
Sin especificar	63	205	322	634	788	2012	57,15909091
Prevenible	207	219	202	330	384	1342	38,125
No prevenible	51	18	17	30	50	166	4,715909091
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>442</b>	<b>541</b>	<b>994</b>	<b>1222</b>	<b>3520</b>	<b>100</b>

Según el estudio ENEAS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, pág. 9), se encontraron tasas notables de eventos adversos (EA) en otros estudios similares. Por ejemplo, en el Quality Australian Health-care Study (QAHCS), realizado en 28 hospitales del sur de Australia y de Nueva Gales, se registró una tasa de EA del 16,6%, de los cuales el 51% fueron considerados prevenibles. En el estudio de Vincent et al. (citado en Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), realizado en dos hospitales de Londres, se halló una incidencia del 10,8% de EA entre los pacientes hospitalizados, siendo prevenibles el 48% de ellos. El resultado que se presenta en la investigación en el HOCEN coincide con hallazgos similares en otros estudios, como el mencionado anteriormente.

### **3.7. Clasificación de las fallas presentadas de acuerdo con la severidad del evento: Evento Adverso Leve, Moderado, Severo, Centinela y Complicaciones e Incidente(2015 al 2019):**

Los resultados de la tabla revelan una distribución significativa de eventos relacionados con la atención médica durante el período analizado. Los incidentes, que

representan el 48% de los casos registrados, reflejan situaciones que, aunque no han causado daño al paciente, tienen el potencial de hacerlo, destacando la importancia de identificar y abordar posibles fallas en los procesos de atención para garantizar la seguridad del paciente. Además, los eventos adversos moderados y leves, que comprenden el 23.3% y el 14.83% respectivamente, del total de eventos documentados, refieren a daños temporales o inconvenientes que requieren o no intervención médica adicional y señalan áreas donde se pueden implementar medidas preventivas para mejorar la seguridad del paciente.

Tabla No 12. Clasificación de las fallas presentadas de acuerdo con la severidad del evento: Evento Adverso Leve, Moderado, Severo, Centinela y Complicaciones e Incidente (2015 al 2019).

Clasificación de Atención Médica	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Frecuencia	Porcentaje sobre el total 3520 EA
Incidente	127	205	320	380	662	1694	48,125
Evento Adverso Moderado	125	146	61	242	246	820	23,29545455
Evento Adverso Leve	53	72	115	109	173	522	14,82954545
Complicaciones	0	0	0	157	87	244	6,931818182
No evento	0	0	0	26	37	63	1,789772727
Evento Adverso Severo	16	19	14	9	12	70	1,988636364
Evento Centinela	0	0	0	0	5	5	0,142045455
Sin especificar	0	0	31	71	0	102	2,897727273
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>442</b>	<b>541</b>	<b>994</b>	<b>1222</b>	<b>3520</b>	<b>100</b>

El estudio ENEAS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, pág. 38) identificó diferentes niveles de gravedad en los eventos adversos (EA) registrados. Según los resultados, en hospitales grandes, el 49,5% se consideraron leves, el 35,4% moderados y el 15% graves. Este hallazgo resalta la frecuencia de eventos adversos de gravedad variable en entornos hospitalarios, lo que subraya la importancia de abordar estos problemas para mejorar la calidad de la atención médica.

#### 4. Bibliografía.

Amaya, S. L. (2009). *Conceptos y análisis de eventos adversos*. Obtenido de [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/59993721/02\\_Seguridad\\_del\\_Paciente\\_conceptos\\_y\\_analisis\\_de\\_eventos\\_adversos20190712-41637-45c7cr-libre.pdf?1562954220=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSeguridad\\_del\\_Paciente\\_conceptos\\_y\\_anali.pdf&Exp](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/59993721/02_Seguridad_del_Paciente_conceptos_y_analisis_de_eventos_adversos20190712-41637-45c7cr-libre.pdf?1562954220=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSeguridad_del_Paciente_conceptos_y_anali.pdf&Exp)

