

**ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO A LA GESTIÓN DE EVENTOS ESTABLECIDA EN
EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN DE
SALUD ACREDITADA DEL NORTE DE BOGOTA**

¹Karem Alejandra Parra Maldonado

²Karol Julieht Cañón Lopez

¹ Estudiante de la Universidad Santo Tomás- Sede Bogotá- correo: karemparra@usantotomas.edu.co

² Estudiante de la Universidad Santo Tomás- Sede Bogotá- correo: karolcanon@usantotomas.edu.co

Introducción

La OMS (2019) define la seguridad del paciente como una disciplina de la atención en salud que nace de la constante evolución de la complejidad de los sistemas sanitarios que puedan con llevar al aumento de ocasionar daño a los pacientes. El objetivo de esta disciplina es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que pueda presentar algún paciente durante la atención.

Los eventos adversos (daños ocasionados al paciente durante la atención) asociados a una atención insegura son una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, para los países con altos ingresos económicos se considera que 1 de cada 10 pacientes que reciben atención sanitaria sufren un evento adverso, de los cuales se considera que el 50% son prevenibles; y para los países de ingresos medios o bajos se estima que al año se producen 134 millones de eventos adversos lo que aproximadamente pueden causar 2,6 millones de muertes.

Por esta razón la OMS reconociendo que la seguridad del paciente es un tema prioritario para los sistemas de salud adopto lo resolución WHA72.6 del 2019 con la cual se busca promover la seguridad del paciente, generar conciencia y comprensión permitiendo trabajar todos en pro de la solidaridad y las acciones mundiales.

Uno de los puntos clave que incluye la resolución WHA72.6 del 2019 es que las instituciones puedan contar con sistemas de notificación de información, aprendizaje y

retroalimentación con el objetivo de conocer riesgos, errores y eventos adversos que permitan tomar medidas preventivas y correctivas sistemáticas que ayuden a brindar una atención segura.

En Colombia el decreto 1011 del 2006, actualmente derogado por el decreto 780 del 2016, oficializa el Sistema Obligatorio para la Garantía de la Calidad (SOGCS), como la normatividad y guía establecida para que los diferentes actores en salud puedan garantizar la calidad en la atención; uno de los atributos de este sistema es la Seguridad del Paciente la cual se ha venido consolidando como una prioridad sanitaria.

El SOGCS lidera la política Nacional de Seguridad del Paciente expedida en el 2008, que busca prevenir daños innecesarios o accidentales a los pacientes durante la atención médica, ya que los errores médicos y los eventos adversos evitables afectan a millones de pacientes cada año y es una de las principales causas de muerte en el mundo.

La política establece estrategias en pro de la atención sanitaria segura. Una de las estrategias dadas por esta, es la identificación y gestión de eventos de seguridad, que permiten conocer las fallas existentes en los procesos como: administración incorrecta de medicamentos, incorrecta identificación de los pacientes, caídas, fallas en procedimientos, etc. además de monitorizar el aumento o disminución de estos.

Los eventos de seguridad están definidos: como condiciones inseguras, incidentes, eventos adversos y eventos adversos centinela, dependiendo el grado de daño causado al paciente, por lo

que identificar y gestionar estos en una etapa temprana de ocurrencia ayudara a fortalecer la seguridad permitiendo que los profesionales de la salud pueden brindar la mejor atención a los pacientes y minimizar eventos adversos evitables, ya que la seguridad del paciente beneficia a todos.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, y reconociendo que la seguridad del paciente es un tema prioritario en cualquier sistema de salud, se busca con el presente documento analizar el cumplimiento de la gestión de eventos establecida en el programa de seguridad del paciente en la Fundación Cardioinfantil – LaCardio.

Teniendo en cuenta el presente proyecto, debe decirse que la motivación para realizar dicha investigación radica principalmente en la necesidad que se ha evidenciado en esta institución sobre temas de seguridad del paciente, ya que esta al ser esta una institución que presta servicios de alta complejidad tiene un alto riesgo de presentar atenciones inseguras, A raíz de dicha necesidad esta investigación se justifica desde los procesos que se deben mejorar, la normativa y su aplicabilidad.

