



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Eventos adversos prevalentes en pacientes hospitalizados bajo la modalidad de
atención domiciliaria en Colombia en el periodo 2015-2021**

**Prevalent adverse events in patients hospitalized under the modality of home care
in Colombia in the period 2015-2021**

**Andrés Felipe Acevedo Calderón
Carolina Pumarejo Orozco**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2022**

Eventos adversos prevalentes en pacientes hospitalizados bajo la modalidad de atención domiciliaria en Colombia en el periodo 2015-2021

Prevalent adverse events in patients hospitalized under the modality of home care in Colombia in the period 2015-2021

Autores

Andrés Felipe Acevedo Calderón

Carolina Pumarejo Orozco

Monografía para optar al título de Especialización Auditoria en Salud

Asesor

Luis Eybar López Salazar

Docente MD MBA PhD

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín, Colombia

2022

Tabla de Contenido

Lista de tablas	4
Lista de figuras	5
1. Introducción	6
2. Planteamiento del problema	7
3. Justificación	9
3.1 Viabilidad y factibilidad	9
4. Objetivos	12
4.1 Objetivo general.....	12
4.2 Objetivos específicos.....	12
5. Marco Referencial.....	13
5.1 Marco Conceptual.....	15
6. Metodología	23
7. Resultados	27
7.1 Principales eventos adversos prevenibles según cada tipo de atención domiciliaria en Colombia en el periodo 2015-2021.....	27
7.2 Eventos adversos en Atención Hospitalaria Domiciliaria Recomendaciones.....	32
7.3 Acciones para minimizar el riesgo en caso de que se presente un evento adverso.	39
8. Conclusiones	42
9. Recomendaciones	43
Bibliografía.....	44

Lista de tablas

Tabla 1 Índice de Barthel, según diez actividades y cinco niveles de puntuación.	18
Tabla 2. Beneficios de la atención Hospitalaria según actores.....	20
Tabla 3. Análisis de los documentos seleccionados.....	24
Tabla 4. Diferencias entre hospitalización y atención a domicilio	29
Tabla 5. Atención programada y solicitada.....	30
Tabla 6. Gravedad del evento adverso.....	37
Tabla 7. Principios y garantías en atención hospitalaria domiciliaria	39

Lista de figuras

Figura 1. Representación gráfica del modelo explicativo.....	33
Figura 2. Modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos	35

1. Introducción

La hospitalización domiciliaria tiene sus inicios en Norteamérica específicamente en Nueva York en el año de 1947, la cual surge con el fin de descongestionar los servicios de hospitalización y brindar una atención al paciente en un ambiente cálido y familiar como apoyo para la recuperación de su enfermedad [1]

En Colombia la hospitalización domiciliaria está descrita en la resolución 5261 de 1994, definida como “Aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia” [2], que surge como una alternativa para la atención de pacientes crónicos para la prestación de cuidados médicos y su rehabilitación. En ese sentido, la hospitalización domiciliaria puede traer consigo daños no intencionados prevenibles o no prevenibles; Los eventos adversos se definen como “Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado” [3].

Existen diferentes categorías de eventos adversos por ejemplo relacionado con medicamentos, con el acceso venoso, el uso de equipos médicos, infecciones, heridas como úlceras por presión o quemaduras y asociados a caídas [4]. Según estudios realizados en Canadá el 23,1% de los eventos adversos presentados en el domicilio corresponden a los relacionados con la administración de medicamentos.

En Colombia es limitada la literatura que identifica el comportamiento o la tendencia de los eventos adversos asociados a hospitalización domiciliaria por lo cual diferentes estudios deben ser realizados.

2. Planteamiento del problema

En relación con los eventos adversos que se presentan en la prestación de los servicios de salud ha sido poca la investigación en cuanto a la atención domiciliaria [5]. El informe IBEAS “prevalencia de eventos adversos” en hospitales de Latinoamérica, los más frecuentes fueron los relacionados con la infección nosocomial, seguidos de los relacionados con algún procedimiento, los cuidados y la medicación, la mayoría de los EA (61,2%) prolongaron la hospitalización unos 10,4 días de media, en Colombia se encontró que la prevalencia global de pacientes con algún EA fue de un 10,5% y un acumulado de 36,2%, en 11.555 pacientes censados como ingresados en un total de 58 hospitales incluidos en el estudio [6]

Nuestro sistema obligatorio de garantía de calidad define la seguridad como aquellos elementos de estructura, procesos, instrumentos y metodologías, basados en evidencia científicamente probada que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso o de mitigar sus consecuencias [3]. La seguridad, por lo tanto, es un atributo fundamental de la calidad de atención, que por sí misma, tiene como propósito ser segura, es decir, libre de daño. Sin embargo, durante su entrega, suceden errores que pueden o no causarle daño al paciente. El error es la falla al terminar una acción como fue planeada (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para terminar una acción (error de planeación) [2].

En ocasiones, el error es interceptado antes de que se materialice en la atención. A estos indicios de atención insegura la literatura internacional les llama *call close*. Cuando el error se materializa, pero no causa daño, al paciente se le denomina *near miss*. En Colombia se ha adoptado el concepto de incidente. Cuando causa daño, a este resultado se le denomina evento adverso. Desafortunadamente, para nuestros pacientes, esto último ocurre con frecuencia, causando incluso, en ocasiones la muerte del paciente. Por ello, es posible afirmar que los errores clínicos son causa de morbilidad y mortalidad prevenibles [3].

“Actualmente, la atención domiciliaria está destinada a la atención de personas mayores con algún grado de dependencia, pacientes con cáncer, enfermedades degenerativas, así como a brindar cuidados paliativos” [7]. teniendo en cuenta que la mayor población atendida en la hospitalización domiciliaria son los pacientes con enfermedades crónicas mayores de 65 años se enfocarán objetivos específicos en esta población para caracterizar los eventos adversos prevalentes que se puedan prevenir.

La estancia hospitalaria suele ser estresante y agotadora, de forma física y emocional para el paciente y la familia. Además, el costo de la hospitalización para el sistema de salud es muy alto, sin mencionar que estas consecuencias nocivas se multiplican cuando se trata de estancias hospitalarias prolongadas [8], debido a esto nace la hospitalización domiciliaria como alternativa para prevenir complicaciones intrahospitalarias y mejorar la salud emocional del paciente al lado de su familia.

La hospitalización domiciliaria trae consigo beneficios tanto para los pacientes como las entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB), ya que el paciente cuenta con un ambiente familiar, y para las EAPB ayuda a la descongestión de servicio de hospitalización, menor gasto económico y la disminución de eventos adversos y complicaciones intrahospitalarias; existen eventos inherentes a los procesos de atención al cliente y son los eventos adversos en la prestación de los servicios.

Por lo anterior, la intención de esta monografía consistente en profundizar los eventos adversos a los cuales están expuestos los pacientes atendidos en su domicilio, caracterizando aquellos más prevalentes, a partir de un análisis que permita generar estrategias de prevención orientadas al mejoramiento de la calidad de atención en el campo de la auditoría en salud.

Con ello, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los eventos adversos que prevalecen en la hospitalización domiciliaria en Colombia en el periodo 2015-2021?

3. Justificación

La presente monografía tiene como objetivo principal el estudio de los eventos adversos que ocurren en los pacientes hospitalizados en casa teniendo en cuenta las categorías más prevalentes, impactando así en el curso de la enfermedad y en el costo que genera la ocurrencia de estos eventos.

Como personal asistencial de la salud nos lleva a preguntarnos y estudiar de qué manera podemos prevenir eventos adversos en los pacientes que con mayor frecuencia son hospitalizados en casa, es decir la población adulta con enfermedades crónicas, que, debido a sus patologías, estado emocional, además de recibir asistencia médica necesitan apoyo por parte de sus familiares, tener un ambiente más cómodo y cálido.

Para la auditoría en salud es importante la calidad de la prestación de los servicios en salud, y la seguridad del paciente, por ende, el caracterizar y analizar los eventos adversos en este modelo de hospitalización nos lleva a identificar de qué manera se pueden prevenir los mismos para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

El pensar que la prestación de un servicio en salud no lleva consigo riesgos es un imposible. Pero es trabajo del auditor cuidar y velar por la seguridad y satisfacción del paciente realizando planes de mejoramiento continuo para evitar riesgos que tengan desenlaces fatales.