Ariel, P. (2018). *Protocolo de los 6 pasos, seis pasos para aumentar la seguridad de los procesos vulnerables*. Obtenido de <https://riu.austral.edu.ar/handle/123456789/1064>

Congreso de la República de Colombia. (1990, 2 de agosto). *Decreto 1760*. Bogotá DC: Diario Oficial de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=75986>

Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). *Ley 100 de 1993*. Bogotá DC: Gaceta del Congreso de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Congreso de la República de Colombia. (1997, 17 de enero). *Ley 352 de 1997*. Bogotá DC: Gaceta del Congreso de la República de Colombia. Obtenido de [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=66484](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=66484)

Congreso de la República de Colombia. (2002, 27 de diciembre). *Ley 790 de 2002*. Bogotá DC: Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). *Ley estatutaria 1751*. Bogotá DC: Diario Oficial de la República de Colombia. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%c3%b3n%20No.%201035%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%c3%b3n%20No.%201035%20de%202022.pdf)

Congreso de la República de Colombia. (2000). *Decreto 1795*. Bogotá DC. Obtenido de [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=66672](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=66672)

Dirección General Policía Nacional. (2009, 5 de noviembre). *Resolución 03523*. Bogotá DC.

Echandía, A. R. (1999). *Culpabilidad* (3ª ed.). Santa Fe de Bogotá: Temis.

Gómez, Y. D., Soler, J. F., Mendez, O. Q., & Reyes, J. L. (2020). *Consideraciones actuales sobre la iatrogenia*. Santiago de Cuba: Medisan. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192020000500906&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192020000500906&script=sci_arttext)

Gonzalez, C. E., & Restrepo, L. D. (2018). *Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de tercer nivel*. Revista Cubana de Salud Pública. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n3/e998/es>

Hidalgo, A. (2001). *Complemento al programa de la asignatura Psicología Médica II*. La Habana: Universidad Virtual de Salud. Obtenido de [http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/psicologia\\_y\\_salud\\_complemento.pdf](http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/psicologia_y_salud_complemento.pdf)

Martín A., F. (2011). *Daño: Conceptos, clasificaciones y autonomías. Derecho y cambio social*. Obtenido de [https://www.derechocambiosocial.com/revista023/Dano\\_conceptos\\_clasificaciones\\_autonom%C3%ADas.pdf](https://www.derechocambiosocial.com/revista023/Dano_conceptos_clasificaciones_autonom%C3%ADas.pdf)

Martínez, M. L. (2019). *Una categoría jurídica relevante para la configuración de la responsabilidad civil por la prestación de los servicios asistenciales en el campo de la salud: Propuesta de una metodología para la identificación del evento adverso*. Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/8f0662c3-d38e-479a-973e-48c30d84ce2e/content>

Ministerio de Defensa Nacional - Dirección General de la Policía Nacional. (2009, 5 de noviembre). *Resolución 3523*. Bogotá DC. Obtenido de [https://www.policia.gov.co/sites/default/files/descargables/normograma\\_direccion\\_de\\_sanidad\\_publicacion\\_pag\\_policia.pdf](https://www.policia.gov.co/sites/default/files/descargables/normograma_direccion_de_sanidad_publicacion_pag_policia.pdf)

Ministerio de Defensa Nacional - Dirección General de la Policía Nacional. (2017, 2 de febrero). *Resolución 00283*. Bogotá DC.