Esta investigación busca brindar conocimientos sobre la necesidad de la gestión de los eventos en seguridad del paciente realizando una descripción de cómo se encuentra establecidos dichos procesos para finalmente realizar una comparación entre periodos.

El Objetivo general tiene como fin, Analizar el cumplimiento a la gestión de eventos establecida en el programa de seguridad del paciente en una institución de salud acreditada del norte de Bogotá.

Los objetivos específicos permitirán, *Describir como se realiza la gestión de eventos de seguridad del paciente en una institución de salud acreditada del norte de Bogotá y *Comparar la gestión de los eventos de seguridad del paciente en los periodos 2021 y 2022 en una institución de salud acreditada del norte de Bogotá.

Revisión de Literatura

La OMS en el 2019, define la seguridad del paciente como la disciplina de la atención en salud que tiene como objetivo prevenir, controlar y gestionar los riesgos que se puedan presentar durante la atención en salud, permitiendo tener un aprendizaje continuo. La seguridad del paciente se encuentra inmersa en los servicios de calidad ya que se busca brindar servicios eficaces, seguros y centrados en los pacientes. La OMS señala que algunas de las situaciones más frecuentes que impacta una atención segura son: los errores asociados al uso de medicamentos, Infecciones asociadas a la Atención en Salud, Procedimientos quirúrgicos pocos seguros, Practicas de inyección poco segura, Errores en los diagnósticos, Fallas en la transfusión sanguínea, Irradiación innecesaria y Tromboembolias venosas; lo que ha permiti3 que el enfoque Mundial para contribuir con el no da3o al paciente sea el de generar estrategias que mitiguen principalmente estos riesgos.

La Política Nacional de Seguridad de la paciente emitida en el 2008 refiere la seguridad del paciente como la prevenci3n de lesiones y da3os durante la atenci3n m3dica que busca garantizar la calidad y la seguridad en los procesos de atenci3n en salud.

Esta directriz dada por el Ministerio de Salud busca fomentar la cultura de seguridad del paciente en entornos de atenci3n m3dica promoviendo la comunicaci3n abierta y honesta, el trabajo en equipo, la identificaci3n y notificaci3n de eventos adversos, y el aprendizaje continuo para mejorar la seguridad.

Inmersa en la Pol3tica Nacional de Seguridad del Paciente se encuentra **la Gu3a t3cnica y Los paquetes instruccionales tambi3n dados en el a3o 2010** que busca promover y brindar estrategias que permitan implementar buenas pr3cticas de Seguridad del Paciente en las

instituciones de salud. Dentro de los 22 paquetes instruccionales se encuentra el paquete de Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, el cual refiere que los reportes institucionales de incidentes y eventos adversos es la herramienta primordial para gestionar los riesgos y poder evitar la ocurrencia de estos, sin embargo según estudios hechos solo el 6% de los eventos que ocurren son reportados, las causas principales son: miedo del personal a que hallan represarías laborales o jurídicas, el no quererse ver envueltos en tareas administrativas, por considerarse no necesario el reporte, por olvido a causa de múltiples tareas, por no quedar en evidencia como el que comete errores, por no tener un sistema de reporte fácil y al alcance del personal o porque simplemente no consideran que reportar sea parte de sus funciones, la profesión más adherente al reporte es enfermería y la menos adherente es la parte médica.

El paquete instruccional refiere que se deben tener en cuenta unas consideraciones fundamentales para generar cultura de reporte en las instituciones de salud: que se cuente con diferentes canales de reporte, que se promueva el auto reporte voluntario, que el reporte sea anónimo, que se reporten los incidentes y que existan análisis y acciones de mejora que permitan impactar las fallas en la atención.