3.1 Viabilidad y factibilidad

Política

Los eventos adversos se consideran una problemática de salud pública ya que las muertes producidas por los mismos sobrepasan la mortalidad por causa de accidentes de tráfico y de cáncer de seno en algunos países, por lo que se debe encontrar soluciones para poder brindar apoyo para la reducción de estas situaciones de riesgo [9] Los eventos

adversos se han distinguido como la injuria producida por el error, que a nuestro modo de ver no solo implica al médico sino al equipo de salud y a la misma institución [9].

Legal

El tema de la monografía se desarrolla y se apoya en la normatividad vigente en Colombia:

- Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
- El Decreto 1043 de 2006 plantea las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 5521, Art.8: servicios extrahospitalarios de salud, a domicilio, y con la participación de la familia. Es una alternativa a la atención hospitalaria.
- Resolución 5521, Art.29: responsabilidades de las EPS de garantizar que las condiciones en el domicilio sean las adecuadas.

Técnica

Para la realización de la presente monografía se cuenta con la intencionalidad y conocimientos de sus autores para su elaboración, además también se cuenta con los materiales bibliográficos, normas vigentes, equipos necesarios para búsqueda de información y análisis.

Social

Socialmente impactará en la medida que servirá como insumo para identificar los eventos adversos que se presentan con más frecuencia en la hospitalización domiciliaria y de esa manera poder intervenir en las causas que lo originan y hacer atenciones seguras a los pacientes

Factibilidad

Se cuenta con los recursos bibliográficos suministrados por bases de datos de la universidad, docentes y tiempo, que permitieron la estructuración y desarrollo de la presente monografía.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Identificar los eventos adversos prevalentes que se presentan en pacientes hospitalizados bajo atención domiciliaria en Colombia entre los años 2015-2021

4.2 Objetivos específicos

- Detallar los principales eventos adversos prevenibles según cada tipo de atención en los trabajos revisados.
- Establecer recomendaciones que permitan la disminución en la ocurrencia de eventos adversos y así garantizar la seguridad del paciente.

5. Marco Referencial

Antecedentes

La atención en salud en el domicilio tendría su primera aparición gracias a la sugerencia por parte del Hospital Guido Montefiore en Nueva York de realizar un tipo de hospitalización domiciliaria en el año 1977, la cual daría lugar al deseo por parte del equipo médico de realizar una atención que permitiera que el paciente con enfermedades crónicas y letales tuviera un poco más de tranquilidad, al igual que se esperaba que se disminuyera las atenciones a enfermos dentro del hospital, ya que en la época se contaban con recurso limitado. Ya para el año 1951 en París se evidenciaría el desarrollo de esta Hospitalización Domiciliaria, formalizándose este servicio, con la creación del “Hospital Tenon” sin ánimo de lucro, que presentaba un servicio de atención comunitaria y de hospitalización [10].

Seguidos en este proceso de Hospitalización Domiciliaria y con base en lo establecido en la “Asamblea Mundial de la Salud (1975)” se articula la Atención Primaria Domiciliaria (APD), alineados a los diferentes modelos económicos, sanitarios y sociales que se presentaban en la época. A partir de este momento comenzaría la adopción de APD de diferentes países, Cuba en 1986 sería la primera en adoptar un sistema en el que se involucraba a la familia en la atención del paciente y no solo se deja a cargo el equipo médico y los enfermeros [11]

En Colombia la adopción de la atención Domiciliaria tendría apertura en el año 1993, por medio de la implementación de la Ley 100 [12], la cual daría apertura a diversas acciones y estrategias basadas en la Hospitalización Domiciliaria. Desde el año 1994 en la resolución 5261 se encuentra descrita la atención domiciliaria en Colombia como la atención que está encaminada en brindar servicios de salud en la residencia del paciente, con el apoyo del personal asistencial en salud y la participación de la familia y/o cuidadores del paciente [2].

Debido al crecimiento demográfico en Colombia, el sistema de salud ha sido obligado a realizar reformas estructurales que ha llevado a la creación de instituciones de atención domiciliaria para la atención a pacientes crónicos afiliados al instituto nacional de seguros sociales, y fue implementado a través de fallos judiciales en los cuales se obligaba a la empresa prestadora de servicios de salud a garantizar la atención y cuidados médicos a los pacientes en su domicilio ya que son una alternativa eficiente para la atención de paciente que debido a su discapacidad, cronicidad o por lo poca disponibilidad de camas en los servicio de hospitalización [13].

Estas prácticas de apoyo hacia la presencia de un servicio médico de familia, se responsabilizaba del núcleo familiar, mientras el encargado de la prestación de servicios de salud para la época era el Seguro Social, brindando prestaciones y servicios de salud a toda la comunidad trabajadora y asalariada tanto del sector público como del privado, al igual que atendería a la población vulnerable y con altos índices de pobreza en el país [14].

Ya en la época de los noventa, se presentaría la promulgación de la Ley 100 de 1993, que buscaba la cobertura de manera universal en atención en salud de toda la población colombiana por medio de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), durante este proceso de cobertura universal se implementaría nuevas técnicas más desarrolladas sobre tratamientos y procedimientos que permitieran minimizar las problemáticas que se presentaban en la época por la falta de recursos hospitalarios suficientes para atender la demanda en salud dentro de las clínicas y los hospitales, como lo era la atención en el domicilio [15].

Esta atención en el domicilio, con el paso de los años, ha tomado más peso, por tal motivo se han otorgado diferentes modalidades y programas para lograr que se efectúe la presentación del servicio de manera adecuada, con los conocimientos por parte de los cuidadores adecuados y del crecimiento constante [12], y regidos por la normatividad, leyes, decretos y acuerdos, así, como lo establece la Resolución 13431 de 1991, la cual

proporciona de manera clara cuales son los deberes y los derechos de los pacientes alineados a la Declaración de los Derechos de los Pacientes [16].

5.1 Marco Conceptual

La atención domiciliaria se conceptualiza en el grupo de acción que enmarcan aspectos psicológicos, físicos y sociales alineados desde aspectos interdisciplinarios en los que se deben tener en cuenta tratamientos y procesos de recuperación del paciente, dentro del hogar, permitiendo que el familiar se convierta en una ayuda del sector salud, aportando los cuidados desde aspectos sanitarios y sociales que enmarquen el entorno del sujeto, mejorando de este modo la calidad de vida del paciente [17]

Por otro lado, se conceptualiza la atención domiciliaria, como una manera de apoyo y ayuda por medio de la asistencia dentro del hogar, ya que para la paciente resulta difícil asistir al hospital, dispensario o clínica debido al diagnóstico realizado por el equipo médico [18].

Por otro lado, la Organización Mundial de Salud, lo conceptualiza como:

“La provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales en el hogar con el fin de restablecer o promover el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte” [19].

La definición anterior permite englobar a todo tipo de atención que se ejecuta bajo un contexto dentro del hogar, la igual que introduce dentro del ámbito familiar la figura del cuidador no formal, fomentando el cuidado y la participación de los integrantes de la familia en el proceso de atención domiciliaria. Lo que permite definir también el concepto de hospitalización domiciliaria como:

"Trasladar al hogar del paciente el personal, los servicios y la tecnología necesarios para su recuperación o tratamiento en igual cantidad y calidad que en

el hospital, propiciando la participación del paciente y su familia en el proceso terapéutico" [19].

En Latinoamérica se ha presentado un impulso sobre la hospitalización domiciliaria, por medio de resoluciones y decretos desde 1996, en donde la OMS ha iniciado programas dirigidos a la promoción, estandarización del funcionamiento de la modalidad de atención mediante el uso de costos y recursos razonables, con base en lo anterior se presentan diversos tipos de presentación de servicios de hospitalización domiciliaria, los cuales se presentan de acuerdo a los diferentes tipos de entidades, a continuación se presentan las más determinantes:

- Entidades Promotoras de Salud (EPS). Empresas que se dedican al aseguramiento de la población, basados en herramientas de Atención Domiciliaria.
- Extensiones en servicios hospitalarios.
- Empresas independientes, las cuales se encargan de la compra y venta de servicios, para asegurar a pacientes particulares.
- Extensión de Centros Médicos de nivel básico, en las cuales se aplican modelos basados en la medicina familiar.

Para hospitalización domiciliaria existen unas condiciones mínimas requeridas para la atención de estos pacientes:

- Voluntad de ser atendido en domicilio que tanto el paciente como su familiar estén de acuerdo en recibir atención en su hogar posterior a ser brindada la información adecuada sobre el programa de atención domiciliaria y que tipo de atención va a recibir [20].
- Disponer de comunicación telefónica, así como de servicios públicos básicos para recibir atención médica evitando con esto que el hogar sea un factor de riesgo para complicaciones y eventos adversos [20].
- Que la residencia cuente con fácil acceso y se encuentre dentro del área cobertura de la unidad de atención domiciliaria. [20]

- Contar con la disponibilidad de un cuidador en el domicilio quien acompañará en el proceso de la enfermedad al paciente brindándole sus cuidados.
- Condiciones higiénicas y sociofamiliares adecuadas [20].
- Tener Certeza diagnóstica y estabilidad clínica del paciente [20].

La atención domiciliar se clasifica de acuerdo con la situación del paciente:

- **Agudos** donde encontramos patologías infecciosas como las neumonías, pielonefritis, antibioticoterapia endovenosa, enfermedades neurológicas, vasculares, nutrición parenteral e incluso paciente con ventilación mecánica a domicilio.
- **Crónicos reagudizados** enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatías, hepatopatías crónicas, neoplasias y enfermedades terminales; y pacientes postquirúrgicos postoperatorio inmediato de cirugía menor y media, postoperatorio tardío y complicaciones de cirugía mayor, postoperatorio de cirugía traumatológica y ortopédica, y el tratamiento de escaras y úlceras cutáneas [1].

Los pacientes que cursan con enfermedades crónicas no transmisibles como la falla cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus, la demencia, presentan descompensaciones las cuales los llevan a concurrir en hospitalizaciones y no obstante estabilizarse de su patología desequilibrada, de tal manera que se deteriora la funcionalidad lo cual lleva a la discapacidad y postración al final de la vida que en la mayoría de los casos amerita hospitalizaciones domiciliarias [21]. Lo que nos lleva a la necesidad de realizar una valoración de la función física del paciente y definirlo como un paciente crónico con necesidad de atención domiciliar; es por esto por lo que existen escalas para valorar el nivel de independencia de los pacientes como lo es el índice de Barthel descrita a continuación [22]

Tabla 1 Índice de Barthel, según diez actividades y cinco niveles de puntuación.

Actividad	Incapaz de hacerlo	Intenta, pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado silla/cama	0	3	8	12	15

Nota. tomado de [23]

Los resultados se interpretan así:

0-20: Dependencia total

21-60: Dependencia severa

61-90: Dependencia moderada

91-99: Dependencia escasa

100: Independencia

La hospitalización domiciliaria depende de diferentes aspectos para lograr su funcionamiento como lo son el perfil de la población atendida su eficacia económica y el ámbito sanitario donde se desarrolla, lo que la hace un modelo de atención con ventajas y atractivos tanto para el paciente entidades prestadoras de salud y hospitales, podemos destacar ventajas para los paciente y familiares una mejor atención participación y responsabilización, mejor calidad de vida e intimidad del paciente.

Por otro lado, se considera que una asistencia personalizada y más humanizada, menor riesgo de iatrogenia, prevención de hospitalizaciones psíquicas; en cuanto a los hospitales se benefician de mayor rentabilidad de sus recursos disponibles, índice de giro cama menor, reducen las instancias hospitalarias innecesarias y posibilita la mejora de los servicios de salud; el sistema sanitario también obtiene beneficios de la hospitalización domiciliaria ya que tiene un uso más eficiente de los recursos sanitarios, asistencia más humanizada, disminución de costos y la posibilidad de una atención continuada e integral entre los profesionales de atención primaria hospitalaria y social [1].

Cuando la hospitalización es domiciliaria implica una participación de la familia para llevar a cabo las prácticas en salud dirigidas por el personal médico asistencial lo que lleva a tener una relación particular e íntima con la familia y el paciente brindando una atención integral en salud [7]. Sin embargo, existe sobre carga del cuidador que causa estado de agotamiento, estrés emocional, desarrollando incluso enfermedades mentales, lo cual constituye una desventaja de la hospitalización domiciliaria (aspectos conceptuales).

Dentro de las desventajas se puede incluir el costo que genera a las familias el tener a su familiar hospitalizado en casa ya que aumento el consumo de energía eléctrica en caso de usar concentradores de oxígeno, o en caso de requerir un cuidador externo si llegara a ausentarse el familiar, también puede existir la necesidad de reingresos hospitalarios por complicaciones del proceso de la enfermedad, se puede presentar también la aparición de eventos adversos con capacidad de respuesta lenta en comparación a una hospitalización convencional ya que el personal médico no se encuentra permanentemente con el paciente para una atención inmediata. [7]

En la siguiente tabla se presentan los beneficios de la atención Hospitalaria, desde cada uno de los actores:

Tabla 2. Beneficios de la atención Hospitalaria según actores

Actor	Beneficios
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Permite que el paciente sea atendido en su propio entorno. • Es posible la participación del paciente y su familia dentro de un proceso terapéutico y de autocuidado. • Se presenta una disminución en el gasto en el que incurre el paciente y su familia por el motivo de hospitalización. • Se disminuye cualquier tipo de riesgo de una infección hospitalaria, considerándose que más del 5% de los pacientes hospitalizados aumentan su estadía debido a esta clase de infecciones y en múltiples casos pueden llevar hasta la muerte.
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la estancia hospitalaria y permite que se aumente la rotación de las camas permitiendo con ello un mayor número de pacientes atendidos dentro de las clínicas. • Se considera aconsejable recurrir a ella cuando el paciente se encuentra en una fase estable de recuperación y que no requiere ya de unos servicios específicos otorgados por el hospital o la clínica. • Simplifica la administración, ya que la atención hospitalaria requiere de exigencias especificadas en la normatividad de cada país las cuales generan costos para los pacientes de larga estancia.
Asegurador	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la disponibilidad por parte de los recursos hospitalarios para cada 1 de sus afiliados. • Permite que los pacientes y familiares se encuentren más satisfechos gracias a la interacción que se presenta al momento de realizar una atención hospitalaria. • Permite que se realice una racionalización de los costos en hospitalización.

Fuente: Realización propia, tomado información de [7]

Como se logra identificar, los beneficios son múltiples, utilizándose como una alternativa de interacción del paciente con su familia y su hogar, sobre todo para personas con

patologías que requieren de tratamiento con complejidad. Al igual que se establece que este tipo de atención puede beneficiar al paciente durante su final, mejorando la atención y ayudando a la satisfacción del paciente y sus familiares [19].

Aunado a lo anterior, es importante la definición de términos esenciales para poder abordar el tema de eventos adversos y hospitalización domiciliaria:

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias [3].

Atención en salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Atención domiciliaria: Modalidad de prestación de servicios de salud extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

Cuidados paliativos: Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal [24]

Enfermedad crónica: degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida: Es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto [24].

Indicio de atención insegura: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Falla de la atención en salud: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.

Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.

Fallas latentes: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

6. Metodología

El siguiente trabajo es una monografía expositiva, realizada a través del análisis del conocimiento ya existente para profundizar en el tema elegido.

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos científicas Pubmed, Google Scholar, Scielo a partir del uso de términos identificados en MESH y DECS con el posterior análisis bibliográfico de la literatura identificada.

Adicionalmente se buscó en la página del Ministerio de Salud y Protección Social normatividad vigente en Colombia para hospitalización domiciliaria y guías para la seguridad del paciente en la atención en salud.

Se realizó búsqueda en inglés y español con las palabras claves, filtrando desde año 2015 al 2021, se realiza lectura de resúmenes y análisis de la información de artículos encontrados, usando AND y OR como operador lógico.

Los artículos preseleccionados se registraron en un cuadro de búsqueda de Excel, donde se organizaron de acuerdo con la concordancia con cualquiera de los objetivos a desarrollar, registrando su título, fuente, objetivo, resumen y pertinencia.

Keywords: Hospitalization, Homecare, Adverse Events, Patient Safety, Chronic Patient.

Palabras Claves: Hospitalización, cuidado en casa, eventos adversos, seguridad del paciente, Paciente crónico

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos excluidos	Artículos seleccionados
Pubmed	56	53	3
Google scholar	1.640	1636	4
Scielo	222	221	1

Fuente. Realización propia.

Dentro de esto ocho artículos se destaca la siguiente información:

Tabla 3. Análisis de los documentos seleccionados

Titulo	Objetivo	Pertinencia con la investigación
Evento adverso y salud pública / Adverse event and public health [9]	Artículo de investigación en el que se evalúa el evento adverso y la salud pública.	Se logra identificar como es necesario que se trabaje más en la salud pública para lograr una disminución de eventos adversos, permitiendo generar acciones que se dirijan hacia la prevención y el control de estos eventos, las cuales permiten cerrar brechas en la dinámica de estos eventos, en donde se debe involucrar al Ministerio de Protección Social al Plan Nacional de Salud Pública. [9]
Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature [4]	Se evalúa mediante una revisión el alcance que se presenta en la ocurrencia de eventos adversos que son experimentados por pacientes de atención domiciliaria.	Permite identificar que los eventos adversos se asocian a problemas de comunicación, por lo que se considera que es necesario que se desarrollen estrategias políticas enfocadas hacia la mejora de evaluación, seguimiento, educación, coordinación y comunicación [4].
Análisis de caso de la prestación de servicios de salud en atención domiciliaria, en el contexto de tres IPS en Bogotá, D.C [15]	Identifica las atenciones domiciliarias en tres IPS que se encuentran ubicadas en Bogotá, para con ser desarrolladas de manera eficiente y lograr ser incorporadas en el portafolio de servicios.	Se logra identificar por medio de la investigación, como el servicio de atención domiciliaria, se ha venido fortaleciendo cada vez más en el campo de las IPS, considerándose como un modelo de atención atractivo de atención para pacientes que no están en capacidad de salir de sus hogares. Siendo entonces, como una oportunidad de negocio que se desarrolla para beneficiar al

Titulo	Objetivo	Pertinencia con la investigación
Prevalencia de eventos adversos en el programa de atención domiciliaria. Bogotá. 2014 - 2015 [25]	Establecen cuales son los tipos de eventos pueden impactar la calidad de la atención domiciliaria en pacientes crónicos.	paciente y la situación en la que se encuentra. [15] Gracias a la investigación se identifica una presencia mínima del 1.0% relacionado a eventos adversos, esto debido al buen manejo de información y preparación a los familiares y cuidadores, por otro lado, se identifica que el principal evento adverso es la caída de pacientes desde su propia altura, lo que se considera como un evento leve. [25]
Atención de la salud en domicilio: aportes desde la bioética [7]	Identifica los posibles desafíos éticos que pueden involucrarse en la atención de la salud en domicilio, todo ello enmarcado desde una perspectiva bioética.	Por medio del artículo se logra identificar como la Atención de la salud en domicilio, es un tema que se relaciona con todo el mundo y hace frente a la demanda política, social, cultural e institucional, por tal motivo se han involucrado en el status oficial de atención de la salud y la importancia de que estos sean incorporados siempre y cuando se apliquen los estándares referidos a la bioética, la atención y el cuidado [7].
Descripción y análisis del modelo de hospitalización domiciliaria. [26]	Se destaca la prevalencia sobre la atención ambulatoria y propicia de la transferencia del paciente de hospital hacia su hogar.	Se logran identificar los beneficios que se establecen tanto para el paciente, como para la clínica, reconociendo que la atención en un ambiente familiar permite introducir la figura del cuidador no formal, dentro de un contexto de salud, permitiendo la atención al paciente con miras a lograr una participación del

Titulo	Objetivo	Pertinencia con la investigación
Patient safety Global action on patient safety [27]	Por medio de un informe sobre la atención de la salud	paciente y su familia en el proceso terapéutico [26] Se logra identificar que los nuevos tratamientos, tecnologías y modelos de atención pueden generar efectos negativos en los pacientes, por tal motivo es necesario abordar estrategias enfocadas en la seguridad del paciente.
Atención domiciliaria en salud realizada por instituciones Prestadoras de salud en la ciudad de Bogotá y su relación con la Atención primaria en salud [28]	Por medio de la investigación se logran describir cuales son las características que se presentan en la modalidad de Atención Médica en el Domicilio, involucrando cuales son los intereses que median la implementación relacionada con la atención primaria.	La AMD presenta un efecto positivo en el estado de salud de las personas sobre todo para la Atención Primaria en Salud, por tal motivo es necesario que las IPS desarrollen estrategias en las que se involucren estas acciones de atención que beneficien al paciente.

Fuente: elaboración propia.

7. Resultados

A continuación, se desarrollan cada uno de los objetivos específicos que son propuestos para esta investigación. El desarrollo de los siguientes objetivos se realiza con base en la revisión bibliográfica desarrollada como herramienta metodológica, haciendo uso de los artículos seleccionados, al igual que se tiene en cuenta normatividad vigente y diversos autores.

7.1 Principales eventos adversos prevenibles según cada tipo de atención domiciliaria en Colombia en el periodo 2015-2021.

Para Suarez en el año 2012, el cuidado domiciliario se considera como un recurso que permite generarle al paciente una asistencia sanitaria sin necesidad de realizar algún traslado del paciente, esto se considera determinante para aquellos pacientes que se encuentran en incapacidad física y no tienen la posibilidad de un desplazamiento hacia un centro de salud, debido al padecimiento de enfermedades crónicas, enfermedades mentales, diabetes, complicaciones como accidente cerebrovascular, alguna otra limitación obstructiva crónica y/o enfermedades terminales que conllevan a que el paciente no se encuentre en una calidad adecuada y que por el contrario padecen limitaciones de funcionalidad, estas enfermedades causan graves síntomas que requieren de una situación de cuidado especial, por tal motivo los programas de atención de salud permiten mantener un control previo de las enfermedades crónicas degenerativas en pacientes complicados. [29].

Considerando al cuidado domiciliario como una opción asistencial que logra que se le otorgue un cuidado de salud y de calidad en un ambiente sanitario más seguro, sobre todo para las personas mayores, siendo este tipo de hospitalización en su propio domicilio una posibilidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes agudos, crónicos y degenerativos, los cuales requieren de cuidados paliativos o de una asistencia de tratamiento a corta estancia [30]

En Colombia se define la atención primaria domiciliaria, como un modelo en el que se presta un servicio público en salud, alineado bajo una estrategia de atención primaria que permite la acción y coordinación del Estado, de las instituciones de salud y la sociedad misma para lograr un mejoramiento en la calidad de vida de la población. Dentro de las enfermedades prevalentes se encuentran aquellas que son crónicas y degenerativas, con respecto a la atención de salud para la población que lo requiere se considera que en Colombia se presenta una accesibilidad en la prestación de servicios en salud de cuidado domiciliario considerando que los programas de atención domiciliaria son nuevos. Estas enfermedades no transmisibles consideradas como crónicas degenerativas, cardiovasculares, disminuyen la esperanza de vida de la población colombiana y se consideran como una problemática de la salud, por tal motivo se realizan acciones enfocadas hacia la realización de programas especiales que permiten el cuidado en casa. pero en la actualidad se han desarrollado modificaciones y mejoramientos que permiten el cuidado domiciliario basados en el Modelo Integral De Atención De Salud (MIAS).

Atención integral a domicilio

La atención domiciliaria se considera como un recurso que promueve la asistencia sanitaria y beneficia al paciente en situación de incapacidad física o imposibilidad de desplazarse en un centro de salud [31], a continuación, se presentan las características que definen la atención domiciliaria:

1. Se considera como una atención longitudinal y continuada.
2. Es necesario que sea realizada en el domicilio de la persona.
3. Debe realizarse bajo una concepción de atención biopsicosocial.
4. Se considera como el núcleo de atención al paciente y a su familia cuidadora.
5. Debe contar con los recursos necesarios para lograr una atención idónea en el momento en que se presenten problemas, al igual que permite una fácil movilización en el domicilio.

Considerándose esta atención en el domicilio como el conjunto de actividades que se desarrolla por un profesional en salud proporcionándole una atención de salud inmediata incluyendo entre sus actividades la promoción, protección, curación y rehabilitación del paciente, al igual que involucra a la familia en el cuidado. [32]. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la atención domiciliaria como aquella modalidad de asistencia programada que permite que el paciente cuente con los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales, considerando entonces que está atención se presenta con mayor proporción a pacientes con enfermedades crónicas y terminales cuya carga emocional es mayor y requieren de un acompañamiento y comprensión que solo puede ser posible tener en la calidez de su hogar.

En este sentido, se encuentran algunas diferencias entre la hospitalización de domicilio y la atención a domicilio las cuales se describen en el siguiente cuadro:

Tabla 4. Diferencias entre hospitalización y atención a domicilio

Hospitalización y atención en el domicilio		Hospitalización a domicilio	Atención a domicilio
Procedencia de los profesionales		Proviene del hospital	Proviene de un centro de salud
Procedencia de los pacientes		Proviene del hospital	Proviene del domicilio
Objetivos		Sustituir al hospital por el domicilio	Permiten prevenir la hospitalización
Actividades		Hospital	Actividades dentro del centro de salud
Técnicas		+++	+
Tiempo de seguimiento		Limitado	Ilimitado
Prevención		Menor dedicación	Mayor dedicación
Educación		Menor dedicación	Mayor dedicación

Nota. Elaboración propia información tomada de [31].

La atención a domicilio se constituye como un servicio que debe ser planificado y debe contar con la autorización tanto del paciente como del equipo de salud. Dentro de esta

atención se puede presentar como una iniciativa de parte del equipo de salud, lo que se le denomina “atención a domicilio programada” o surgir de iniciativa del paciente o de un familiar, a la que se le denomina “atención a domicilio solicitada” [33], a continuación, se presentan las diferencias para cada una de ellas:

Tabla 5. Atención programada y solicitada

Atención programada y solicitada		
	Atención a domicilio programada	Atención a domicilio solicitada
Quien la solicita	Es iniciativa del médico.	Es solicitada por el paciente.
Qué tipo de paciente es	Se presenta con mayor proporción en pacientes adultos mayores o con enfermedades crónicas invalidantes.	Puede ser solicitada por un paciente de cualquier edad y con cualquier enfermedad independientemente de que ella sea aguda o crónica.
Momento de la visita	Se genera con un pacto entre el paciente en días previos.	Se realiza generalmente para el mismo día.
Quién lo hace	El médico del paciente.	El médico del paciente o el médico residente a cargo.
Objetivo de la visita	Es necesario que en cada visita se realiza una valoración del Estado de salud del paciente y de este modo poder establecer cuáles son las estrategias de cuidado que se deben tener. Estas estrategias deben ser realizadas por el cuidador o familiar.	Es necesario valorar el estado de salud del paciente, para este modo lograr establecer cuál es la conducta para seguir de acuerdo con la situación patológica del que presente el paciente.
Efectos que se generan en la actividad del médico	No	Sí

Nota. elaboración propia adaptada de [33].

Por otro lado, se considera que la atención a domicilio debe tener como principio hacer uso de los recursos sociosanitarios de la comunidad y proporcionar una asistencia que sea integral para el paciente. Según la conferencia internacional de atención domiciliaria celebrada en Lombardía en 1995 [34], se establecen los siguientes principios básicos que debe presentarse al momento de realizar una atención a domicilio:

- Dentro de su objetivo inicial, es proporcionar los mejores cuidados en el domicilio del paciente, ofreciéndole un cuidado continuo.
- Se considera necesario asegurar una coordinación adecuada entre los servicios sociales y sanitarios que son indispensables para cuidado del paciente.
- Debe presentarse una cartera de servicios clara tanto para los pacientes como para la comunidad.
- Es necesario la realización de estudios referente a las necesidades del paciente, para este modo lograr estrategias adecuadas con respecto al plan de cuidados que será implementado.
- Debe considerarse las necesidades del paciente, para proporcionarle un servicio multidisciplinario de atención en salud.
- Para tomar la decisión de la realización de una atención de domicilio es necesario analizar los costos beneficios, los cuales varían de acuerdo con el caso y la patología que presenta el paciente.
- Es necesario garantizarle al paciente la información adecuada durante el tratamiento referente a la higiene y calidad asistencial.

Cómo se logra evidenciar la atención a domicilio se constituye como 1 de los instrumentos que permiten proporcionar un apoyo en el ámbito del cuidado y la asistencia sanitaria, Por tal motivo se considera importante presentar los modelos de atención que hacen parte de la función y en las características de provisión, estos modelos se dividen en tres:

1. **Modelos integrados:** Los cuales se caracterizan porque se contempla la intervención del médico y de una enfermera apoyados de programas referentes a

los procesos asistenciales los cuales orientan a las personas y a sus grupos familiares sobre el cuidado y atención a domicilio.

2. **Modelos dispensarizados:** Se caracteriza por ser aquellos en donde los responsables son profesionales del equipo de salud, ese modelo se realiza cuando la atención a domicilio es programada por parte del equipo de salud.
3. **Modelos sectorizados:** Se identifican de los demás, porque son aquellos en donde las instituciones de salud, se divide en sectores geográficos con el fin de hacer más eficiente el tiempo de desplazamiento. [31]

7.2 Eventos adversos en Atención Hospitalaria Domiciliaria Recomendaciones

Como primera medida cabe resaltar la definición sobre un evento adverso, considerándose como la presencia de una tríada y se considera atribuible a la acción de realizar en una atención en salud en el momento en el que se produce una lesión de manera involuntaria por parte del personal de salud [25]. Por otro lado, se considera que estos eventos pueden ser prevenibles o no prevenibles, cuando se refieren a los prevenibles se habla sobre aquellos resultados no esperados que pueden ser evitados cuando se ejecutan los procesos bajo los estándares establecidos. En cuanto a los eventos adversos no prevenibles, se refiere a un resultado no intencional, el cual genera un resultado no deseado no intencional, pese a que la realización de los procedimientos de cuidado y asistencia son ejecutados bajo los estándares en salud [22].

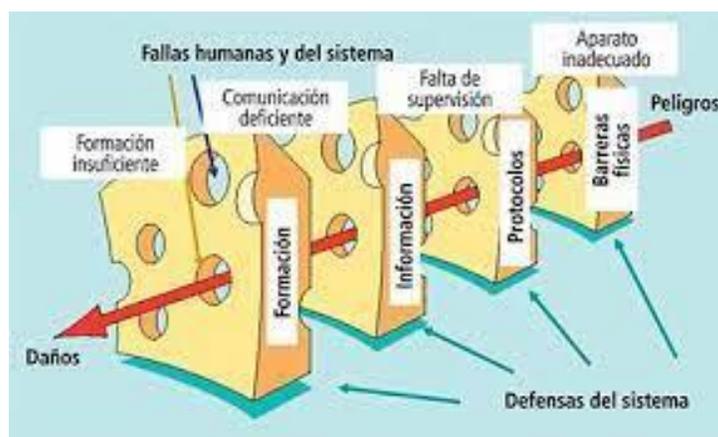
Según el Ministerio de Salud y Protección Social en su publicación realizada en el año 2008, existe un modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso, el cual desde la evidencia científica se demuestra que este ocurre como consecuencia de la ejecución de manera inapropiada o no adecuada que favorecen a la aparición de estos eventos. Uno de los modelos que explican la ocurrencia de estos eventos mediante al siguiente modelo:

El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso [35]

Este se explica, que ante la ocurrencia de un evento adverso no se debe solo a la falla de un profesional al que se le debe realizar una sanción, sino que también menciona que este evento adverso ocurre como consecuencia final de la ejecución de una secuencia de múltiples procesos defectuosos, en los que no se han tomado en cuenta la prevención de dichas acciones.

Lo anterior, se explica mediante un modelo en el que se hace referencia a un queso suizo, lo cual se contextualiza en que para que se produzca un daño, es necesario que se alineen diversas fallas en cada uno de los diferentes procesos, lo que se asemeja a los orificios que se encuentran en un queso, lo que se explica así “cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó [35]. En la siguiente figura explica lo anterior:

Figura 1. Representación gráfica del modelo explicativo



Nota. lo anterior grafica representa el modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso [35].

Por lo que es necesario que se realice una búsqueda exhaustiva sobre las posibles causas que originan un evento adverso, por tal motivo se deben realizar acciones en las que se analicen causal, la ruta o raíz de esta causa, para así definir e identificar las barreras de seguridad. Considerando que gracias a este análisis del incidente o de dicho

evento adverso sucedido, permite evidenciar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para de este modo lograr identificar las barreras de seguridad que permiten prevenir o neutralizar estos eventos.

Actualmente, existen diversos métodos y herramientas que permiten el análisis de eventos adversos que permiten identificar los incidentes diseñados basados en un análisis causal, dentro de las herramientas más destacadas se reconocen en el sector salud:

1. **Análisis de causa raíz (RCA):** se considera como un proceso el cual permite descubrir las causas raíz que involucran un problema, lo cual permite identificar cuáles son las soluciones más adecuadas [36].
2. **Las espinas de pescado (modelo de ishikawa):** se considera como una herramienta que permite que, mediante el trabajo en equipo, esta herramienta se considera como las más eficientes y efectivas, permite que se identifiquen diferentes incidentes [37]
3. **La lluvia de ideas (brainstorm):** es la recopilación de ideas por medio de la aparición de manera espontánea, plasmadas en papel sin estar filtradas por parte de un grupo [38].

En cuanto a lo que se refiere a la seguridad del paciente, se desarrolla un modelo organizacional, que permite identificar la causalidad de los posibles errores y eventos adversos denominado Organizational Accident Causation Model, considerado como el protocolo de Londres, el cual busca facilitar el análisis de los errores y los eventos adversos [39] En la siguiente figura se muestra el modelo:

Figura 2. Modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos



Nota. Metodología de análisis de eventos adversos, análisis de causa raíz, ancla y protocolo de Londres [40]

Este protocolo consiste en la aplicación de un modelo en el que se identifican los eventos adversos basados en la investigación de James Reason introducido por Vincent, desde un modelo de atención sistemático multicausal el cual permite encontrar las brechas que se encuentren en todo un sistema de cuidado de salud y no se especifica solamente en la causa error. Dentro de este modelo se involucran todos los niveles que hacen parte de la organización, en donde se incluye la alta dirección, por otro lado, se establece que gracias a este modelo es posible impactar de manera directa los puestos de trabajo analizando estoy ya que en múltiples ocasiones dentro de estos es posible la aparición de errores que llevan a eventos adversos.

Tipos de eventos adversos

A continuación, se presentan los diferentes tipos de eventos adversos, que han sido definidos por la Institución Domiciliaria de estudios, estos son expuestos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

1. Pacientes con trombosis venosas profundas a quienes no se les ha realizado un control de pruebas de coagulación.
2. Presencia de úlceras por posicionamiento.
3. Al realizar un cateterismo vesical es posible la presencia de una infección urinaria debido a la prolongación de cambio de sonda vesical.
4. Infección intrahospitalaria presencia de una infección intrahospitalaria.
5. Reingresó al hospital por la misma patología antes de 15 días.
6. Presencia de úlceras por presión.
7. Pacientes con suicidio o intento de suicidio.
8. Presencia de complicaciones debido a la no disponibilidad de insumos o medicamentos dentro de El domicilio.
9. Pacientes hospitalizados que sufren caídas desde su propia altura.
10. Presencia de quemaduras debido a la no ejecución y manipulación adecuada de los equipos médicos.
11. Realización inadecuada de elementos.
12. Incumplimiento en la manipulación de equipos médicos.
13. Mortalidad evitable.
14. No ejecución y realización de un diagnóstico adecuado cumpliendo con las fechas programadas.

Gravedad del evento

El evento adverso presenta consecuencias negativas para el paciente, representado en niveles de gravedad, las cuales se pueden expresar en formas de lesión, incapacidad o la prolongación de la estancia dentro del hospital, en muchas ocasiones también puede llevar a la muerte [41]. En cuanto a la gravedad del evento, esta se caracteriza en:

Tabla 6. Gravedad del evento adverso

Gravedad del evento	Características
Sin daño al paciente	No se presenta algún síntoma o es asintomático lo que genera que no sea necesario la realización de un tratamiento.
Requiere tratamiento e intervención	Dentro de cualquier evento adverso que se presente es necesario que luego de éste se realice una observación o tratamiento menor, dentro de este último se deberá realizar primeros auxilios, terapia o medicación adicional. Sin embargo, no se contempla la necesidad de realizar una intervención quirúrgica o de nuevo una hospitalización.
Requiere de hospitalización	En algunos casos el evento adverso es sintomático y requiere de la intervención por parte del hospital, lo que genera un reingreso y una intervención quirúrgica, al igual que en muchas ocasiones requiere de un tratamiento suplementario, el cual prolonga la estancia dentro del hospital.
Daño temporal al paciente	Dentro de estos eventos adversos se genera una pérdida funcional permanente o de larga duración.
Daño permanente	Se presenta cuando el paciente es sintomático y requiere una intervención que le permita salvaguardar su vida o mejorar su esperanza de vida.
Muerte	Se considera que el evento adverso causó la muerte o la propicio a corto plazo.

Nota. Realización propia tomado de Ministerio de Sanidad y Consumo [41].

Datos y cifras

A continuación, se presentan datos que evidencian eventos adversos, estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en septiembre del 2019.

- Se considera como una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad del paciente a nivel mundial debido a la presencia de eventos adversos presentes dentro de una inadecuada atención y con poca seguridad [42].

- En los países clasificados como de primer mundo o con ingresos altos se estiman que cada 10 pacientes durante su atención hospitalaria en casa sufren de daños al ejecutarse o presentarse efectos adversos, Los cuales casi en un 50% pueden ser prevenibles [43].
- Durante el 2019 se produjeron, 134000 millones de eventos adversos, caracterizados por la presencia de una hospitalización poco segura en los países de bajos ingresos, provocando más de 2,6 millones de muertes [44].
- Dentro de su estudio lograron estimar que alrededor del 20% de los eventos adversos que se presentaron durante el año 2019 resultaron de una atención poco segura, generando discapacidad y muerte en los pacientes [45].
- A nivel mundial, cuatro de cada 10 pacientes sufren daños de atención sanitaria primaria y ambulatoria. Por otro lado, estiman que hasta el 80% de estos daños pudieron ser prevenibles y se considera que los errores más perjudiciales se relacionan con un mal diagnóstico, el uso inadecuado de medicamentos y la mala prescripción [42].
- Dentro de los países que conforman la OSCE, se logra estimar que a un 15% el gasto hospitalario realizado durante el 2019 se dirigió hacia la minimización de los efectos generados por eventos adversos [45].

Cómo se logró identificar dentro de las anteriores cifras, la seguridad del paciente debe considerarse como una disciplina ligada directamente a la atención de la salud y a la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud, evidenciándose con ello un aumento de los daños a los pacientes y la presencia de situaciones de complejidad e incluso pérdida de la vida debido a los eventos adversos.

Por tal motivo es necesario realizar acciones de prevención para minimizar los riesgos, errores y daños que han sufrido los pacientes durante la prestación del servicio tanto hospitalario como hospitalización bajo la modalidad de atención domiciliaria. siendo entonces la seguridad paciente un factor fundamental al momento de prestar el servicio de atención en salud por tal motivo éste debe ser de calidad eficaz, seguro y centrado en las personas.

7.3 Acciones para minimizar el riesgo en caso de que se presente un evento adverso.

Como primera medida cabe destacar que la atención domiciliaria debe contar con principios y garantías los cuales se mencionan a continuación, al igual que se debe tener presente que las modalidades de Atención varían de acuerdo con la situación del Paciente.

Tabla 7. Principios y garantías en atención hospitalaria domiciliaria

Principios Básicos de la Atención Hospitalaria Domiciliaria	Garantías de la Atención Hospitalaria Domiciliaria
<ul style="list-style-type: none"> • Asumir la responsabilidad del cuidado continuo ofreciéndole al paciente los mejores cuidados en el domicilio. • Asegurar la coordinación entre los servicios tanto sanitarios como sociales. • Presentar servicios claros a los pacientes. • Diseñar un plan de cuidados de acuerdo con la necesidad del paciente. • Establecer los diferentes niveles de atención que permitan responder de manera efectiva de acuerdo con las variaciones que presente el estado del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe provisionar la información suficiente tanto a pacientes como a familiares sobre la manera adecuada de realizar los procesos de cuidado durante todo el proceso de tratamiento. • Se debe garantizar la confidencialidad. • Se debe garantizar una adecuada situación higiénica y de salubridad. • Se debe tener con antelación en caso de que el paciente sea grave una coordinación de transferencia a otro nivel asistencial. • Se debe garantizar una calidad asistencial y la formación de la familia de acuerdo con el conocimiento profesional.

Fuente: elaboración propia.

La Organización Mundial de la Salud, define al evento adverso como un daño no intencional que se le provoca al paciente durante la atención en salud. Estas pueden

disminuirse mediante la aplicación de políticas y programas enfocados en la seguridad del paciente y la disminución de eventos adversos.

Políticas de Seguridad al Paciente

Se basa en la prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de salud, mediante un modelo de seguridad que cumpla con la norma y brinden atención segura, por lo anterior es necesario que se implementen estrategias que permitan mejorar la seguridad del paciente por medio del despliegue de herramientas sistemáticas que sean llevadas a la práctica, por medio de la aplicación de Políticas Institucionales de Seguridad del Paciente en donde se deben establecer, la identificación de cuáles son los procedimientos que requiere el paciente, aquí se debe establecer el paso a paso de la correcta aplicación de medicamentos mediante el siguiente proceso:

- Prescripción del medicamento.
- Hacer un análisis de la etiqueta del medicamento y que este cumpla con lo requerido en la fórmula.
- Confirmar la dosis que se le proporciona al paciente.
- Suministrar el medicamento a la hora correcta.
- Realizar mezclas de los medicamentos con fórmulas.

Programa de Seguridad al Paciente en Atención Hospitalaria Domiciliaria

Es necesario que el paciente cumpla con los requisitos para ser un Paciente en Atención Hospitalaria Domiciliaria los cuales son:

1. Su estado clínico lo permite.
2. Contar con un cuidador de tiempo completo en casa.
3. Que el domicilio cuente con las condiciones tanto ambientales como sanitarias.

En cuanto a la evaluación de riesgos, para minimizar eventos adversos es necesario que la familia comprenda las necesidades del paciente domiciliario, las cuales se explican a continuación:

1. Establecer la enfermedad, diagnóstico, y la evolución que va a tener el tratamiento.
2. Deberá tener claridad en las necesidades concretas del cuidado, las cuales son precisas de acuerdo con el enfermo y a las complicaciones que se pueden presentar.
3. Deberá contar con ayuda sobre recursos sociosanitarios y el apoyo por parte del equipo hospitalario.
4. Tanto paciente como familiar debe contar con el apoyo por parte de profesionales en la salud mental, permitiendo que esta compañía sea un apoyo emocional, sentimental y de conservación de la esperanza.

Por otro lado, se deben presentar como signos de alarma para asistir a un centro hospitalario si el paciente presenta:

1. Presencia de Brote que aumente de manera paulatina en el cuerpo.
2. Si presenta heridas, se considera signo de alarma la presencia de hemorragia.
3. Aparición indiscriminada de moretones.
4. Pérdida de la conciencia, fiebre, dolores focalizados, dificultad al respirar.
5. Traumas durante el tiempo de Atención Hospitalaria Domiciliaria.

8. Conclusiones

Desde la revisión bibliográfica se logró identificar la necesidad de realizar mayores estudios referentes a la seguridad del paciente en atención domiciliaria a nivel nacional, teniendo en cuenta tanto el contexto económico y social como las diferentes situaciones que se pueden presentar al momento de realizar una atención domiciliaria [26].

En cuanto a la prevalencia de eventos adversos en los pacientes, es necesario analizar los eventos de seguridad que están de acuerdo con el entorno y la atención domiciliaria que se debe realizar, ya que muchos de estos eventos adversos se caracterizan por caídas de su propia altura en pacientes hospitalizados la mala aplicación de procedimientos y cánulas lo que genera infecciones o quemaduras por la mala manipulación de los equipos médicos, por tal motivo al ser estos eventos prevenibles es necesario realizar una mejor capacitación para los encargados de los pacientes y de este modo mejorar su calidad de vida dentro de su proceso de atención domiciliaria [28].

9. Recomendaciones

- Es necesario realizar análisis de los eventos de seguridad durante el proceso de atención domiciliaria, incluyendo factores como el cuidador, ya que se considera que este es 1 de los actores principales para lograr la evolución positiva de salud en el paciente dentro de un ámbito domiciliario. Por tal motivo es necesario identificar la clasificación de seguridad del paciente y establecer acciones de acuerdo con la seguridad y la política enmarcada en Colombia [25].
- Por otro lado, es necesario realizar previo análisis y estudio sobre el paciente y el grado de discapacidad en el que se encuentre o la enfermedad que padezca, para este modo propiciarle un ambiente domiciliario adecuado que permita una evolución positiva del paciente [7].
- Aplicar estrategias de promoción y prevención enfocadas al sistema de salud de atención domiciliaria para pacientes de hospitalización, implementando una adecuación continua para los familiares que se encuentren atendiendo a pacientes crónicos dentro de un programa de atención hospitalaria domiciliaria [9].
- Es necesario para el cuidador tener claro la definición de evento adverso, esto con la finalidad de que logre realizar una correcta clasificación del evento que puede ocurrir se en caso de que no se ejecuten los procesos de manera adecuada, al igual que estos pueden ser editados o disminuidos si se realiza un replanteamiento del programa de seguridad que se está implementando al paciente de atención hospitalaria domiciliaria [15].
- Se recomienda mantener un control definido sobre las estrategias de seguimiento que se están aplicando al paciente para este modo en caso de ser necesario mejorar los servicios de atención domiciliaria y por ende la seguridad del paciente [4].

Bibliografía

- [1] Mitre Cotta R, Morales M, Llopis J. Cotta J et al. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2001 pp. 45-55 [Consulta 2022 Sept 13] Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n1/45-55/es/>
- [2] Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 5261 de 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del plan Obligatorio. [Internet] [Consulta 2022 Sept 13] Disponible en: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf
- [3] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, 2010. [Internet] [Consulta 2022 Agosto 24] Disponible en: <https://minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
- [4] Masotti P, McColl MA, Green M. Adverse events experienced by homecare patients: A scoping review of the literature. *Int J Qual Heal Care* [Internet]; 2010 [Consulta 2022 Sept 13] 22(2) pp. 115-125. Disponible en: Doi: 10.1093/intqhc/mzq003.
- [5] Sánchez DB, Camelo J, Giraldo CM. Prevalencia de eventos adversos en el programa de atención domiciliaria Bogotá 2014-2015. [Tesis Presentada Para Obtener El Título De Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social] Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina; 2015. [Internet] [Consulta 2022 Sept 13] Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/642/Prevalencia%20de%20eventos%20adversos%20en%20el%20programa%20de%20atenci%C3%B3n%20domiciliaria.pdf?sequence=1isAllowed=y>
- [6] OMS. Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica: Informe de resultados Argentina. España:

- Ministerio de sanidad y política social; 2009. [Internet] [Consulta 2022 Jul 25] Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/3-informe-ibeas-argentina.pdf>
- [7] Buedo P, Salas M. Atención de la salud en domicilio. *Rev Latinoam Bioética* [Internet]; 2020 [Consulta 2022 Jul 25] 37(2) pp. 9-18 Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.3619>
- [8] Morales Erazo A. Hospitalización domiciliaria en ancianos. *Acta Medica Colomb* [Internet]; 2016 [Consulta 2022 Jul 25]: 41(3) pp. 167-1638 Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1631/163147488005/html/>
- [9] Alonso LM, Rojas M. Evento adverso y salud pública / Adverse event and public health. *SU* [Internet]. 15 de junio de 2009 [Consulta 2022 Nov 27];25(1). Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1821>
- [10] González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. *Med. clín (Ed. impr.)* [Internet]; 2002 [Consulta 2022 Nov 17]: (Ed. impr.) 659-664. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-13157>
- [11] Barroso I, García A, Rodríguez A, et al El ingreso en el hogar y su costo directo en Cuba.,» *RevPanam Salud Pública* [Internet]; 2007 [Consulta 2022 Nov 27]: 21(2) pp. 85-95 Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/85-95/>
- [12] Colombia. Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones" Bogotá: Secretaría Jurídica Distrital, 1993. [Internet] [Consulta 2022 Nov 17] Disponible en: <https://funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- [13] Sánchez M, Fuentes G. Gestion clinica de programas de cuidado domiciliario. *CES Salud Pública* [Internet] 2016 [Consulta 2022 Jul 25]: 7(2) pp. 7-16 Disponible en: DOI:10.21615/cessp.7.2.5
- [14] Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Publica Mex* [Internet] 2007 [Consulta 2022 Jul 25]; 49 supl 1:S23-S36 Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-de->

- guerrero/administracion-de-la-calidad/frenk-et-al-reforma-integral-para-mejorar-el-desempenodel-sistema-de-salud-en-mexico/16024250
- [15] Ospina JE, Pineda C. Análisis de caso de la prestación de servicios de salud en atención domiciliaria, en el contexto de tres IPS en Bogotá, D.C., [Maestría en Administración de Salud] [Internet] Bogotá, D. C: Pontificia Universidad Javeriana; 2021. [Consulta 2022 Nov 17] Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/53545/Ana%CC%81lisis%20de%20caso%20de%20la%20prestacio%CC%81n%20de%20servicios%20de%20salud%20en%20atencio%CC%81n%20domiciliaria,%20en%20el%20contexto%20de%20tres%20IPS%20en%20Bogota%CC%81,%20D.pdf>
- [16] Asociación medica mundial. Asamblea Médica Mundial Lisboa.Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente. Asamblea Médica Mundial Lisboa, Santiago de Chile, 1995. [Internet] [Consulta 2022 sept 14] Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>
- [17] Cegri F. Atención domiciliaria: caminando hacia la excelencia. *Aten Primaria* [Internet] 2007 [Consulta 2022 sept 14] 39(1) pp. 3-4, 2007. DOI:10.1016/S0212-6567(07)70824-7
- [18] O. Díaz. Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes incapacitados. *Medicina de Familia*; 2005: 1(13)152-159.
- [19] Bustamante N. Descripción y análisis del modelo de hospitalización domiciliaria. 13 diciembre 2021. [Internet]. [Consulta 2022 Nov 16] Disponible en: <https://www.elhospital.com/es/noticias/descripcion-y-analisis-del-modelo-de-hospitalizacion-domiciliaria>.
- [20] Garces Medina C, Gómez Salazar V. Efectos de un programa de atención domiciliaria en geriatría y psicogeriatría para pacientes multimórbidos y dependientes en el número de hospitalizaciones y consultas a urgencias. [Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Médico Especialista en Geriatría] [Internet] Bogota; Pontificia Universidad Javeriana, 2020. [Consulta 2022 Nov 16] Disponible en:

- <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/49645/TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [21] Morales A. Hospitalización domiciliaria en ancianos. Acta Médica Colombiana [Internet] 2016 [Consulta 2022 Nov 16] 41(3) pp. 167-168 Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1631/163147488005/html/>
- [22] Mahoney F, Barthel DW.). Functional evaluation; the Barthel index. A simple index of the independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. Maryland state medical journal [Internet] 1965 [Consulta 2022 sept 14] 14 61-66. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Functional-evaluation-%3B-the-Barthel-index.-A-simple-Mahoney-Barthel/c71fe40c867d7e7046e2b655cf70e12eedaac8b3>
- [23] Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. Journal of Clinical Epidemiology [Internet] 1989 [Consulta 2022 sept 14] 42 703-709 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/307457474_1989_Shah_S_Vanclay_F_Cooper_B_Improving_the_sensitivity_of_the_Barthel_Index_for_stroke_rehabilitation_Journal_of_Clinical_Epidemiology_42_703-709/citation/download
- [24] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5591 de 2015. Por medio de la cual se ordena la iniciación de la actualización de la formación del catastro de una parte de Bogotá D.C. [Internet] [Consulta 2022 sept 14] Disponible en: <https://vlex.com.co/vid/resolucion-0919-rd-5591-570268990>
- [25] Sánchez DB, Camelo J, Giraldo CM. Prevalencia de eventos adversos en el programa de atención domiciliaria Bogotá 2014-2015. [Tesis Presentada Para Obtener El Título De Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social] Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina; 2015. [Internet] [Consulta 2022 Sept 13] Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/642/Prevalencia%20de%20eventos%20adversos%20en%20el%20programa%20de%20atenci%C3%B3n%20domiciliaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- [26] Bustamante N. Descripción y análisis del modelo de hospitalización domiciliaria. 13 diciembre 2021. [Internet]. [Consulta 2022 Nov 16] Disponible en: <https://www.elhospital.com/es/noticias/descripcion-y-analisis-del-modelo-de-hospitalizacion-domiciliaria>.
- [27] World Health Organization. Patient safety; Global action on patient safety. The National Academies Press, Washington (DC), 2019. [Internet]. [Consulta 2022 Sept 26] Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- [28] Piñarte D, Reinoso N. Atención domiciliaria en salud realizada por instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Bogotá y su relación con la atención primaria en salud, año 2013 [Trabajo de grado para optar al título de Magister en Administración de Salud] Bogotá, D.C: Pontificia Universidad Javeriana; 2014. [Internet]. [Consulta 2022 Sept 26] Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12061/PinarteSuarezDiAnalSaura2014.pdf?sequence>
- [29] Suarez Cuba MA. Atención integral a domicilio. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2012 [Consulta 2022 Jul 08]; 18(2): 52-58. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es.
- [30] Parra Osorio LM. La atención domiciliaria en los sistemas de salud de México, Argentina, Brasil y Colombia. [Monografía presentada como requisito para optar por el título de enfermera] Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales "UDCA"; 2017. [Internet] [Consulta 2022 Jul 08] Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/759/LUISA%20PARRA%20ATENCIÓN%20DOMICILIARIA%20%283%29.pdf?sequence=1>
- [31] Ferrer Arnedo C. Modelos de la organización de la atención domiciliaria. JANO [Internet] 2006 [Consulta 2022 Jul 08] 16(12) pp. 47-48 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2050758>

- [32] Sobreviela JME, Sánchez del Corral Usaola F, Zarco Rodríguez J, Ramírez Puerta D, Toquero de la Torre F. Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. Madrid: International Marketing & Communications; 2005. ISBN: 84-689-4323-1
- [33] Gómez Rodríguez JM. Organización de la visita médica domiciliaria en atención primaria. JANO [Internet] 2008 [Consulta 2022 Jul 08] 16, 29-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2602397>
- [34] Shires D, Hennen B. Medicina Familiar: Guía Práctica. México D.F: Ed Mc Graw Hill; 1983. 549 p.
- [35] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá, 2008. [Internet] [Consulta 2022 Jul 28] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
- [36] Kanbantool. ¿Qué es el Análisis de Causa Raíz? [Internet] [Consulta 2022 Jul 28] Disponible en: <https://kanbantool.com/es/guia-kanban/analisis-de-causa-raiz>, 2018.
- [37] Gómez J. La "espina de pescado" de ishikawa y su relación con el enfoque de marco lógico [Internet] [Consulta 2022 Jul 23] Disponible en: <https://www.cerembs.co/blog/la-espina-de-pescado-de-ishikawa-y-su-relacion-con-el-enfoque-de-marco-logico#:~:text=El%20diagrama%20%E2%80%9Cespina%20de%20pescado,calidad%20percibida%20por%20el%20cliente.,> 2017.
- [38] IONOS. Brainstorming: qué es y cómo funciona. [Internet] [Consulta 2022 Jun17] Disponible en: <https://www.ionos.es/startupguide/productividad/brainstorming-olluvia-de-ideas/>, 2018.
- [39] Luengas S. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Documentos de trabajo de la Fundación Corona. Bogotá: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria; 2018.

- [40] Vergara J. Metodologías de análisis de eventos adversos, análisis de causa raíz, ancla y protocolo de Londres. [Internet] [Consulta 2022 Jun17] Disponible en: <https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2020/09/15/metodologias-de-analisis-de-eventos-adversos-analisis-de-causa-raiz-ancla-y-protocolo-de-londres/>, 2020.
- [41] Reino Unido. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Sistema Nacional de Salud (NHS). La seguridad del paciente en siete pasos. [Internet] [Consulta 2022 Jun 27] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/ops_sp5.pdf
- [42] Harvard Global Health Institute. Presentation at the “Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike” a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation. [Internet] 18 octubre 2018. [Consulta 2022 Nov 16] Disponible en: <https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>.
- [43] Slawomirski L. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. [Internet]. 2017 [Consulta 2022 Nov 16] Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>.
- [44] de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. [Internet]. 2008 Jun [Consulta 2022 Nov 16]17(3):216-23. Disponible en: doi: 10.1136/qshc.2007.023622. PMID: 18519629; PMCID: PMC2569153.
- [45] National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, «Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press [Internet] 2018 [Consulta 2022 Nov 16] Disponible en:<https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>.