Ministerio de Defensa Nacional - Dirección General de la Policía Nacional. (2023, 25 de enero). *Resolución 0267*. Bogotá DC: Diario Oficial de la República de Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente*. Bogotá DC, Colombia. Recuperado el 20 de septiembre de 2023, de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS\\_IMPLEMENTACION\\_POLITICA\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)

Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2007). *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente*. Bogotá DC. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011, junio). *Gestión integral del riesgo en salud, perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la política de atención integral en salud*. Bogotá DC. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013, 15 de marzo). *Plan decenal de salud pública*. Bogotá DC: Diario Oficial de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.minvivienda.gov.co/sites/default/files/2020-08/plan-decenal-de-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Seguridad del paciente y la protección segura*. Bogotá DC. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 256*. Bogotá DC. Obtenido de [https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2016/02/sistema\\_de\\_informacion\\_para\\_la\\_calidad\\_en\\_salud\\_-\\_resolucion\\_256\\_de\\_2016.pdf?\\_gl=1mgn2iv\\_gcl\\_au\\*MjA4NzY3MTY4NC4xNjk1MzMxNDg2](https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2016/02/sistema_de_informacion_para_la_calidad_en_salud_-_resolucion_256_de_2016.pdf?_gl=1mgn2iv_gcl_au*MjA4NzY3MTY4NC4xNjk1MzMxNDg2)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Decreto 780*. Bogotá DC: Diario Oficial de Colombia. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, 25 de noviembre). *Resolución 3100*. Bogotá DC: Diario Oficial. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022, 14 de junio). *Resolución 1035*. Bogotá DC, Colombia: Diario Oficial de la República de Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1035-de-2022.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 6 de octubre de 2023, de [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf)

Ministerio de Sanidad y Política Social España. (2010). *Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Madrid, España: Depósito Legal: BI-44-2010. Obtenido de [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME\\_IBEAS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf)

Olano Martínez, M. J. (2022). *Reducción de eventos adversos para fortalecer el programa de seguridad de pacientes crónicos de la IPS Indígena The Wala, en el municipio de Natagaima-Tolima*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*. Ginebra. Obtenido de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos (CIE-11)*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Noticias de la Asamblea Mundial de la Salud*, 25 de mayo de 2019. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Seguridad del paciente*. Recuperado el 29 de septiembre de 2023, de [https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *72ª Asamblea Mundial de la Salud: Acción mundial en pro de la seguridad del paciente*. Ginebra: Organización Mundial de Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente (Versión 1.1)*. Obtenido de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29527/seguridadPaciente\\_01.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29527/seguridadPaciente_01.pdf)

Policía Nacional - Dirección de Sanidad. (2017). *Informe de gestión vigencia 2017*. Bogotá DC.

Policía Nacional - Dirección de Sanidad. (2018). *Informe de gestión 2018*. Bogotá DC.

Policía Nacional - Dirección de Sanidad. (2019). *Informe de gestión 2019*. Bogotá DC.

Policía Nacional - Dirección de Sanidad. (2023, 25 de enero). *Resolución 0267*. Bogotá DC. Obtenido de <https://www.policia.gov.co/direccion/sanidad/organigrama>

Policía Nacional - Dirección de Sanidad. (2016). *Informe de gestión vigencia 2016*. Bogotá DC.

Quintana, R. M., Mora Pérez, T. S. Y., Liuva, G. Z. T., & Armenteros, A. L. (2023, 30 de julio). *Modelo del queso suizo para el sustento de la cultura de seguridad del paciente en un hospital*. *MediSur*, 21. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v21n4/1727-897X-ms-21-04-858.pdf>

Ruiz, D. J., & Vargas, L. F. (2015). *Evaluación de las causas de los eventos adversos o incidentes que afectan la seguridad del paciente, en el Hospital Central de la Policía de enero 2012 a diciembre 2013*. Bogotá DC. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/44532413.pdf>

Sinisterra, K. N., & Borja, A. V. (2019). *Revisión bibliográfica de la evolución de la seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud*.

Velasquez, I. G., & Vega, E. G. (2015). *Caracterización de los eventos adversos y su manejo en el servicio de cirugía en una IPS de nivel III en la ciudad de Cali año 2012*. Cali.

Vivian, C. E., & Adriana, R. C. (2014). *Eventos adversos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E ocurridos en los meses de enero a junio 2013*.