(Rivera et al, 2020). Realizaron una investigación con el objetivo de: *“Determinar el efecto de las estrategias de supervisión de eventos adversos en la seguridad del paciente hospitalizado en EsSalud, La Libertad, Trujillo”*. Este estudio es de tipo cuantitativo explicativa. Esta investigación se aplicó un cuestionario sobre la seguridad de paciente con la escala de Likert esta cuenta con 44 ítems. Se evidencio que el 50% de las notificaciones de los eventos adversos fueron asignados a incidentes sin lesiones, mientras que el 34.6% de los casos si

presentaron algún tipo de lesión o complicaciones que pudieron ser evitadas. En conclusión, la seguridad del paciente las estrategias de supervisión de los eventos adversos son del 87.2% que se encuentra en un nivel medio, seguido de un nivel bajo del 12.8% acorde a la escala aplicada en la investigación.

(Bernal, 2020), Esta investigación se realizó con el objetivo de: *“Determinar la relación entre el Nivel de Percepción de la cultura de Seguridad del paciente y la notificación de eventos adversos referida por el personal asistencial de un hospital nivel I de la provincia de Ferreñafe, Lambayeque, Perú durante el año 2015.”* Es un estudio de tipo cuantitativa no experimental, esta investigación se realizó en un hospital de primer nivel de la provincia de Ferreñafe, Perú. El total de encuestados del personal asistencial encuestados fueron 91 del cual el 74% no reporto ningún evento adverso, el 18% del personal reportaron entre 1 y 2 eventos adversos y el 8% del personal reportaron más de 6 eventos adversos. Por esto podemos decir que únicamente el 26% del personal de la salud realizo el reporte sobre los eventos adversos ocurridos en dicha institución. En conclusión, se evidencio que el nivel de percepción en general sobre la cultura de seguridad del paciente por parte del personal asistencial es bajo ya que la mayoría del personal encuestado percibieron altos niveles de atención insegura, en consecuente esto se encuentra relacionado con el alto porcentaje de eventos no reportados por el personal.

(Da Silva, 2022), refiere en su investigación: *“Caracterización de los eventos adversos hospitalarios: Búsqueda activa vs Notificación espontánea”*, que, según la clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, un incidente es cualquier acontecimiento o suceso

que resulta o resultado de una atención en salud que no ocasiona daño al paciente a diferencia de los eventos adversos donde si se ocasiona daño. Se estima que el 10% de los pacientes hospitalizados sufren un evento adverso por lo que es de importancia su notificación mediante los dos métodos más utilizados; búsqueda activa o auto reporte, con el objetivo de reducir su ocurrencia y severidad.

(Martínez, 2021), Realizo un estudio con el objetivo de: *“Describir los factores relacionados con los eventos adversos por medicamentos en niños internados.”* Es una investigación descriptiva analítica que se realizó en cuatros instituciones de salud en Colombia. Se analizo 160 historias clínicas de usuarios pediátricos menores a 14 años, donde se evidencio 224 eventos adversos por medicamentos. En cuanto a los resultados, el 53.13% del total de los eventos adversos tuvo hospitalizaciones anteriores que se asoció a los eventos adversos por medicamentos. El 25.63% de los infantes habrían tenido entre dos y cuatro eventos adversos y el 1.25% entre siete y nueve eventos adversos por dichos medicamentos. En cuanto a las conclusiones se determina la necesidad de mejorar las políticas de seguridad en cuanto al manejo de medicamentos, aun mas si el personal que aplica o manipula los medicamentos no se encuentran capacitados sobre la farmacovigilancia y farmacodinamia en usuario pediátrico.

(Rivera et al, 2020). Realizaron una investigación con el objetivo de: *“Determinar el efecto de las estrategias de supervisión de eventos adversos en la seguridad del paciente hospitalizado en EsSalud, La Libertad, Trujillo”*. Este estudio es de tipo cuantitativo explicativa. Esta investigación se aplicó un cuestionario sobre la seguridad de paciente con la escala de

Likert esta cuenta con 44 ítems. Se evidencio que el 50% de las notificaciones de los eventos adversos fueron asignados a incidentes sin lesiones, mientras que el 34.6% de los casos si presentaron algún tipo de lesión o complicaciones que pudieron ser evitadas. En conclusión, la seguridad del paciente las estrategias de supervisión de los eventos adversos son del 87.2% que se encuentra en un nivel medio, seguido de un nivel bajo del 12.8% acorde a la escala aplicada en la investigación.

(Ibagué, 2021), Realizaron una investigación con el objetivo de caracterizar las caídas de pacientes ocurridas entre 2013 y 2016, y sus factores asociados en un hospital de alta complejidad de Bogotá (Colombia). Este estudio es de tipo estudio observacional retrospectivo; esta investigación se realizó un registro de caídas que sucedieron durante el periodo 2013 – 2016 en un hospital de alta complejidad de la ciudad de Bogotá. Se evidencio que hubo 951 caídas que ocurrieron durante el periodo anteriormente mencionado, el 63.1% fueron eventos adversos, el 54.2% fue catalogado como moderado y severo. En conclusión, los eventos adversos se deben intervenir y hacer acciones de mejora en las instituciones de salud. Se evidenciaron elementos intrínsecos como la edad y extrínsecos como la jornada laboral y su especialidad.

Metodología

La presente investigación tiene un enfoque de tipo descriptivo, cuantitativo, este enfoque se define como el análisis y la recolección de datos cuantificables para ser utilizada en un análisis estadístico y dar respuesta a las preguntas de investigación. Para esta propuesta se analizan los documentos institucionales como la Política de Seguridad del Paciente, Programa de Seguridad del Paciente, Instructivo para uso de metodología de análisis de eventos de seguridad, Instructivo para la gestión de incidentes y eventos adversos de los años 2021 vs 2022 dando como respuesta el cumplimiento a la gestión de eventos establecida en el programa de seguridad del paciente en la fundación cardiointantil- lacardio. La información cuantitativa se obtendrá del módulo de reporte de eventos de seguridad SIREs que se encuentra en el software que tiene cardio que se llama Almera, de donde se sacaran las gráficas para realizar un comparativo de años sobre la gestión de los eventos adversos de la institución.

Resultados

De acuerdo con la información obtenida en el transcurso del análisis, se presentan los resultados con base a la gestión de eventos establecida en el programa de seguridad del paciente en una institución de salud acreditada del norte de Bogotá.

Dando respuesta al primer objetivo específico se evidencio que la institución cuenta con el proceso documentado y descrito de la siguiente manera:

Política de Seguridad del Paciente (COD E-01-A-021): La cual tiene como objetivo establecer los lineamientos institucionales relacionados con la seguridad del paciente que permita

disminuir la incidencia de eventos adversos, implementando estrategias y fomentando la cultura del reporte. Adicional define los conceptos de **Eventos de Seguridad del Paciente, Incidente (Near miss), Evento Adverso Prevenible y No Prevenible y Evento Adverso Centinela.**

Programa Seguridad del Paciente (COD E-03-03-A-042): El cual tiene como objetivo promover el fortalecimiento de la cultura de seguridad con el fin de minimizar los riesgos que se puedan producir durante la atención, mediante el despliegue de estrategias que garanticen un resultado clínico seguro, confiable para los pacientes y sus familias. Este documento incluye dentro de su contenido como se debe realizar el reporte y de forma resumida la gestión de los eventos, adicional refiere 2 documentos “**Instructivo de respuesta y reporte de un evento de seguridad**” e “**Instructivo para la gestión de incidentes y eventos adversos**” los cuales de forma detallada permiten evidenciar lo anteriormente mencionado.

Instructivo de respuesta y reporte de un evento de seguridad (COD E-03-03-A-064):
Este documento es uno de los principales ya que describe todo lo relacionado al reporte, ya que según lo establecido en la institución, los reportes de seguridad deben ser reportados por medio de la plataforma SIREs a la cual tienen acceso directo y libre desde cualquier computador institucional los colaboradores, adicional cuentan con una línea telefónica institucional donde se puede realizar de forma más rápida e inmediata los reportes los cuales posterior son transcritos a la plataforma SIREs por lo profesionales de Seguridad del Paciente. Este instructivo también le permite conocer a todos los colaboradores de la institución: Que se debe realizar cuando se presente un evento de seguridad, Quien y Como se debe dar información al paciente cuando

ocurre un evento de seguridad y el paso a paso de cómo realizar el reporte desde el enlace de la plataforma SIRES.

A continuación, se presenta imagen del instructivo.

	INSTRUCTIVO DE RESPUESTA Y REPORTE DE UN EVENTO DE SEGURIDAD	Código: E-03-03-A-064
	SUBPROCESO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 9
		Vigencia: 3 años
		Fecha de Vencimiento: 05/2026

Reporte por SIRES (Sistema de reporte de eventos de seguridad)

PASO 1: Ingrese a la intranet o desde el icono del osito en el escritorio del computador (el cual está disponible en cualquier computador de la Institución).]



Instructivo para la gestión de incidentes y eventos adversos (COD E-03-03-A-070),

Este documento es la herramienta fundamental que permite conocer como se realiza la gestión de los eventos de seguridad desde la metodología hasta la parte operativa en la plataforma (SIREs).

A continuación, describimos como se realiza la gestión del evento de seguridad:

1. Se realiza el reporte según lo mencionado anteriormente

2. Al tener el reporte en la plataforma se hace lectura de lo reportado y de la Historia Clínica del paciente involucrado en el evento; en este momento se realiza una preclasificación definiendo si es Incidente, Evento Adverso, o un posible Evento Adverso Centinela; esto lo realiza el área de seguridad del paciente.
3. Al tener esa preclasificación el reporte es asignado a un analista de eventos de seguridad (Lideres médicos, lideres de enfermería, lideres de otras disciplinas de salud y lideres administrativos) quien deben realizar la investigación de lo ocurrido, utilizar la metodología que aplique al reporte (Incidente, Evento Adverso, etc) dar una conclusión y definir unas acciones de mejora que permitan dar solución a las causas y factores que contribuyeron a que ocurriera el evento, según aplique.
4. Por último, el reporte es devuelto al área de seguridad del paciente para su verificación (esto incluye la adecuada descripción, desarrollo y cierre de las acciones de mejora implementadas) posterior a esto se realizar el cierre del evento.

Lo anteriormente descrito se realiza para los incidentes y eventos adversos, ya que según lo establecido para el análisis los Eventos Adversos Centinela estos deben ser llevados a un comité de seguridad extraordinario “Reunión de lideres, personal involucrado y el área de seguridad del paciente” donde se aplica la metodología definida.

INCIDENTES				
TIPO EVENTO	METODOLOGÍA DE ANÁLISIS	TIPO ACCIÓN	COMO PLANTEARLA	TIEMPO RESPUESTA
INCIDENTE	Priorización por gestión del riesgo	Planes de mejora trimestrales por proceso o subproceso de acuerdo con priorización y/o frecuencia	<u>Plan de mejora:</u> Estructura definida institucionalmente-PHVA. Teniendo en cuenta que en las acciones principales debe haber mínimo una intermedia o fuerte.	Planes de mejora trimestrales

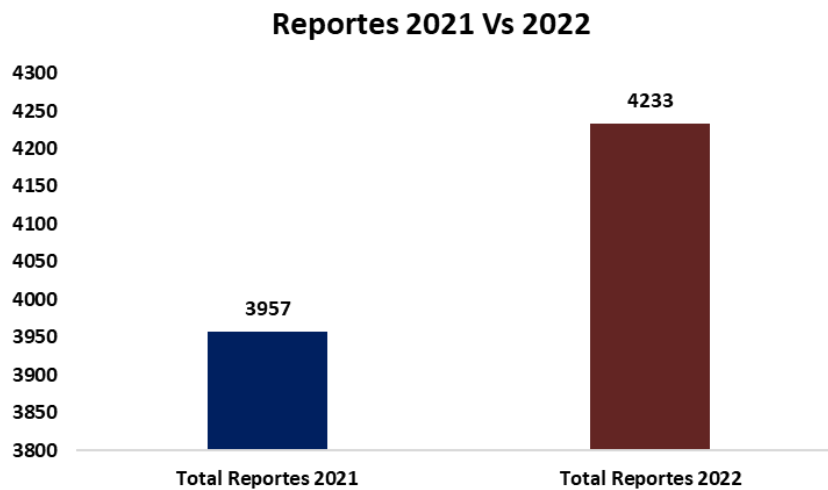
Imagen tomada - “Instructivo para la gestión de incidentes y eventos adversos”

EVENTOS ADVERSOS				
TIPO EVENTO	METODOLOGÍA DE ANÁLISIS	TIPO ACCIÓN	COMO PLANTEARLA	TIEMPO RESPUESTA
EVENTO ADVERSO	Protocolo de Londres	Acciones correctivas (Intermedias o fuertes)	*Qué, cómo, cuando, dondey responsable de desarrollarla acción. *Plantear mínimo 2 accionesy máximo cuantas se requieran. *Las acciones planteadas deben ser verificables o medibles y tener entregable. *Registrar todas las accionesque se lleven a cabo.	30 días
EVENTO CENTINELA	Análisis de Causa Raíz	Plan de mejora	Plan de mejora: PHVA. Teniendo en cuenta que las acciones principales debe haber mínimo una intermediao fuerte.	El planteamiento del plan de mejora debe definirse antes de 45 días y las acciones que lo componen en su ejecución no deben superar los 6 meses para la implementación.

Imagen tomada - “Instructivo para la gestión de incidentes y eventos adversos”

El área de seguridad del paciente realiza el acompañamiento a el análisis de los eventos adversos y los eventos adversos centinela.

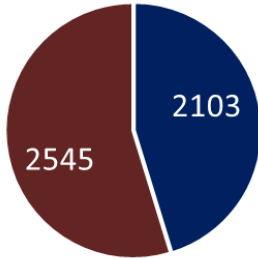
Para dar respuesta al segundo objetivo específico, A continuación, mostramos la comparación en la gestión de eventos de seguridad en una institución de salud acreditada de la ciudad de Bogotá en el año 2021 vs 2022.



Fuente: elaboración propia

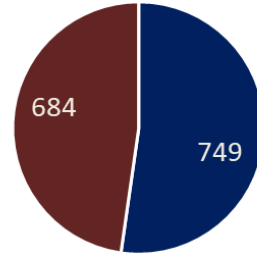
Se evidencia que el reporte aumento en un 7% lo que puede indicar que la institución ve como el fortalecimiento de la cultura de reporte.

Incidentes 2021 Vs 2022



■ Incidentes 2021 ■ incidentes 2022

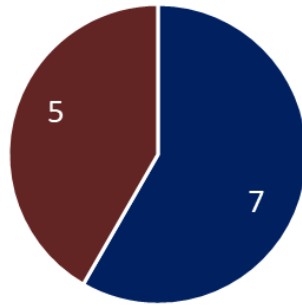
Eventos Adversos 2021 Vs 2022



■ Eventos adversos 2021 ■ Eventos adversos 2022

Fuente: elaboración propia

Eventos Adversos Centinela 2021 Vs 2022

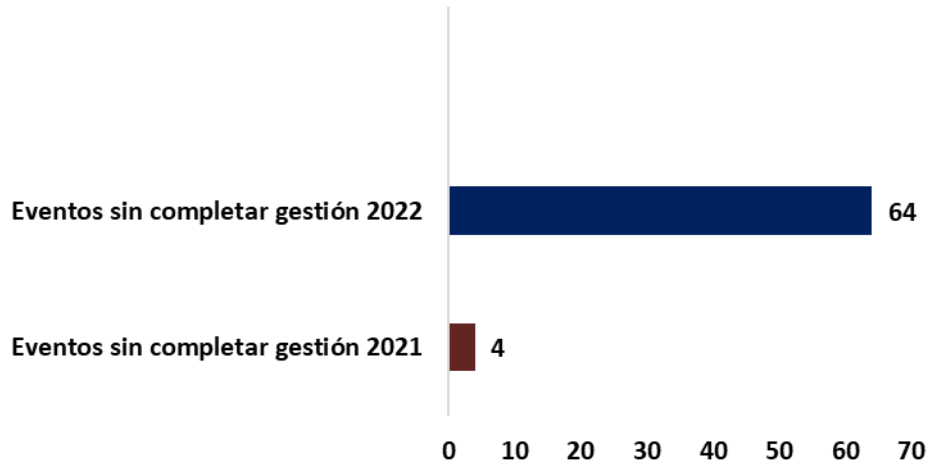


■ Eventos adversos centinela 2021 ■ Eventos adversos centinela 2022

Fuente: elaboración propia

En referencia con las gráficas anteriormente presentadas se puede deducir que la institución identifica las fallas antes de ocasionar daño al paciente y también puede indicarnos que las acciones y planes de mejora funcionan como barrera para evitar daño o hasta la muerte durante la atención

Eventos sin completar gestión 2021 Vs 2022



Fuente: elaboración propia

En esta grafica se evidencia que para el año 2021 se encuentran pendientes 4 eventos pendientes por completar el cierre Vs a 64 del 2022

Conclusiones

De esta investigación se puede concluir.

- Esta institución tiene clara la importancia de tener lineamientos y estrategias encaminadas a la seguridad del paciente y de esta forma mantener estándares de calidad.
- La institución cuenta con todos sus lineamientos de seguridad del paciente debidamente documentados, brindándoles a sus colaboradores las herramientas para generar reportes de seguridad que permiten gestionar y tomar decisiones frente al programa de seguridad del paciente.
- Los lineamientos frente a la metodología los tiempos y las acciones de mejora que se deben generar de estos reportes son claras y se encuentran alineadas a lo establecido normativamente
- Frente a los resultados dados en la comparación, la institución demuestra tener cultura de reporte.
- Con relación a la comparación del número de eventos pendientes por completar gestión, se debe revisar cuales son las causas que no han permitido cerrar el ciclo y poder generar correcciones de forma inmediata que permitan una mejora oportuna y continua
- Por parte del área de seguridad del paciente se debe hacer un monitoreo más exhaustivo del cierre del ciclo del evento.
- Se evidencia un mayor reporte de eventos adversos para el año 2022 en comparación al año 2021

Lista de Referencias

Bernal. (2020) *nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel i.*

<https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1383/1710>

Ministerio de Salud. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente:* <https://www.minsalud.gov.co>

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

Ministerio de Salud. (2010). *Seguridad del paciente y la atención segura - Paquetes instruccionales:* <https://www.minsalud.gov.co>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de salud. *Gestión de calidad y seguridad del paciente.* (2023, 15 agosto) Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/seguridadpaciente>
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Rebeca, M. R. C. (s. f.). *Factors related to adverse drug events in children hospitalized in four Colombian health institutions.* http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Rivera et al (2023). *Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. Edu.*

<https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/410/1041>

Rodríguez Ibagué LF, Gallego-Ardila AD, Quiroga Ardila YJ, Molina Eslava HI.

Caracterización y factores de riesgo de caídas en un hospital de alta complejidad de Bogotá (Colombia). Rev Cienc Salud. 2021;19(3):1-15.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10395>

Silva Nazário, S., de Almeida Cruz, E. D., Batista, J., da Silva, D. P., Pedro, R. L., & Laynes, R. L. (2022). *caracterización de los eventos adversos hospitalarios: búsqueda activa versus notificación espontánea.*

<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82040>

World Health Organization: WHO. (2019). *Seguridad del paciente. www.who.int. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety*