



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de Colombia**

Margarita María Vásquez Mesa

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Medellín
2021**



**La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de Colombia**

Margarita María Vásquez Mesa

**Monografía para optar al título de
Especialista en Administración de Servicios en Salud**

Asesor:

Guido Manuel Hernández Paternina Md-Esp-PhD

Profesor Universidad de Antioquia

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2021**

Tabla de contenido

Glosario	9
Resumen.....	12
Abstract	13
Introducción	14
Planteamiento del problema	15
Justificación	17
Objetivos.....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos	19
Aproximación metodológica.....	20
Marco teórico	21
Conceptualización	21
Calidad.....	21
Calidad de la atención en salud	21
Política del Sistema Integrado de Gestión (SIG).....	21

Sistema de Gestión de la Calidad	22
Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004	24
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS)	27
Sistema Único de Habilitación (SUH).....	27
Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud –PAMEC-.....	28
Sistema Único de Acreditación	29
Sistema de Información para la Calidad	29
Política Nacional de Seguridad del Paciente	29
Monitoreo de la calidad	32
Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos	34
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	34
Unidades de Cuidado Neonatal (UCN)	34
Servicios de las unidades de cuidados intensivos neonatales	35
Características de las unidades de cuidado neonatal	37
Neonato	38
Marco normativo	39
Resultados según la evidencia	41
Discusión	78

Conclusiones82

Recomendaciones84

Referencias bibliográficas85

Anexo 1. Estrategias de búsqueda91

Lista de tablas

Tabla 1. Marco normativo	38
Tabla 2. Talento humano	40
Tabla 3. Infraestructura	43
Tabla 4. Dotación.....	46
Tabla 5. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.....	46
Tabla 6. Procesos prioritarios	50
Tabla 7. Historia Clínica y registros	64
Tabla 8. Calidad en la atención.....	65

Lista de figuras

Figura 1. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos. Tomado de ISO 9001:2008.....	24
Figura 2. Captura de pantalla, distribución UCIN en Colombia. Página ASCON (ascon.org.co).(31).....	34

Glosario

Acción correctiva

Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción preventiva

Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Auditoría interna

Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.

Calidad

Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Control de la calidad

Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

Corrección

Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

Enfoque basado en los procesos

Identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en las entidades. En particular, las interacciones entre tales procesos se conocen como “enfoque basado en los procesos”.

Indicadores

Dato o información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura.

Manual de la calidad

Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad.

Mejora continua

Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

Política de la calidad de una entidad

Intención(es) global(es) y orientación(es) relativa(s) a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.

Procedimiento

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Proceso

Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Procesos estratégicos

Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

Procesos misionales

Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

Procesos de apoyo

Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.

Procesos de evaluación

Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

Riesgo

Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

Sistema

Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.

Sistema de gestión de la calidad para entidades

Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

Resumen

Introducción: El decreto 780 de 2016 “decreto único reglamentario del sector salud y protección social, informa en el título 1 que son funciones del Ministerio de Salud y Protección Social, la coordinación, regulación y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Laborales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la protección social. A su vez, en el decreto 1011 de 2006, derogado parcialmente, establece el Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad de la Atención en Salud; los requisitos mínimos por cumplir para la prestación del servicio involucran estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios e historia clínica y registros. Estas consideraciones también aplican para las unidades de cuidado intensivo neonatal, haciendo necesario establecer servicios neonatales con calidad que ofrezcan una atención segura, oportuna y humana al recién nacido y su familia, y contribuya a la reducción de morbilidad perinatal. La normatividad define cuáles son las directrices y procesos por implementar para que se cumpla el SGC, pero deja a las organizaciones libres definir la metodología a utilizar en su implementación. Por esta razón el objetivo de esta monografía fue analizar la implementación de los sistemas de gestión de la calidad en salud en las Unidades Neonatales de Colombia.

Métodos: Se realizó una investigación documental presentada como monografía, siguiendo los pasos 1) Selección y delimitación del tema, 2) Acopio de información o de fuentes de información, 3) Análisis de los datos y organización de la monografía y 4) Redacción de la monografía.

Resultados y conclusiones:

Una adecuada implementación del sistema de calidad, según las directrices pautadas por el Ministerio de Salud y Protección social, dependen de que la correcta y coordinada activación de protocolos y rutas de atención en el manejo y atención de UCI de neonatos vaya en concordancia con lo establecido por la norma.

Recomendaciones: Es indispensable atender los diferentes retos y las directrices que nos indican tanto las pautas internacionales, como las nacionales y tener clara y presente la normativa colombiana, para contar con indicadores de calidad en sus diferentes formas, que permitan reconocer el buen cumplimiento de la norma y el trabajo coordinado, intra e intersectorial e institucional.

Palabras clave: Calidad, norma, neonato, recién nacido, implementación.

Abstract

Introduction: Decree 780 of 2016 "sole regulatory decree of the health and social protection sector, informs in title 1 that the functions of the Ministry of Health and Social Protection are the coordination, regulation and evaluation of the General System of Social Security in Health and the General System of Occupational Risks, within its competence, will additionally formulate, establish and define the guidelines related to social protection information systems. In turn, in decree 1011 of 2006, partially repealed, it establishes the Mandatory System to Guarantee the Quality of Health Care; The minimum requirements to be met for the provision of the service involve standards of human talent, infrastructure, staffing, medicines, medical devices and supplies, priority processes and clinical history and records. These considerations also apply to neonatal intensive care units, making it necessary to establish quality neonatal services that offer safely, timely and humane care to the newborn and his family, and contribute to the reduction of perinatal morbidity and mortality. The normativity defines which are the standards and processes to be implemented so that the quality management system is complied, but it leaves health organizations free to define the methodology to be used in its implementation. For this reason, the objective of this monograph was to analyze the implementation of health quality management systems in the Neonatal Units of Colombia.

Methods: Documentary research presented as a monograph was carried out, following the steps 1) Selection and delimitation of the topic, 2) Collection of information or sources of information, 3) Data analysis and organization of the monograph and 4) Drafting of the monograph.

Results and conclusions: An adequate implementation of the quality system, according to the guidelines established by the Ministry of Health and Social Protection, depends on the correct and coordinated activation of protocols and care routes in the management and care of neonatal ICUs in accordance with what is established by the normativity.

Recommendations: It is essential to address the different challenges and the standards that both the international and national guidelines indicate to us and to have clear and present the Colombian regulations, to have quality indicators in their different forms, which allow us to recognize good compliance with the standard and coordinated, intra- and intersectoral and institutional work.

Keywords: Quality, norm, neonate, newborn, implementation.

Introducción

El derecho a la vida y a la salud de las personas es reconocido mundialmente por diversas leyes, normas, políticas y programas. Un ejemplo de ello es la Declaración Universal de Derechos Humanos, párrafo 1 del artículo 25, que indica que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”* (1). La OMS define la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (2). En la observación general #14 del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, en el párrafo 1 del artículo 12 expone que toda persona tiene derecho *“al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* (3). La constitución política de Colombia de 1991 en su artículo 49 establece el derecho de todos los colombianos a la salud como un servicio público, bajo el control del estado y en su art 209 anuncia que *la “función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones”* (4).

Todas estas definiciones o concepciones de la salud miran al individuo como un ser holístico, integral, con necesidad de bienestar. En Colombia, Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y con el decreto 1011 de 2006 (parcialmente derogado), establece el Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. En su estructura participan, entre otros actores, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), cuyo objeto social es la prestación de servicio de la salud a la población que requiere atención. Con el tiempo la forma como se brinda esta prestación de servicios ha ido evolucionando y se ha incluido el concepto de calidad en la prestación del servicio. Actualmente el Sistema de Gestión de la calidad (SGC) creado a partir de la ley 872 de 2003 (5) establece, las políticas y directrices que deben tener en cuenta las entidades prestadoras de servicios en el marco de la gestión de calidad.

Otra directriz para la gestión de la calidad la otorga La Organización Internacional de Normalización (ISO) con la creación de la norma ISO 9000 que fundamenta el SGC para implementar en las organizaciones y la ISO 9001:2015 que la reglamenta (6). Aunque estas normas no tienen como obligatorio su cumplimiento, son aceptadas y respetadas por los sectores públicos y privados de cada país, por la participación de todos los países en desarrollo y en vía de desarrollo en la creación de estas. Además del estatus que otorga tener un certificado internacional por la implementación del SGC.

Planteamiento del problema

Las Unidades Neonatales son servicios de atención en salud organizados y estructurados que pertenecen a las instituciones prestadoras de servicios de salud del SGSSS de Colombia y por lo tanto están obligadas al cumplimiento del SGC, según lo contempla la ley 872 de 2003 en su artículo 2 (5).

Su población objeto son “*los recién nacidos a término (RNT) menores de 30 días o recién nacidos pretérmino (RNP) hasta 44 semanas de edad gestacional corregida*” (7) que enfrentan procesos de enfermedad y que por lo tanto requieren ser hospitalizados, según su complejidad en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios y Unidad de Cuidados Básicos. La resolución 3100 de 2019 (8) que adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud las sitúa en la modalidad de internación intramural con mediana y alta complejidad y según su estancia fija los requisitos mínimos a cumplir para la prestación del servicio en lo que tiene que ver con los estándares de talento humano; infraestructura; dotación; medicamentos, dispositivos médicos e insumos; procesos prioritarios e historia clínica y registros.

Los requisitos mínimos exigidos buscan garantizar una atención basada en la calidad, seguridad y la eficiencia de los recursos para atender las necesidades del grupo poblacional objeto. Así como la resolución 3100 de 2019 fija los requisitos mínimos para tener en cuenta en cada uno de los estándares de habilitación, el Sistema de Gestión de la calidad (SGC), regula y orienta la prestación de los servicios de salud en términos de calidad, incluyendo en las actuaciones de la organización la satisfacción de las necesidades de los usuarios. En el artículo 2, párrafo 1, establece que “*la autoridad máxima de cada entidad pública tendrá la responsabilidad de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar el Sistema de Gestión de la Calidad que se establezca de acuerdo con lo dispuesto en la ley*” (5), en el caso de las IPS los gerentes como cabeza de la organización deben establecer políticas y directrices de calidad que favorezcan la implementación del sistema en la institución (8).

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTCGO) es la encargada de reglamentar el SGC a través del decreto 4110 de 2004 (9). Esta norma promueve el enfoque basado en los procesos y la interrelación que existe entre éstos para identificar y gestionar de manera eficaz y eficiente planes de mejoramiento, al igual que el uso de la metodología del ciclo PHVA. La interrelación y evaluación de los

procesos en los servicios puede generar planes de mejoramiento que lleven a la mejora continua.

Se puede decir que la gestión se produce de la interrelación que existe entre:

1. La existencia de políticas en la organización que favorezcan la gestión del servicio.
2. La disposición de los recursos con que cuenta.
3. La estructura e implementación de los procesos.
4. La evaluación y control del resultado que se presente.

La norma es clara en definir cuáles son las directrices y procesos por implementar para que se cumpla el SGC, pero deja a las organizaciones libres de definir la metodología a utilizar en su implementación. Podría decirse que el compromiso de las instituciones juega un papel fundamental en definir el alcance que tendrá la norma en los servicios. Si bien es cierto que es de obligatorio cumplimiento también es cierto que es fundamental que no solo esté estructurado en el papel para que el cumplimiento de los objetivos sea alcanzado y se garantice una prestación del servicio con calidad, seguridad, eficiencia y oportunidad (10).

Por la complejidad del servicio neonatal, las características de su población objeto y teniendo en cuenta que los resultados entregados a los pacientes que requieren atención en las Unidades Neonatales están relacionados con la organización del servicio, la evaluación permanente de sus procesos para la identificación oportuna de acciones de mejora y la satisfacción de sus clientes internos y externos podríamos preguntarnos qué factores podrían influir negativa o positivamente en que se dé la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las Unidades Neonatales de Colombia.

Justificación

La implementación de un Sistema de Gestión de Calidad puede otorgar a las instituciones beneficios potenciales si se tiene un compromiso amplio por parte de las directrices institucionales (6). No se trata solo de cumplir una norma, se trata de enfocarse en la implementación y evaluación continua de los procesos y propender por la mejora continua de los mismos para garantizar resultados favorables y que se impacte desde los diferentes procesos que se realizan en las diferentes áreas de las instituciones de salud (6).

En la actualidad no solo se trata de brindar atención en salud. El término de la calidad en la atención toma fuerza en la medida que se incorporan a la prestación del servicio el concepto de eficacia y eficiencia de los recursos y se empiezan a incluir los indicadores como evaluación de procesos que se desarrollan. La calidad de la atención en salud definida como *“la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”* (11) invita a la reflexión sobre esta concepción del término de calidad.

Según datos demográficos del DANE (12) en el 2020 se dieron aproximadamente, 619.504 nacimientos en la nación. De esos 17.352 (3%) neonatos son menores de 2000g; según los criterios de ingreso a los servicios neonatales (7), si consideramos solo el peso, los menores de 1200g deberán ingresar a las UCIN, de 1300g a 1600gr en UCEN y de 1600g a 1800g a las unidades neonatales de básicos hasta cumplir con los requisitos de alta segura al programa canguro. Adicionalmente, requerirán de hospitalización los neonatos que sin importar su peso vean comprometida su salud. En este punto no solo es importante que el Estado asegure el acceso a estos servicios, también es importante que las instituciones cuenten con una adecuada infraestructura, dispositivos y un equipo multidisciplinario, el cual tenga las herramientas necesarias para brindar la atención a estos neonatos, según la ley 12 de 1991 los niños se consideran como sujetos sociales y ciudadanos en contextos democráticos y por tanto, deben contar con una debida y adecuada atención (13).

Se hace necesario establecer servicios neonatales que se basen en la prestación de servicios con calidad que ofrezcan una atención segura, oportuna y humana tanto al recién nacido como a su familia, un servicio que contribuya al objetivo de reducir la morbilidad perinatal. Todo esto debe considerar la gestión de riesgos, seguridad del paciente y evaluación de procesos y resultados y que si se hace de manera adecuada, impactaría en la adecuada clasificación de neonatos, atención, costos, recursos humanos, dispositivos, hospitalización y medicamentos (14).

La Sociedad Latinoamericana de Cuidado Intensivo Pediátrico (SLACIP), surge

como la necesidad de crear un espacio para el desarrollo profesional y de intercambio de experiencias entre los países latinoamericanos, España y Portugal, con la finalidad de identificación fortalezas, debilidades y de áreas que necesiten potencializar su desarrollo a través de políticas y estrategias creadas internamente con tal propósito, y es así como en el año 2006 solicitaron que cada país proporcionara sus datos generales de salud y datos específicos sobre la práctica de los CIP (15). Diez países refieren problemas que requieren solución inmediata. La mayoría son deficiencias de recursos humanos y/o infraestructura, refieren la necesidad de aumentar el número de intensivistas pediátricos, enfermeras y residentes; intensivistas de turno 24 horas, y el fortalecimiento de los programas de entrenamiento de todo el personal, ya sea a nivel nacional o por medio de programas de intercambio con otros países. En cuanto a la infraestructura, se plantea aumentar el número de unidades, crear unidades de cuidado intermedio o mejorar el equipamiento. Las preocupaciones que siguen en frecuencia son el requerimiento de mejores medios para el transporte del niño críticamente enfermo y la necesidad de implementar normativas nacionales de diagnóstico y tratamiento.

En el país, no hay un conocimiento o información que permita determinar estos costos generados entre el gasto y la atención, y los demás gastos administrativos que requieren las unidades y que se ha vuelto un dolor de cabeza por la no oportunidad en el pago de las EPS y el déficit de las IPS, y estas unidades requieren implementación de tecnologías, camas acondicionadas, medicamentos, aire acondicionado, disminución de ruido, calidad en la atención, disminución de estrés, entre otros (14).

Es por esta razón que se realizó una revisión documental para identificar posibles casos o información que permita establecer cómo se establece o se debe establecer la implementación de la gestión de la calidad en salud para las unidades de cuidados intensivos neonatales o servicios pediátricos en Colombia; sin embargo, la implementación del sistema de gestión de la calidad depende de otros procesos que hacen parte del sistema de garantía de la calidad y es por esto que esta información, complementa esta monografía

Objetivos

General:

Analizar la implementación de los sistemas de gestión de la calidad en salud en las Unidades Neonatales de Colombia.

Específicos:

- Describir la normatividad actual que rige los sistemas de gestión de la calidad en las unidades de cuidado intensivo neonatal de Colombia.
- Identificar los factores que contribuyen en la implementación de los sistemas de gestión de la calidad en las Unidades neonatales de Colombia.
- Identificar los factores que interfieren en la implementación de los sistemas de gestión de la calidad en las Unidades de cuidados intensivos neonatales.
- Generar recomendaciones para el mejoramiento continuo de la implementación de los Sistemas de Gestión de la Calidad en las unidades de cuidado intensivo neonatal de Colombia.

Aproximación metodológica

Se realizó una investigación documental presentada como monografía. Se siguieron las instrucciones para la elaboración y presentación de monografías propuestas para la facultad de odontología de la Universidad de los Andes (16).

La investigación documental se realizó siguiendo los pasos presentados a continuación:

1) Selección y delimitación del tema

2) Acopio de información o de fuentes de información

Se realizó una búsqueda libre de la normatividad pertinente colombiana para responder al problema planteado.

Adicionalmente se realizó una búsqueda estructurada en las bases de datos Pubmed, Bireme-Lilacs y Scielo, para identificar publicaciones científicas que abordan el tema, para la búsqueda se utilizaron términos MESH y términos libres para los conceptos de unidad de cuidados intensivos neonatales, calidad, estándares de referencia y mejoría de la calidad. La estrategia de búsqueda puede ser consultada en el **Anexo 1**.

Adicionalmente se consultaron los repositorios institucionales de la Universidad Nacional, la Universidad de Antioquia, la Universidad Javeriana y la Universidad de los Andes.

3) Análisis de los datos y organización de la monografía:

Se realizó la lectura, análisis, interpretación de los documentos y la síntesis de los elementos que respondieron a los objetivos planteados.

4) Redacción de la monografía:

La construcción del documento siguió la estructura retórica de introducción, desarrollo y conclusión. Para la presentación del documento se utilizó el siguiente orden: portada, resumen, índice general, índice de tablas y figuras, introducción, planteamiento del problema, justificación, objetivos, aproximación metodológica, marco teórico, conclusiones, recomendaciones, lista de referencias, apéndices y anexos.

Marco teórico

Conceptualización

Calidad

Según la OMS, es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios (13).

Calidad de la atención en salud

Para el Ministerio de Salud y Protección Social se entiende como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.” (17).

El informe de 2002 de la Organización Mundial de la Salud con relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente establece que “las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia”. El error en la atención se define como un fallo en el proceso de atención en salud que claramente se relaciona con un resultado adverso (18).

Política del Sistema Integrado de Gestión (SIG)

Con el fin de desarrollar políticas públicas que respondan a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en materia de salud y protección social en salud, el Ministerios de Salud y Protección Social crea esta política (19). Que tiene como objetivos:

1. Desarrollar políticas públicas que respondan a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en materia de salud y protección social en salud.
2. Incrementar la conformidad de los productos y/o servicios generados por el

Ministerio, a través del mejoramiento continuo de los procesos.

3. Optimizar el flujo, calidad, oportunidad y cobertura de la información, que mejore la administración del sistema de seguridad social en salud y protección social.

4. Dirigir y coordinar la ejecución de planes y programas que conduzcan al desarrollo de habilidades y competencias del talento humano en armonía con los objetivos del Ministerio para el mejoramiento de la calidad de vida del servidor público y el desarrollo de su gestión en términos de eficiencia y eficacia.

Este sistema está conformado **por el sistema de Gestión de calidad y el sistema de control interno.**

Sistema de Gestión de la Calidad

Es un conjunto de procesos organizacionales centrados en satisfacer consistentemente las necesidades del cliente y la mejora de su satisfacción. Está alineado con el propósito de la entidad y su dirección estratégica. (Adaptado de la norma ISO9001: 2015). Adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la Resolución 4004 de 2016 (20).

Creado mediante la **ley 872 DE 2003** en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios (5). Con esta ley el congreso de Colombia decretó la creación del sistema de gestión de la calidad “como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.” Todas las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral incluyendo las entidades prestadoras de servicios públicos están obligadas a su cumplimiento y siendo la máxima autoridad de cada entidad pública la responsable de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar el Sistema de Gestión de la Calidad. En esta ley se definen como características del sistema su desarrollo de manera integral, intrínseca, confiable, económica, técnica y particular en cada organización, y será de obligatorio cumplimiento por parte de todos los funcionarios de la respectiva entidad.

Y se establecen unos requisitos mínimos para su implementación que incluyen:

a) Identificación de los usuarios; los proveedores de insumos para su funcionamiento; y determinar claramente su estructura interna, sus empleados y principales funciones;

- b) Obtener información de los usuarios, destinatarios o beneficiarios acerca de las necesidades y expectativas relacionadas con la prestación de los servicios o cumplimiento de las funciones a cargo de la entidad, y la calidad de estos;
- c) Identificar y priorizar aquellos procesos estratégicos y críticos de la entidad;
- d) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurar que estos procesos sean eficaces tanto en su operación como en su control;
- e) Identificar y diseñar, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generen un impacto considerable en la satisfacción de las necesidades y expectativas de calidad de los usuarios o destinatarios;
- f) Documentar y describir los procesos identificados, incluyendo todos los puntos de control;
- g) Ejecutar los procesos propios de cada entidad de acuerdo con los procedimientos documentados;
- h) Realizar el seguimiento, el análisis y la medición de estos procesos;
- i) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

Esta ley especifica el requerimiento de diseñar indicadores que permitan medir variables de eficiencia, de resultado y de impacto. En su artículo 5 se establece que el sistema debe permitir:

- a) Detectar y corregir oportunamente y en su totalidad las desviaciones de los procesos que puedan afectar negativamente el cumplimiento de sus requisitos y el nivel de satisfacción de los usuarios, destinatarios o beneficiarios;
- b) Controlar los procesos para disminuir la duplicidad de funciones, las peticiones por incumplimiento, las quejas, reclamos, denuncias y demandas;
- c) Registrar de forma ordenada y precisa las estadísticas de las desviaciones detectadas y de las acciones correctivas adoptadas;
- d) Facilitar control político y ciudadano a la calidad de la gestión de las entidades, garantizando el fácil acceso a la información relativa a los resultados del sistema;
- e) Ajustar los procedimientos, metodologías y requisitos a los exigidos por normas técnicas internacionales sobre gestión de la calidad.

En la reglamentación del sistema de gestión de la calidad el Gobierno Nacional debía expedir una norma técnica de calidad en la gestión pública con disposiciones relativas a:

1. Los requisitos que debe contener la documentación necesaria para el funcionamiento del sistema de gestión de calidad, la cual incluye la definición de la política y objetivos de calidad, manuales de procedimientos y calidad necesarios para la eficaz planificación, operación y control de procesos, y los requisitos de

información que maneje la entidad.

2. Los mínimos factores de calidad que deben cumplir las entidades en sus procesos de planeación y diseño.
3. Los controles de calidad mínimos que deben cumplirse en la gestión de Recursos Humanos y de infraestructura.
4. Los controles o principios de calidad mínimos que deben cumplirse en el desarrollo de la función o la prestación del servicio y en los procesos de comunicación y atención a usuarios destinatarios.
5. Las variables mínimas de calidad que deben medirse a través de los indicadores que establezca cada entidad, en cumplimiento del parágrafo 1° del artículo 4° de esta ley.
6. Los requisitos mínimos que debe cumplir toda entidad en sus procesos de seguimiento y medición de la calidad del servicio y de sus resultados.
7. Los objetivos y principios de las acciones de mejoramiento continuo y las acciones preventivas y correctivas que establezcan cada entidad.

Además, se definió que una vez implementado el sistema y cuando la entidad considere pertinente podrá certificar su Sistema de Gestión de la Calidad con base en las normas internacionales de calidad.

Mediante el **Decreto 4110 de 2004** (9) se reglamenta la **Ley 872 de 2003** y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública **NTCGP 1000:2004**, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 de 2003.

Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública -NTCGP 1000:2004 (21)

Esta norma tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes y promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos.

El modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos que se muestra en la Figura 1 y de manera adicional, puede aplicarse a todos los procesos la metodología conocida como “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar” (PHVA).

La norma dicta que la entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad de acuerdo con los requisitos de esta norma:

- a) Identificar los procesos que le permiten cumplir la misión que se le ha asignado.
- b) Determinar la secuencia e interacción de estos procesos;
- c) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes;
- d) Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos;
- e) Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos;
- f) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos, e
- g) Identificar y diseñar, con la participación de todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes, en las materias y funciones que le competen a cada entidad.

Adicionalmente, en esta norma se establecen las responsabilidades de la dirección, gestión de los recursos, realización del producto o prestación del servicio, y lo referente a medición, análisis y mejora.

Posteriormente, mediante el decreto **4295 de 2007** (22) *“Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003”*, se decretó fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del **Decreto 1011 de 2006** y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido mediante el **decreto 1011 de 2006** (17).

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) (11)

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Sus componentes son:

Sistema Único de Habilitación (SUH).

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud

Sistema Único de Acreditación.

Sistema de Información para la Calidad.

El marco normativo del SOGCS es el **Decreto 780 de 2016** "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social ", que compiló al Decreto 1011 de 2006. Las unidades de cuidado intensivo neonatal no están exceptuadas del SOGCS, por lo tanto, deben cumplir con esta normatividad.

Sistema Único de Habilitación (SUH) (23)

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema. Estos buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Aspectos para tener en cuenta:

- Habilitación de servicios
- Organizaciones funcionales
- Redes integrales de prestadores de servicios de salud
- Videoconferencias virtuales

La **Resolución 3100 de 2019** (8), definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud" es la normatividad vigente para el sistema único de habilitación.

Las condiciones de Habilitación son:

Capacidad técnico-administrativa

Suficiencia patrimonial y financiera

Capacidad tecnológica y científica.

La norma de habilitación no tiene como objeto establecer las actividades, intervenciones o procedimientos a realizar en cada uno de los servicios de salud, siendo responsabilidad del prestador definirlos y documentarlos en el estándar de procesos prioritarios, teniendo en cuenta el objeto y alcance de los servicios de salud que habilite.

Estándares de habilitación de la Resolución 3100 de 2019

1. Talento humano
2. Infraestructura
3. Dotación
4. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos
5. procesos prioritarios
6. Historia clínica y registros
7. Interdependencia

El Decreto 1011 de 2006 compilado en el Decreto 780 de 2016, establece que serán las entidades departamentales y distritales de salud las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud. El incumplimiento de estos requisitos puede generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales por parte de las entidades territoriales de salud en el marco de sus competencias.

De otro lado, la Ley 09 de 1979 (24) en su Artículo 577 establece que "teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta Ley será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones: a. Amonestación. b. Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución. c. Decomiso de productos. d. Suspensión o cancelación del registro o de la licencia. 48 49 e. Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo".

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud –PAMEC-

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Sistema Único de Acreditación

Es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2 del decreto 780 de 2016, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Sistema de Información para la Calidad

Es el sistema que incluye los siguientes aspectos:

- Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Política Nacional de Seguridad del Paciente (25)

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada desde el año 2008 por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Esta política debe (26) :

- Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover un entorno no punitivo.

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer nueve principios

transversales que orienten todas las acciones a implementar:

- **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- **Cultura de Seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- **Multicausalidad.** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- **Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

A continuación, se detallan los aspectos que se deben tener en cuenta en el marco de la política de seguridad del paciente:

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.

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

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.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

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.

Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Violación de la seguridad de la atención en salud: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

Barrera de seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Sistema de gestión del evento adverso: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Acciones de reducción de riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

La política de seguridad del paciente sugiere a su vez unas prácticas seguras para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso:

- Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud.
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes.
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología.

De acuerdo con las directrices de la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, las instituciones deben realizar monitoreo en lo relacionado con la seguridad del paciente, dando cumplimiento al principio de eficiencia, y para esto recomienda medir a través de indicadores al menos para los siguientes procesos:

- Gestión de eventos adversos.
- Reporte de eventos adversos.
- De acuerdo con los riesgos que se generen; Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador, etc.
- Detección de riesgos del ambiente físico.
- Vigilancia de eventos adversos en prestador, asegurador, una red o en una región.
- Gestión en educación en prestador, asegurador.

Así mismo, dentro de la sección de procesos institucionales seguros contiene aspectos correspondientes a la seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud, a saber:

Ambiente físico seguro

- Evaluar las condiciones de localización segura.
- Evaluar las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional).
- Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales.
- Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria.

Equipamiento tecnológico seguro

- Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar en las Instituciones de salud.
- Elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento.
- Evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución.
- Realizar análisis a partir de los reportes de tecnovigilancia

Monitoreo de la calidad

Se estableció mediante la **Resolución 256 de 2016 (27)**, dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los

indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. La resolución 256 de 2016 derogó la resolución 1446 de 2006 y las disposiciones de esta resolución se aplican a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo.

Cuenta con tres (3) anexos técnicos:

Anexo técnico número 1: contiene los indicadores para el monitoreo de la calidad que aplicarán a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Anexo técnico número 2: define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Prestadores de Servicios de Salud)

Anexo técnico número 3: define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios)

La responsabilidad de las capacitaciones o asistencias técnicas con respecto a la Resolución 256, de acuerdo a lo establecido en la Resolución "Este Ministerio suministrará asistencia técnica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios — EAPB, a las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, en relación con lo establecido en la presente resolución para el monitoreo de la calidad. A su vez, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, brindarán dicha asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud habilitados en su jurisdicción, destinatarios de esta resolución. Así mismo las EAPB brindarán la referida asistencia técnica a los Prestadores de Servicios de Salud que hagan parte de su red". Es decir que las EAPB, realizaran la asistencia técnica a los prestadores de Salud.

Para los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos deberán reportarse para todos los casos en el campo de hospitalización del anexo técnico 2 Registro Tipo 5. Los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos que se presentan en otros servicios no se reportarán a través de esta Resolución. Sin embargo, la IPS deberá realizar la gestión y análisis de todos los eventos adversos que se presenten en los distintos servicios que tenga habilitados y realizar su debido reporte a farmacovigilancia.

Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos

El reporte de eventos adversos en la unidad de cuidado intensivo, UCI, hace parte de los mecanismos de control de calidad de la atención en salud, específicamente en la dimensión de seguridad del paciente , además, dada la complejidad de la atención del paciente crítico, la Unidad de Cuidados Intensivos, UCI, constituye un ámbito de alto riesgo para la aparición de eventos adversos, muchos de ellos evitables. “Un sistema de reporte se refiere a los procesos y tecnología de la información empleados en la estandarización, comunicación, devolución, análisis, aprendizaje, respuesta y disseminación de las lecciones aprendidas a través de los reportes de eventos” (18).

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Aquellas entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. Son entidades organizadas para la prestación de los servicios de salud, que tienen como principios básicos la calidad y la eficiencia, cuentan con autonomía administrativa, técnica y financiera, y deben propender por la libre concurrencia de sus acciones. El legislador ha considerado que se trata de entidades que prestan servicios en el área de la salud, compiten en este mercado, deben respetar las reglas que impiden el monopolio y garantizan la libertad de competencia en la prestación de sus servicios, con lo cual queda demostrado que jurídicamente son valoradas como empresas creadas, entre varios fines, con el propósito de obtener lucro económico, salvo claro está aquellas entidades sin ánimo de lucro. Teniendo en cuenta las IPS. que prestan servicios de salud con fines de lucro, resulta conforme con la naturaleza jurídica del impuesto sobre la renta y complementarios (28).

Unidades de Cuidado Neonatal (UCN)

Es un espacio intrahospitalario que combina tecnología avanzada con asistencia multidisciplinar, cumpliendo requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender las necesidades asistenciales de los neonatos y brindando cuidados especializados a los recién nacidos de riesgo y/o en riesgo. Es así como estas unidades son lugares donde el recién nacido (RN) permanecerá durante el tiempo pertinente para la recuperación dependiendo de su diagnóstico y pronóstico médico. Se trata de un área del hospital donde se cuida a los RN que sufren complicaciones médicas o a los bebés que han nacido de manera prematura, proporcionándoles un entorno óptimo para el crecimiento hasta que finalmente

- Contar con un área de registro de los pacientes que ingresan al servicio.
- Disponer de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Disponibilidad del servicio las 24 horas.
- Se deben distinguir cuatro (4) niveles de cuidado médico: cuidado intensivo, cuidado intermedio, cuidado mínimo y cuidado aislado(29).

Adicional, según Novoa y Cols, 2009 (33), existen unas características con las que se deben contar en los servicios:

- Dar atención a RNR de término sin patologías previstas.
- Otorgar cuidados básicos y tratamientos de patologías simples como: problemas de termorregulación, manejo de fototerapia y glicemias límites.
- Disponer de reanimación en sala de partos o pabellón, con personal entrenado en reanimación cardiopulmonar neonatal de acuerdo con estándares internacionalmente aceptados.
- Estar capacitados para estabilización de los RNR que requieran ser trasladados.
- Tener capacidad de trasladar a centros de referencia de mayor complejidad, bajo criterios de derivación previamente establecidos.
- Disponibilidad de un médico que pueda acudir en pocos minutos, entrenado en reanimación neonatal y capaz de reconocer aquellos RNR que requieran derivación.
- Equipamiento de reanimación y estabilización del RNR enfermo hasta su traslado: cuna radiante o incubadora, bolsa de ventilación a presión positiva, laringoscopio, oxígeno, aspiración, monitor cardiorrespiratorio, monitor de saturación, bombas de infusión continua, equipo de fleboclisis y soluciones endovenosas.
- Incubadora de transporte y personal adiestrado en traslados realizado por centro receptor.
- Capacidad de realizar intervenciones de cirugía neonatal.
- Personal idóneo y con la experiencia para la atención del RNR.
- Adecuaciones físicas para la hospitalización del RNR y las visitas de su familia.

- Estructuras de fácil acceso

Características de las unidades de cuidado neonatal.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, es el organismo encargado de validar y los estándares mínimos de habilitación una UCN, que definen las condiciones generales de las UCN para que un RNR tenga la suficiente atención integral para lograr su estabilidad física y empoderar a su familia en su cuidado, creando un vínculo afectivo con el RNR, que no solo ha nacido antes de lo esperado, sino que en algunas ocasiones nace con alguna enfermedad o malformación congénita, como lo son (8):

- **Talento Humano.** Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.
- **Infraestructura.** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- **Dotación.** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinan procesos críticos institucionales.
- **Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos.** Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.
- **Procesos Prioritarios.** Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.
- **Historia Clínica y Registros.** Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de

servicios.

□ **Interdependencia.** Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

Neonato

La palabra neonatología, proviene etimológicamente de la raíz latina "natos" que significa nacer y "logos" que significa tratado o estudio, es decir el "estudio del recién nacido". Los primeros pasos en la rama de la neonatología datan de 1892, con las observaciones de Pierre Budin, médico de origen francés, considerado el padre de la neonatología el cual escribió un libro para mujeres lactantes que habían tenido bebés prematuros, diferenciándolos en pequeños y grandes para la edad gestacional (32).

Se denomina neonato crítico a aquel recién nacido enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado (34)

Marco normativo

Tabla 1. Marco normativo

Norma	Objetivo
NORMA ISO 9000(6)	Fundamenta el SGC para implementar en las organizaciones y la ISO 9001:2015 que la reglamenta. Aunque estas normas no tienen como obligatorio su cumplimiento, son aceptadas y respetadas por los sectores públicos y privados de cada país, por la participación de todos los países en desarrollo y en vía de desarrollo en la creación de estas. Además del estatus que otorga tener un certificado internacional por la implementación del SGC.
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA (1991) (4)	El pueblo de Colombia, en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana
LEY 12 DE ENERO 1991(35)	Los niños como sujetos sociales y ciudadanos con derechos en contextos democráticos.
LEY 872 DE 2003(5)	Creó el sistema de Gestión de la Calidad (SGC), en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios de carácter público.
DECRETO 4110 DE 2004(9)	Reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, la cual determina las generalidades, y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme a la ley 872 de 2003.
DECRETO 1011 DE 2006(23)	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General

Norma	Objetivo
	de Seguridad Social en Salud, el cual es aplicable a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las entidades de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales
DECRETO 4295 DE 2007 (22)	Por la cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003, establece fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras de servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen
RESOLUCIÓN 256 DE 2016 (27)	Es la resolución por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
DECRETO 780 DE 2016 (36)	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 (8)	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Resultados según la evidencia

A continuación, se detalla la información encontrada en la evidencia según algunos de los diferentes componentes mínimos con los que se espera cuenten las UCN.

Tabla 2. Talento humano

Objetivo: Identificar la evidencia disponible de la literatura científica sobre el componente talento humano en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
Rojas JG, y cols. (37)	2010	Herramienta para el cálculo de personal de cuidado intensivo neonatal	AQUICHAN	VOL. 11 No 2	estudio descriptivo, transversal	Neonatos ingresados y hospitalizados en la UCIN y UCEN, de la Clínica Universitaria Bolivariana (CUB) en Medellín	Se recolectaron 425 instrumentos diligenciados de 22 neonatos. Las patologías más frecuentes fueron las de tipo respiratorio. El puntaje total de los Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System (NTISS) analizados fue de 5.200 puntos, con un promedio de 12,3, equivalentes a 123 minutos de trabajo de enfermería por turno de 6 horas. Del total de intervenciones el 62% están asignadas a las enfermeras, el 22% a las auxiliares de enfermería y el 16% a terapia respiratoria. Se calculó el requerimiento de 4 enfermeras	El NTISS es útil para la asignación y el cálculo del personal de enfermería y contribuye a mejorar los procesos de gestión del cuidado.

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
Henao Murillo, NA, y cols. (38)	2007	Aplicación del índice de intervenciones terapéuticas neonatales en el cálculo del personal de enfermería, en la unidad de cuidado intensivo e intermedio neonatal de la Clínica Universitaria Bolivariana	Repositorio institucional de la Universidad de Antioquia	No aplica	Descriptivo transversal	Neonatos que ingresaron y estuvieron hospitalizados en cuidado intensivo e intermedio de la unidad neonatal de la Clínica Universitaria Bolivariana durante el mes de abril de 2007	<p>por turno en la UCIN y UCEN.</p> <p>Se diligenciaron 425 instrumentos de 22 neonatos hospitalizados durante la fase de recolección de la información. El grupo de patologías que se presentó con mayor frecuencia fueron las de tipo respiratorio. El puntaje NTISS total de los instrumentos analizados fue de 5200 con un promedio de 12.3 puntos, equivalentes a 123 minutos de trabajo de enfermería en un turno de 6 horas. El cálculo de personal requerido según el cálculo realizado con base en el NTISS fue de: cuatro Enfermeras por turno para los pacientes en cuidado intensivo e intermedio. Del total de las intervenciones del NTISS el 62% de las actividades están asignadas a las enfermeras, el 16% están asignadas a terapia respiratoria y un 22% a las auxiliares de enfermería.</p>	<p>El índice NTISS tiene buena consistencia interna aplicada en la UCIN de la Clínica Universitaria Bolivariana con un alfa de Cronbach de 0.8. • El índice NTISS es un instrumento útil para la asignación y cálculo del personal según el modelo de trabajo en la Unidad de Cuidado Neonatal de la Clínica Universitaria Bolivariana. • El NTISS permite caracterizar los pacientes de acuerdo con las intervenciones y cuidados que a diario se le realizan. • Las variables del NTISS reflejan los cuidados directos que se realizan en la UCIN. Pero no incluyen otras actividades de enfermería en la</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
								<p>jornada laboral. • Según los resultados del estudio y comparándolos con el contexto actual, las enfermeras tienen una aumentada carga laboral en la UCIN.</p>
Paredes A, y cols. (39)	2003	Productividad horas-médicos en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales	Dialnet https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4800338	Vol. 30, Nº. 1	Descriptivo transversal		Fueron 657 minutos (357 UCIN y 299 UCIP) de observación, distribuidos así: Revisión Historia Clínica (HC) 7,43(2,36), examen físico 4,26 (1,05), análisis radiológicos 2,37(1,90), instrucción a residentes y enfermeras 7,30(2,51). No hubo diferencias en UCIN o UCIP. Porcentaje de actividades: revisión HC 34,78%, instrucciones a residentes y enfermeras 34,18%, examen físico 19,94%, análisis radiológico. 11,10%. Media tiempo asistencial: 21,36 minutos.	
Santiago J, y cols.(40)	2018	Quality of nursing care : perception of parents of newborns hospitalized in neonatal	Investigación y Educación en Enfermería. https://bibliotecadigital.udea	Vol. 36 No1	Descriptivo de corte transversal	121 padres de 97 neonatos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos e intermedios en	Participaron 121 personas, de las cuales el 67.8% eran mujeres. La edad promedio fue 28 años y casi uno de cada dos tenían estudios secundarios o mayores. Entre los neonatos, 66.9% fueron prematuros y 33.1% a término. El	Los padres perciben de manera positiva el cuidado de enfermería que sus hijos reciben en la unidad neonatal. Sin embargo, en el

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
		units	.edu.co/handle/10495/20947			una institución de III nivel de Medellín	peso promedio fue de 2 015 gramos (mínimo 620 y máximo de 4 420). La valoración general de los padres sobre la calidad del cuidado de enfermería que sus hijos recibieron en la unidad neonatal fue en promedio de 88 de 100 posibles. Los puntajes obtenidos en las dimensiones de mayor a menor fueron: Monitorea y hace seguimiento (95.2), Accesibilidad (90.8), Mantiene relación de confianza (88.6), Conforta (87.2), Explica y facilita (86.3), y Se anticipa (86.0).	análisis por dimensiones es posible establecer la necesidad de fortalecer aspectos como las relaciones interpersonales y los procesos de comunicación, que hacen parte de las dimensiones: Explica y facilita y Se anticipa. Los hallazgos permiten orientar acciones concretas de mejoramiento de la calidad en el cuidado neonatal.

Tabla 3. Infraestructura

Objetivo: Identificar la evidencia disponible de la literatura científica sobre el componente infraestructura en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
Cabra-Rufino, L, y cols. (41)	2020	Evaluación de la arquitectura hospitalaria: unidad de neonatología	Dialnet https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7695818	Vol. 72, 560, e361	Evaluación CURARQ-UNeo	UNeo del Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV) y el Hospital Universitario i Politènic La Fe (HUPF)	<p>De los resultados obtenidos se desprende que el diseño de la UNeo del HUPF obtiene una puntuación superior a la del HCUV.</p> <p>Configuración unidad: la UNeo del HUPF sí que destaca por su elevado grado de relación y conectividad respecto al resto de unidades clave mientras que la UNeo del HCUV, situada en un pabellón y planta distintas al resto de unidades clave, obtiene una puntuación mucho menor.</p> <p>Zona de circulación: Los resultados en ambos hospitales son similares y superiores al 60 %.</p> <p>Zona de acceso: Es una de las zonas con las puntuaciones más bajas en ambas unidades debido principalmente a que existen muy pocos locales.</p> <p>Zona de familiares: De manera similar a la zona de acceso, la zona de familiares obtiene</p>	<p>Los resultados globales de las dos unidades analizadas cumplen aproximadamente con el 50 % de los requisitos de la herramienta CURARQ-UNeo. Esto significa que su diseño no refleja las indicaciones de las guías de diseño nacionales y las recomendaciones del diseño basado en evidencias.</p> <p>El uso de esta metodología de evaluación permite determinar qué aspectos del diseño no están ofreciendo una respuesta adecuada al modelo de organización y funcionamiento actual y puede servir también para actualizar las guías nacionales de diseño.</p> <p>La metodología</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
							<p>calificaciones bajas porque existen muy pocos locales de uso exclusivo para familiares.</p> <p>Zona clínica: La seguridad del paciente y el funcionamiento del edificio obtienen la mayor puntuación mientras que la experiencia del paciente consigue los peores resultados.</p> <p>Zona de personal: En el HCUV destaca la limitación de superficie, lo que produce que se mezclen funciones distintas en un mismo local. Aunque la zona de personal del HUPF cuenta con la mayoría de los locales recomendados, sus cualidades son inferiores</p> <p>Zona de apoyo: El HCUV tiene los locales de apoyo recomendados, pero con limitación de espacio. En el HUPF el oficio sucio se comparte con la unidad de paritorios y algunos de los locales de almacenamiento</p>	<p>utilizada, se podría completar con métodos alternativos (cuestionarios, entrevistas, observación) para afianzar los resultados.</p> <p>La herramienta CURARQ-UNeo ha demostrado ser un instrumento útil para realizar un primer diagnóstico de la calidad funcional y ambiental e identificar las zonas que mejor o peor funcionan.</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
							quedan pequeños o no cumplen con las características recomendadas.	

Tabla 4. Dotación

Objetivo: Identificar la evidencia disponible de la literatura científica sobre el componente dotación en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
No se encontraron referencias en las bases de datos consultadas sobre este punto.								

Tabla 5. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos

Objetivo: Identificar la evidencia disponible de la literatura científica sobre el componente Medicamentos, dispositivos médicos e insumos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
Rodríguez Espitia YC, y cols. (42)	2019	Propuesta de un manual de recomendaciones para la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo y de uso inmediato dirigido a profesionales de enfermería en unidades de cuidado neonatal	Repositorio institucional Universidad Nacional		Estudio descriptivo de corte transversal	Niños hospitalizados en los servicios de neonatología de dos instituciones de salud de Bogotá, Fundación Hospital Pediátrico de la Misericordia (HOMI) y la Clínica Materno Infantil Colsubsidio	Los resultados encontrados señalan que electrolitos, ampicilina, gentamicina, dextrosas y otros azúcares fueron los medicamentos más utilizados. Señalan también que las palabras medicamento(s), preparar/preparación y administrar/administración fueron empleadas 567, 383 y 349 veces, respectivamente. Dilución, proceso y correcto(s) fueron usadas entre 100 y 200 veces. Duda, neonatal/neonato(s) y paciente, entre 80 y 90 veces. También se pudo evidenciar que ninguna fuente incluye información completa, dirigida a profesionales de enfermería, de los 32 aspectos críticos para la preparación y administración de medicamentos. Este conocimiento debería encontrarse disponible y fácilmente accesible para llevar a cabo los procesos en forma segura.	El manejo de los medicamentos en las unidades de neonatología es un proceso complejo que requiere del desarrollo de habilidades, comportamientos y conocimientos del profesional de enfermería para llevar a cabo correctamente los procesos de preparación y administración. Este conocimiento, por parte del personal que lo administra, debe encontrarse disponible y fácilmente accesible para llevar a cabo el proceso en forma segura. La complejidad del proceso de preparación, el cumplimiento de las condiciones técnicas, los requisitos del área de preparación, la integridad de los insumos y la capacitación del personal son aspectos que, de acuerdo con la investigación, se deben tener en cuenta para garantizar la calidad de la

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
								<p>preparación final de los medicamentos que serán administrados a los niños.</p> <p>Únicamente los medicamentos inyectables de uso inmediato pueden ser preparados en los servicios de enfermería, siempre y cuando se sigan las consideraciones de preparación y administración planteadas en el documento. Los demás medicamentos deben ser preparados en el servicio farmacéutico bajo condiciones de buenas prácticas de elaboración.</p> <p>La verificación de los correctos no es la única estrategia que previene la comisión de errores de medicación. La presente investigación permitió identificar que el conocimiento de aspectos tales como la farmacocinética y farmacodinamia del paciente, las características</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
								físicoquímicas propias del medicamento que se va a administrar y las condiciones de estabilidad, entre otras, podría contribuir significativamente en la disminución de la comisión de errores.
Dias da Silva, G, y cols. (43)	2014	Errores de medicación en Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	Enfermería Global https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4534760	Vol. 13, No 1	Revisión integradora de la literatura	Bases de datos en línea en el período 2002-2012, con evidencia disponible sobre la incidencia, los factores relacionados, las consecuencias y	De los 11 estudios seleccionados, 10 (90,9%) eran internacionales y 01 (9,1%) desarrollado en Brasil. En relación con las preguntas abordadas por los artículos seleccionados, considerando el carácter multidimensional de los estudios y que en algunos casos los resultados eran abarcadores y mixtos, 7 trabajos resultaron en la descripción de la ocurrencia, incidencia o prevalencia de los errores de medicación en UTIN. En 8 de los artículos, se encontró en los resultados posibles factores relacionados o no relacionados al error, o también situaciones o características que pueden o no aumentar la chance del error. Las estrategias de	Los resultados se clasifican de acuerdo con los temas centrales de la revisión del diseño. Un conocimiento más profundo de la magnitud de los errores y eventos adversos de medicamentos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, su impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal, factores asociados con este fenómeno y los mecanismos de prevención son las estrategias para la construcción de un

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
						los mecanismos para la prevención de errores de medicación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	prevención de los errores fueron pormenorizadas en 8 estudios, y apenas 5 de los 11 artículos filtrados apuntaban una o más consecuencias de los errores de medicación para los recién nacidos internados en la UTIN, y ninguno de ellos objetivó directamente evaluar los resultados de estos eventos y el impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal.	sistema de salud más seguro y de calidad.

Tabla 6. Procesos prioritarios

Objetivo: Identificar la evidencia disponible de la literatura científica sobre el componente Procesos prioritarios en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
Cortés Gallo G, y cols. (44)	2003	Recomendaciones específicas para evitar la mala práctica en Neonatología	CONAMED	Vol. 8, Núm. 3	Cross Sectional	Recién Nacidos en CONAMED entre enero de 1997 y diciembre de 2001	<p>En el presente estudio se incluyeron las inconformidades recibidas en la CONAMED entre enero de 1997 y diciembre de 2001, que correspondieron al 17.5% del total de inconformidades por atención pediátrica. Del análisis de los resultados por especialistas de CONAMED, se emitieron una serie de recomendaciones, validadas internamente en la Comisión, y en una segunda fase, sometidas a una validación externa por un Grupo de Validación Externa.</p> <p>Se consensaron cinco recomendaciones específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Atender oportuna e integralmente al recién nacido desde la sala de partos; 2) Conocer y aplicar los principales protocolos de estudio y manejo en neonatología; 3) Identificar y tratar al recién nacido de alto riesgo; 4) Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la 	No presenta

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
							unidad de cuidados intensivos neonatales, y 5) Asegurar un traslado óptimo.	
Arias Jiménez M, y cols. (45)	2013	Infecciones del torrente sanguíneo asociadas al catéter venoso central en el servicio de cuidado intensivo neonatal	Revista electrónica Enfermería actual en Costa Rica https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44824928007	23	Revisión narrativa	Artículos sobre El uso de listas de verificación o "bundles" para prevenir septicemia, comparada con la no implementación de estas listas,	Los 6 estudios incluidos correspondían a centros que identificaron la problemática de las infecciones y/o implementaron medidas para prevenirla. Se encontró la siguiente evidencia: 1. - Central line bundle implementation in US care units and impact on bloodstream infections. (Furuya et al.,2011) Se evidenció que el paquete de línea central se promueve a menudo, pero rara vez se implementa bien. 2. - Reduction in central line-associated bloodstream infections by implementation of a post insertion care bundle. (Guerin, Wagner, Rains y Bessesen, 2010). Este estudio se enfoca en la atención posterior a la inserción de catéteres	La aplicación de los "bundles" reduce las infecciones asociadas a catéter venoso central. • El compromiso y la educación son fundamentales en el proceso. • Los pasos que se utilizan en los "bundles" son sencillos y de fácil acceso. • El seguimiento diario de los dispositivos permiten llevar un control y, por lo tanto, aplicar medidas de prevención en el momento oportuno.

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
							<p>venosos centrales y demostró que las intervenciones desarrolladas por el personal de enfermería pueden ser una respuesta altamente efectiva a un problema de presencia de infección.</p> <p>3. - An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. (Pronovost et al., 2006) Este estudio evidenció una máxima mejoría con respecto a la seguridad del paciente y la mayor probabilidad de reducir las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter.</p> <p>4. - Effectiveness of a central line bundle campaign online-associated infections in the intensive care unit. (Galpern, Guerrero, Tu, Fahoum y Wise 2008) Se aplicó un "bundle" para la inserción de las líneas centrales que incluyen precauciones máximas de barrera, lavado de manos,</p>	

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
							<p>preparación de la piel con ChloroPrep (Enturia, Leawood, Kan), el uso de un carrito de la línea central y, finalmente, la evitación de la línea femoral. Se concluye que el implementar campañas de listas de verificación "bundles" redujo significativamente las infecciones asociadas a catéter venoso central.</p> <p>5. - Innovative bundle wipes out catheter-related bloodstream infections. (Harnage, 2008) Este estudio evidenció que la implementación de listas de verificación o "bundles", durante 3 años, redujo las infecciones a 0.</p> <p>6. - Statewide NICU central-line-associated bloodstream infection rates decline after bundles and checklist. (Schulman et al., 2011). En este estudio se concluyó que, aunque estandarizar los cuidados de la línea central de</p>	

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
							atención condujo a una significativa disminución de septicemias, el lugar de los elementos de ésta sigue siendo un factor de riesgo independiente. El uso de listas de verificación redujo las septicemias asociadas con el catéter venoso central.	
Delgado Rodríguez JF, y cols. (46)	2010	Bacteremia en la UCI neonatal de la Fundación Valle del Lili: Cali 2004-2008	Repositorio digital institucional Universidad CES https://repository.ces.edu.co/handle/10946/823	No aplica	Retrospectivo observacional.	Pacientes ingresados a la UCIN de la FVL, menores de 28 días de vida, entre el 2004 y 2008		La incidencia de bacteriemia en la UCIN varía entre los diferentes centros, las bacterias aisladas, se comportan de forma diferente, teniendo en cuenta algunas circunstancias relacionadas con el tipo de institución, como en nuestro caso, un centro de referencia de alto nivel de complejidad, con procedencias de múltiples regiones del país y de pacientes con

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
								<p>patologías de difícil manejo. No es más frecuente la bacteriemia neonatal en nuestro centro, al compararlo con otros estudios. Incluso, contrario a lo generalmente observado, no se apreciaron diferencias entre los grupos de edad, sexo, edad gestacional y presencia de malformaciones.</p> <p>Solicitar a las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, la implementación de un tamizaje a las madres en embarazo que permita detectar por cultivos la presencia de Streptococcus del grupo B, y reducir la</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
								<p>morbi-mortalidad por esta causa.</p> <p>Si se presentaron mayores tasas de mortalidad en nuestro estudio, cuando se compararon por peso al nacer, edad gestacional, y género. Proponer un sistema periódico que evalúe en nuestra institución las variables aquí mencionadas, que permita conocer el comportamiento y las características de las bacterias aisladas en nuestra UCI, con el fin de desarrollar estrategias que permitan un control más efectivo de las infecciones neonatales.</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
Pinilla Reyes, DR, y cols. (47)	2013	Bacteriemia asociada a catéter epicutáneo en la unidad de cuidado o intensivo neonatal de la Fundación Cardioinfantil	Repositorio INSTITUCIONAL Universidad DEL ROSARIO https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/4128	No aplica	Estudio descriptivo de corte transversal	Todos los recién nacidos con diagnóstico de bacteriemia asociada a catéter en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Fundación Cardioinfantil entre 2005 - 2010	Se encontraron 50 pacientes con diagnóstico de bacteriemia asociada a catéter. 50% de género masculino, 52% con edad gestacional al nacimiento menor a 36 semanas y 24% con peso menor a 1500 gramos al momento de la inserción del catéter. La edad fue de 24.2 días al momento de la inserción del catéter. En el 66% de los pacientes el sitio de inserción fue el miembro superior, siendo el <i>Staphylococcus Epidermidis</i> el germen con el 50% de las bacteriemias.	La bacteriemia asociada a catéter afecta paciente prematuros, de bajo peso sin diferencias en género. La manipulación de dichos dispositivos, el sitio de inserción, el uso previo de antibióticos, la duración del catéter y el uso de nutrición parenteral son factores que están asociados al mayor riesgo de infección. Siendo el <i>Staphylococcus Epidermidis</i> el germen más frecuente.
Corrales I, y cols.(48)	2010	Impacto de una intervención de precauciones de contacto sobre la infección intrahospitalaria en	Repositorio institucional Universidad del Rosario https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2196	No aplica	Cuasi experiment al Antes y después	Pacientes de la unidad de cuidados intensivos de la Fundación Cardioinfantil , 2009-2010.	Se evaluaron 450 neonatos. 78 pacientes tuvieron IIH, siendo mayor en el primer grupo (45 de 247; 18,2%), que en el de intervención educativa: (33 de 203; 16,2%). La IIH se presentó en 17 de 25	La estrategia de adopción de medidas de aislamiento y precauciones de contacto, basado en la vigilancia de

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
		una unidad neonatal					<p>pacientes colonizados (66,7%), 15 de 44 pacientes no colonizados (34%) y uno de los 134 pacientes a los que no se les tomó muestra (0,75%; $p < 0,01$). El modelo mostró que el riesgo de IIH fue mayor en el grupo no intervenido, (O.R. 1,99, I.C. 95%: 1,39-12,30); otros factores de riesgo identificados fueron el uso de nutrición parenteral, la presencia de cardiopatía congénita y una mayor estancia hospitalaria.</p>	<p>colonización microbiológica, tuvo un impacto significativo sobre las tasas de infección intrahospitalaria en una unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) de referencia en Bogotá. La estrategia de vigilancia de la colonización identificó los pacientes con mayor riesgo de infección intrahospitalaria en el período con intervención educativa, ya que las IIH fueron más elevadas en pacientes colonizados en comparación con</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
								<p>los que no tenían evidencia de colonización o aquellos a los que no se les tomó muestra microbiológica.</p> <p>Estos resultados indican la necesidad de adoptar mayores precauciones de contacto y se recomienda tomar muestras de colonización a piel en los neonatos de mayor riesgo de realizar infecciones intrahospitalarias. Se recomienda aumentar la vigilancia sobre los individuos con mayor riesgo de IIH, especialmente en</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
								<p>las unidades de mayor complejidad. Se recomienda mejorar la adherencia al lavado de manos en unidades de pacientes críticos, y complementar tales estrategias con programas basados en medidas de aislamiento e identificación de la colonización para disminuir la morbilidad en estas unidades.</p> <p>Se sugiere la implementación de tales medidas y la evaluación de su efectividad en otros escenarios y su costo-efectividad.</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
								Una intervención educativa sobre adecuadas técnicas de aislamiento y precauciones de contacto en neonatos, basados en la toma de cultivos de piel para evaluar la colonización microbiológica, se asoció con una menor tasa de IIH en el grupo intervenido en una UCIN.
Montes, SF, y cols. (49)	2011	Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en los recién nacidos	Enfermería global https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4008665	Vol. 10, Nº. 4,	Estudios descriptivo	Recién nacidos (RN) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de octubre de 2008 a julio de 2009, en	Se realizaron 55 procedimientos para la inserción del PICC en 41 RN que fueron hospitalizados en este período, con un promedio de 1,3 procedimientos de inserción por RN. Se evidenció que la mayoría de los RN tenían un peso bajo al	Estos hallazgos señalan la necesidad de mayores inversiones en programas de formación profesional para garantizar el manejo seguro de

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
						un hospital público de enseñanza de Uberaba, Minas Gerais.	nacer (1.639,5 ± 632,7 g) con una edad media gestacional de 31,9 ± 4,1 semanas. Se verificó la inserción del PICC en 15 (27,3%) en la vena safena, 13 (23,6%) en la cabeza y 10 (18,2%) en la basílica. El promedio de intentos de punción fue de 3,1 veces por procedimiento. A los Rayos X, 21 (38,2%) se encontraban en una ubicación céntrica. Se observó 17 (30,9%) obstrucción de la luz, 9 (16,4%) de ruptura del catéter y 2 (4,9%), flebitis. La duración media del PICC fue de 8,8 días.	dispositivos intravenosos y asegurar la calidad de la asistencia de enfermería a esta población.
Br. Yovana Noemí, y cols.	2020	Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos neonatal de un Instituto Nacional de Salud 2019	La referencia https://www.lareferencia.info/vufind/Record/PE_441aac6ca82df518da234c3f9863da79	No aplica	Corte trasversal	80 enfermeras de una UCI neonatal en Lima Perú, a los cuales se le aplicó la técnica de la encuesta, y se usó como	Respecto a la variable resultó que de 100% (80) de licenciadas en enfermería, el 63% (50) presentan un nivel de Cultura de seguridad del paciente Alto, el 33% (26) Media y solo el 5% (4) Baja. La Seguridad en el área de trabajo considerada alta en un 63%. La seguridad brindada	Se concluyó que poco más del 60% del profesional de enfermería de la unidad Uci Neonatal tiene un nivel de cultura de seguridad alta y solo un 5% baja. El 60% una cultura de frecuencia de

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
						instrumento un cuestionario elaborado originalmente e por Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) traducida por la CONAMED en el 2011, que consta de 5 dimensiones y 42 preguntas, en escala tipo Likert.	por la institución 48% nivel medio, La seguridad desde la comunicación es percibida como media en un 43% y baja en igual porcentaje, la frecuencia de sucesos notificados considerada como media en un 60%.	notificación media y en porcentajes iguales a 43% la seguridad desde la comunicación es considerada como media y baja. Las demás dimensiones predominan los niveles medios y altos. Por lo que se debe trabajar y mejorar en el tema.

Tabla 7. Historia Clínica y registros

Objetivo: Identificar la evidencia disponible de la literatura científica sobre el componente Historia Clínica y registros en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
No se encontraron referencias en las bases de datos consultadas sobre este punto.								

Tabla 8. Calidad en la atención

Objetivo: Identificar la evidencia disponible de la literatura científica sobre calidad de la atención en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
Clairat Sierra Y, y cols.	2014	Calidad de la atención en el Servicio de Neonatología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"	MEDISAN https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445170013	vol. 18, núm. 12,	Estudio descriptivo y transversal	Servicio de Neonatología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", de	Se identificaron deficiencias en la calidad de la atención respecto a la estructura del Servicio, en el que no se contaba con ningún pediatra y de los 12 neonatólogos que debían estar laborando, solo lo hacían 7. En cuanto al equipamiento, se detectó que, de las 2 cunas térmicas existentes, una se	No presenta

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
						septiembre de 2013 a marzo de 2014	encontraba en mal estado, para 50,0 %, de manera que este indicador resultó inadecuado; de los 5 perfusores disponibles, 1 de ellos estaba en mal estado y 4 aptos, para 80,0 %, lo cual se consideró como inadecuado. Por su parte, de las 3 pesas convencionales, 2 de ellas estaban en mal estado, para 67,0 % del estándar establecido, de modo que este indicador fue inadecuado. Por último, no se detectaron deficiencias ni en el proceso ni en los resultados, por lo que todo el personal fue evaluado como adecuado.	
Álvarez Aragón O, y cols. (48)	2019	Impacto de una intervención pedagógica en el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos neonatal de la Fundación	Repositorio institucional Universidad del Rosario https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/19962	No aplica	Estudio cualitativo	Personal asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) de	Categoría Pedagogía Hospitalaria: Luego de las intervenciones pedagógicas, los participantes en los grupos focales comienzan a hacer explícito un cambio en su conceptualización. Vinculan	Es significativo que la acción inmediatamente puesta en práctica partió del taller, lo cual se relaciona con un cierto número de datos mencionados

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
		Cardioinfantil de Bogotá				la Fundación Cardioinfantil de Bogotá (FCI)	<p>la PH con la función y con las acciones realizadas por el equipo de salud y logran un acercamiento más comprensivo sobre el tema. Función de la Pedagogía hospitalaria</p> <p>Luego de las intervenciones pedagógicas este aspecto cobra mayores dimensiones, se refieren entonces a la importancia de hacer una compañía dirigida a la sensibilización, ofrecer conocimientos y experiencias, nuevamente se sitúan en el terreno de la humanización (CCD).</p> <p>También se encuentra la referencia a un movimiento bidireccional, por el que reconocen que los miembros del equipo pueden tener aprendizajes brindados desde la familia y con relación al conocimiento del RN y la cultura del grupo familiar (CCD).</p>	<p>por los participantes en relación con experiencias significativas para su saber y hacer obtenidas en el pasado de la misma forma, es decir, viendo hacer y haciendo. Queda claro el esfuerzo y el trabajo incesante realizado por las directivas de la unidad neonatal de la mano del director del Hospital Pediátrico de la Fundación Cardioinfantil y su compromiso con la salud de los RN de Colombia. Efectivamente son evidentes algunos cambios en el hacer y en el pensar de las personas de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) de la Fundación Cardioinfantil, lo que se ha traducido en un</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
							<p>Se evidencia una gran preocupación por parte del equipo en el sentido de jugar un papel como capacitadores de la familia con miras al egreso de los recién nacidos, hacia la autonomía y el empoderamiento de los padres.</p> <p>Después, durante los grupos focales, se renueva que el papel que juega todo el equipo de la unidad en la función de educar, y es momento en el que se reconoce a otras personas que hacen presencia en la UCIN jugando este papel.</p> <p>Para el momento de intercambio en los grupos focales se evidencia un cambio, una identificación más precisa de las necesidades del RN.</p> <p>Necesidades pedagógicas del equipo de UCIN se identifican:</p> <p>Diseño de estrategias educativas para el personal</p>	<p>mayor bienestar de los bebés en sus incubadoras, una mayor participación e involucramiento de los padres y un menor número de intervenciones innecesarias sobre el bebé.</p> <p>Sin embargo, continúan presentándose dificultades para conservar niveles bajos de ruido e iluminación; dos muy buenos indicadores de una conciencia del cuidado para evitar daño, y que no logran controlarse como es de esperar.</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
							<p>Capacitaciones en temas de interés para el personal de UCIN como atención integral, método canguro, Neuroprotección, CCD</p> <p>Necesidad de materiales para la formación de las familias</p> <p>Charlas sobre temas como empatía, enfrentamiento de situaciones difíciles, duelo, muerte</p> <p>Aportes de la PH a la mejora del servicio</p> <p>En el discurso de los profesionales encuestados, se identifica la necesidad de formación pedagógica en el personal de salud, manifestado como un enlace importante para la generación de estrategias lúdicas</p> <p>Categoría Cuidados Centrados en el Desarrollo</p> <p>En el discurso de los encuestados, no se le reconoce al RN las fortalezas que posee, lo ven como un ser con muchas</p>	

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
							<p>carencias, vulnerable, dependiente de cuidado. Desde el punto de vista médico y de enfermería, identifican que los Cuidado centrado en el desarrollo son una serie de acciones cuyo objetivo es proteger y fortalecer el neurodesarrollo del bebé.</p> <p>Los profesionales consultados identifican que las acciones de los CCD tienen un impacto en la calidad de la atención. Se identifica además una minoría de profesionales que, pese al conocimiento actual, presentan cierto grado de resistencia a la integración de algunas acciones desde CCD al servicio por identificar que su implementación ha sido impuesta y no consultada con todos los equipos de los turnos.</p>	

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
Portillo Guerrero R, y cols. (50)	2015	Percepción materna de los comportamientos del cuidado de enfermería ofrecido a los recién nacidos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de una ESE de la ciudad de Barranquilla	Repositorio Universidad Nacional https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/55510		Estudio descriptivo	150 madres en una unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) de una E.S.E. de la ciudad de Barranquilla	Los resultados obtenidos de esta investigación permitieron identificar que la percepción de las madres sobre los comportamientos de cuidados de enfermería que estas les brindan a sus hijos y relacionados con la honestidad, respaldo, tiempo, amabilidad, preparación, habilidad y experiencia de las enfermeras en el cuidado de los neonatos, están presentes; sin embargo, comportamientos como dar esperanza acerca de la situación del neonato, llamarlos por sus nombres, mostrar sensibilidad hacia el neonato, responder con rapidez frente al llamado, el contar con los padres para la planeación del cuidado de los neonatos no están presentes en la cotidianidad del cuidado neonatal,	En conclusión, el desarrollo de la investigación permitió identificar que las madres perciben que las enfermeras tienen la competencia profesional para la asistencia del cuidado del neonato, mas no todas identifican la totalidad de los comportamientos del cuidado humano. En este sentido, resulta necesario generar programas y alternativas que ofrezcan un cuidado humano no solamente centrado en la asistencia de las necesidades de tipo biológico, sino que comprometa al neonato y a sus padres.

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
Cantillo Guarín, EM, y cols. (51)	2015	Percepción de enfermería de los comportamientos del cuidado en las unidades de cuidado intensivo neonatal del distrito de Barranquilla	Repositorio Universidad Nacional https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/55801		Estudio descriptivo	En la investigación participaron 100% de las enfermeras (28) provenientes de las unidades de cuidado intensivo neonatal de las instituciones prestadoras de salud Hospital Niño Jesús, Hospital Universitario Centro de Atención y Rehabilitación	En general las participantes señalan como "presentes" los comportamientos de cuidado de las cinco dimensiones que contiene el instrumento, sin embargo, se encuentra que en la dimensión Deferencia Respetuosa se señala con menos frecuencia el llamar a los pacientes por su nombre; en la dimensión de asistencia segura se valora la sensibilidad de la enfermera con su paciente, más aún en la unidad de cuidados intensivos neonatal, donde el niño está expuesto a diferentes estímulos dolorosos, estresantes y a la separación de sus padres, lo cual se constituye en un factor adicional de privación afectiva en estos niños, que puede tener repercusiones negativas en su vida futura. En cuanto a la interacción positiva los comportamientos fueron	Se demostró que en deferencia respetuosa debe existir un vínculo capaz de derribar las barreras más allá de un cuidado asistencial, donde la enfermera vivencie el cuidado para transformar la realidad. En la dimensión de asistencia segura (tranquilidad por la presencia humana) existe debilidad en la comunicación terapéutica transpersonal, la sensibilidad por el personal de enfermería, esta debe perder el temor al toque con el recién nacido, compartir con el niño sentimientos y emociones para transformar el cuidado en la práctica de enfermería. Implementar en las instituciones prestadoras de

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
						Integral Alta Complejidad (CARI), Clínica de la Costa y Clínica Reina Catalina.	señalados con menor frecuencia como presentes en el cuidado y ellos tienen que ver con la inclusión de los padres en el cuidado y la expresión de estos que perciben una relación distante en la relación padres – enfermera, barreras en la información sobre el estado de salud del niño, la falta de interacción enfermera-padres-neonato, quizás por las políticas y reglamentos restringidos en estas áreas, lo que conduce a que el contacto de las enfermeras con los padres del niño sea escaso. En la dimensión preparación y habilidad personal, a pesar de que la enfermera brinde un cuidado competente en el área de neonatología, ellas señalan con menos frecuencia el trato humano a los pacientes, comportamiento de cuidado que debe estar siempre presente entre sus	servicios actividades lúdicas con el recién nacido, en las áreas críticas como actividades de estimulación auditiva, visuales y táctiles (masajes, baño etc.), hacer participe a los padres vinculándolos con enfermería en los cuidados del niño, romper las barreras de la reglamentación relacionada con horarios que restringen la presencia de los padres en los momentos de cuidado, esto también contribuye a mejorar la comunicación para disminuir la depravación afectiva del neonato promocionando el apego y la estimulación en el recién nacido. Ajustar tiempos para brindar educación y programas de

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
							<p>cualidades profesionales. Es importante observar que en la dimensión consideración de la experiencia del otro, a pesar de que la enfermera brinda un cuidado competente en el ámbito biológico, se debe partir de una relación recíproca ante la necesidad del paciente, se necesita, reconocer las experiencias humanas, para percibir el primer contacto con los sentimientos y espiritualidad, sin embargo, no se resalta de la misma forma el cuidado ofrecido al recién nacido, ya que falta la atención de otras dimensiones, como la afectiva esencial en el cuidado humano referido por Watson.</p>	<p>cuidado en casa para los padres, ideal para la dimensión de una interacción positiva.</p>

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
Alexander Arrieta D, y cols. (52)	2008	Factores administrativos que determinaron estancia prolongada en los recién nacidos del Hospital Universitario de Santander	Salud UIS https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343835679004	40: 20-25	Estudio descriptivo retrospectivo	Pacientes del servicio de recién nacidos hospitalizados en el HUS durante el último trimestre del 2005. El servicio de Recién Nacidos del HUS presta los servicios de mediana y alta complejidad al nororiente del país y cuenta con 10 cubículos de cuidado intermedio	Entre los resultados más relevantes se encontró que el 8 % de las estancias fueron no pertinentes por problemas administrativos y las causas principales fueron problemas en la liquidación (46,15 %) y demoras en la remisión de pacientes (15,38 %).	El motivo más frecuente de estancia prolongada fue por problemas de tipo administrativo y su principal causa fue liquidación de la cuenta (6 casos) por falta de autorización, requisito obligatorio para facturar y egreso al usuario.

Autor	Año	Título del Artículo	Nombre de la Revista (URL/IDO) País	Volumen y número	Diseño de la Investigación	Población y Muestra	Resultados principales	Conclusiones
						y 18 cubículos de cuidado básico		

Discusión

Encontrar culpables no es la solución, buscar acuerdos, consensos y trabajo interinstitucional e intersectorial, permitirán actuar en pro de la adecuada gestión de la calidad en las instituciones (53). Es importante, reconocer que la supremacía, conocimiento o experticia de los especialistas y el personal asistencial de las UCIN, no deben obstruir la implementación de la gestión de la calidad, entendiendo, además, que existen tres factores importantes que se convierten en barreras para que los clínicos no se involucren con el mejoramiento de la calidad: tiempo, formación y responsabilidad. A lo anterior, se suma también, el hecho, de que existe una lista de chequeo o preguntas para contribuir con la transformación de la calidad que es importante contemplar: organización del planteamiento de la misión en la organización, evaluación de la comunicación de los ejecutivos sobre la calidad, evaluar las prácticas de aplicación y refuerzo de calidad.

- De los resultados encontrados en la revisión que se hizo, es importante resaltar que para dos de los componentes que se espera cuenten en las unidades de cuidado neonatal, no se encontró evidencia reportada, como lo es el caso de dotación y la Historia Clínica y registros. Sin embargo, Correa et al. 2016, reportaron en su estudio que las condiciones generales de las UCN cumplen en cierta medida con los componentes requeridos, porque cuentan con el equipo médico capacitado para atender a los recién nacidos, las familias confían en los profesionales y saber que sus hijos están siendo atendidos por profesionales idóneos y tecnología avanzada, les genera tranquilidad. Con respecto a la infraestructura de las UCN, les hace falta más recursos y adecuaciones, los espacios son insuficientes para los pacientes y sus familias, puesto quieren mayor privacidad y dotación para la comodidad, especialmente de las madres, quienes están en proceso de recuperación y además deben contar con un espacio adecuado para lactar.

Si bien la norma es clara en lo que se espera para la implementación de la calidad en las instituciones de salud, incluir el componente de calidad en las UCIN como en otras áreas, sugiere iniciar con una evaluación externa, donde se incluya la participación de expertos externos, segundo, pensar en cómo desde la evaluación de los procesos individuales que realizan en el área, se apoya la cultura de la calidad y por consiguiente, priorizar el liderazgo, que involucre personas reconocidas, con conocimiento del quehacer en el área y que sea un referente para sus pares. Es importante realizar periódicamente auditorías internas, con la finalidad de identificar

errores y crear procesos o sistemas que influyan en la disminución del riesgo, de eventos adversos, de errores, los recién nacidos que requieren atención especial y están en UCIN, requieren una correcta evaluación y oportunidad en la atención. (32).

Cuando se encuentran falencias en el servicio de neonatos o pediátrico, con indicadores bajos o negativos, es importante reflexionar, además, en qué pudo suceder para que hubiera disminuido la atención con calidad, para que se ponga en riesgo la atención segura y otros factores de consecuencias negativas en la institución. Por lo anterior, brindar una adecuada sensación de acompañamiento, de protección y el aportar insumos y herramientas a las personas de las UCIN, permitirá que sus miedos a no llenar expectativas y a no realizar "bien" su trabajo, lo que reflejará una adecuada y oportuna atención, con calidad humana, confianza y asertividad en el cuidado a los neonatos e impactar en la morbimortalidad de esta población. Además, continuar o implementar un plan de acción de mejora, hacer, por ejemplo, lista de chequeo diarias o periódicas y rondas de seguridad, que si bien es responsabilidad hacerlo y direccionarlo por el departamento de calidad de cada institución, todo debe ser un trabajo conjunto, que involucre tanto a directivos, médicos y todo el personal de la institución (27). Uno de los detonantes que hizo que el hospital John Hopkins, hiciera un alto en el camino y reconociera que tenían falencias en su departamento, fue la pérdida de una niña: "Nuestro viaje de calidad comenzó en una forma triste. Una pequeña niña, Josie King, murió aquí de errores evitables, y sorprendió la institución. Afortunadamente se tuvo el coraje de decir: 'tenemos que hacer algo por mejorar -nuestros pacientes merecen un cuidado mejor del que están recibiendo. "Se dio una discusión pública acerca de la calidad de la atención que estábamos proporcionando y sobre lo que teníamos que hacer para mejorarla" (31).

Los avances en los cuidados neonatales (desde la cantidad de oxígeno suministrado por medio de la ventilación hasta la monitorización de la temperatura de los neonatos) han contribuido a eliminar algunas de las dudas y preocupaciones sobre la UCIN. Dichas innovaciones han logrado que el proceso de cuidados de un bebé prematuro sea más seguro y completo que nunca (55).

Riani (2007) las UCN son lugares de alto nivel tecnológico, no obstante se suele caer el error de atención despersonalizada y se omiten aspectos como un trato y comunicación adecuada, que si no se presenta, genera insatisfacción y quejas de las familias del RNR (56). Ante la poca información o referentes nacionales que tenemos, es importante, contar o tener referentes de otros lugares, que nos sirvan como ejemplos sobre condiciones generales que impacte en los diferentes componentes de la calidad de las instituciones de salud, existe información del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España en el

2014: La atención centrada en la familia: vinculándola desde el principio, permitiendo el acceso de ella al lugar donde se encuentre el RNR, brindándole la información clara y completa del estado de su hijo, facilitando espacios físicos para las visitas, proporcionando formación para el cuidado del RNR, recibiendo orientación psicosocial y realizando un estudio socio económico para determinar que riesgos existen en el cuidado para el RNR y qué orientación se le puede brindar, respetando la confidencialidad del caso y permitir su permanencia las 24 horas de ambos padres en las UCN. La seguridad del paciente: tiene que ver con la organización e implementación de nuevas tecnologías para la atención del RNR. Disminuir las condiciones de riesgo y lograr avances en su estado de salud. Garantizar el control de enfermedades dentro de las UCN, la alimentación, cuidado, tratamiento de productos sanitarios, prevención de infecciones, seguridad en el uso de medicamentos e información constante sobre traslados del RNR. El trabajo en red asistencial: el cuidado al RNR debe estructurarse también en una red asistencial que abarque características demográficas, geográficas, socio culturales, disponibilidad de recursos, calidad, accesibilidad, que permitan garantizar incluso antes del parto la atención integral a la madre y su RNR. Los criterios organizativos y de gestión: la UCN debe tener información clara para los pacientes en un manual de funcionamiento y organización, en donde esté explícito su organigrama, los servicios que ofrece, la disposición física de estos recursos, los recursos físicos y equipamientos que tiene y un manual sobre las normas de la institución. La estructura física y recursos materiales: la UCN debe contar con la tecnología necesaria para atender la demanda que dependiendo del lugar donde se encuentre ubicada debe ofrecer. Su estructura física deberá garantizar al máximo la salud del RC y la accesibilidad de su familia, este punto no se refiere al lujo como tal, sino a equipamientos que garanticen la estabilidad física del RNR, su pronta recuperación y nivelación en su salud para que su estadía en la unidad sea garante de vida. Los recursos humanos: la UCN debe garantizar que el personal que allí labore cuente con los requisitos académicos, experiencia y calidad humana que se requiere para la atención a un ser humano, cuya vida está en manos de estos profesionales. La unidad debe tener actualizada la base de datos con el personal y requerir para la atención del RNR el perfil acorde al cargo que se solicite. Es importante resaltar que el personal que atiende al RNR y su familia debe contar con calidad humana para garantizar un trato ameno a la familia y proporcionar la información que esta necesite, ya que con su trato permitirán también mayor afinidad y motivación para el acercamiento a su hijo, orientación frente al caso que garanticen la permanencia de esta familia en el cuidado del RNR. Los profesionales deberán capacitarse de forma continua acorde a las necesidades que se requieren en el sistema bio psicosocial. Los relativos a la calidad asistencial: la UCN deberá contar con indicadores que permitan hacer seguimiento al servicio que ofrece, la atención al RNR, características, programas y estrategias implementadas para la continua mejora en el servicio (29).

Se hace necesario establecer protocolos más eficaces con los equipos diagnósticos y asistenciales, como la disposición de los medicamentos e insumos de manera efectiva y oportuna para mejorar la sobrevivencia de los recién nacidos de bajo peso y menores de 37 semanas (57). Sin embargo, para el caso reportado de tres UCN en Antioquia, existen unos logros a resaltar y que indirectamente impactan en los diferentes indicadores de calidad: Política Pública en el Departamento de Antioquia que favorece la atención a los RNR. Las tres UCN de Antioquia entrevistadas, están diseñadas para proporcionar a los RNR una atmósfera que les limite el estrés y que satisfaga sus necesidades básicas de calor, nutrición y protección para asegurarles un crecimiento y desarrollo adecuado. Los logros en las UCN en Antioquia, es la disponibilidad a los padres para, visitar al RNR las 24 horas. La atención psicosocial a la familia, que permitan brindar acompañamiento, orientación y fortalecimiento de su rol como padres y comprensión de la situación actual de sus hijos (29).

Con respecto a lo reportado en el estudio de Correa Orrego y cols. (29), en Antioquia el equipo médico es idóneo y está capacitado profesionalmente para la labor que desempeñan en el cuidado adecuado de los RNR. Entre las familias entrevistadas se encuentra como aspecto relevante la importancia del apoyo brindado por el equipo médico. Se observa un requerimiento sobre la capacitación en atención humanizada para que se le brinde a los padres y RNR una atención integral. Una de las UCN participantes en la investigación, cuenta con un equipo interdisciplinario que permite desde la mirada psicosocial complementar el acompañamiento médico que se brinda a las familias de los RNR, donde no se cuenta con equipo psicosocial, estas funciones son realizadas por otros profesionales de la salud. Con respecto a la infraestructura, tanto las familias entrevistadas, como el área médica refirieron que la infraestructura debe ser mejorada con espacios más amplios y mayor inversión para los RNR, no hay privacidad entre una familia y otra, no hay un lugar adecuado para la extracción de leche materna y las sillas para los padres son incómodas, especialmente para las madres que han tenido cirugías o se están recuperando del parto.

Conclusiones

- Una adecuada implementación del sistema de calidad, según las directrices pautadas por el Ministerio de Salud y Protección social, dependen de que la correcta y coordinada activación de protocolos y rutas de atención en el manejo y atención de UCI de neonatos vaya en concordancia con lo establecido por la norma.
- La normativa dispuesta y propuesta por el Gobierno para el sistema de garantía de la calidad en las instituciones de salud, que es de obligatorio cumplimiento y busca direccionar el que hacer de los procesos institucionales, en cada uno de sus servicios, tiende a quedarse en el papel, por cuestiones económicas y de desigualdad, que no permiten velar en su plenitud por la atención en el servicio y la calidad de este y más en las UCN, UCIN o unidades pediátricas.
- El Gobierno juega un papel muy importante en la implementación del sistema de gestión de la calidad y debe ser garante de unas condiciones mínimas, ante las que las instituciones de salud puedan adherirse y vincularse para hacer cumplir en sus servicios especializados como los son las UCN, UCIN y CIP.
- Los correctos protocolos institucionales respecto a la atención en UCN, UCIN y CIP, permitirán que la gestión de la calidad tenga un impacto positivo, en la medida que la clasificación de los neonatos que ingresan a estos servicios sea correcta y adecuada y se hace uso de los implementos y recursos necesarios.
- El bienestar de los neonatos que se encuentran en UCN, UCIN o CIP es lo primordial, por lo tanto, llegar a una solución real que pueda ser implementada en la unidad y responda a las necesidades reales encontradas en el contexto, depende de la capacidad institucional y las directrices pactadas en función de lo que dispone el SOCG.
- Brindar un cuidado especializado, mediante talento humano calificado, recursos científicos y tecnológicos que permiten ofrecer un mejor tratamiento médico, enfocado en la necesidad de cada neonato, proporcionando una estadía segura y armónica para los neonatos y sus familiares, son acciones encaminadas en garantizar una adecuada gestión de la calidad en las instituciones de salud.
- Evitar eventos adversos o clasificaciones erróneas de ingreso de pacientes a UCIN o UCIP, impacta en los costos de hospitalización, de recurso humano, uso de dispositivos, de medicamentos, etcétera y esto es también una manera de aportar a la gestión de la calidad de forma positiva.
- La detección precoz de las anomalías del desarrollo permite una intervención temprana que puede modificar favorablemente el futuro del niño que las padece y mejorar su adaptación social y familiar, a través de la prestación de un servicio especializado en una institución de salud, es un aporte al mejoramiento de la gestión de la calidad.

- Para la implementación de un modelo de atención a los recién nacidos en las UNC se requiere de un trabajo interinstitucional que permita no solo un trabajo en red, sino además la generación de voluntades políticas para proporcionar recursos económicos que den consistencia al modelo, ya que su implementación requiere de inversión tecnológica, de infraestructura y talento humano, para que sea una realidad y no una directriz impartida en un documento extenso. Es necesaria la vinculación al proceso de equipos interdisciplinarios, donde se pueda contar, no solo con personal de la salud, sino además con profesionales del área social para el acompañamiento exclusivo las familias que llegan a las unidades de cuidado neonatal, ya que esto posibilita contar con orientaciones asertivas, generación de espacios de escucha, intercambios de experiencias, retroalimentación e intervenciones desde el conocimiento específico o particular de cada una de las familias.

Recomendaciones

- Activar el comité de calidad de cada institución dirigida por la máxima Autoridad Hospitalaria para conocer los diferentes problemas y dar solución correctiva a corto plazo, sin embargo, se sugiere que involucren más al personal de atención como son los médicos, especialistas y enfermeras.
- Mejorar las relaciones inter-institucionales con las unidades formadoras de los profesionales de la salud a fin de que los estudiantes realicen sus pasantías hospitalarias ayudando en el cuidado directo del neonato, acogiendo todos los protocolos dispuestos por las instituciones de salud.
- Disponer de infraestructura adecuada para la atención de los neonatos, adecuadas condiciones ambientales, recurso humano especializado y capacitado, implementos médicos, tecnología acorde con lo propuesto para la atención y demás dispositivos y equipos que involucren atención con esta población menor.
- Se resalta la importancia que los protocolos y quehaceres en los servicios de UCN, UCIN y CIP, cuenten con un monitoreo interno periódico para garantizar que los procesos de calidad en la atención, en el servicio y en pro de la mejoría de los pacientes neonatos vayan en línea con los dispuesto por el SOGC y norma ISO 9000:2015.
- Es importante contar con información de las dificultades presentadas en las instituciones, respecto a la atención, uso y demanda de medicamentos, seguimiento de protocolos y mejoras por hacer, si bien, cada institución tiene libertad de implementarlo, esta información puede apoyar porque las características de estos neonatos pueden ser similar.
- Identificar la multicausalidad y la intersectorialidad son aspectos fundamentales que permiten lograr la calidad en una institución.
- Se hace necesario establecer protocolos más eficaces con los equipos diagnósticos y asistenciales, como la disposición de los medicamentos e insumos de manera efectiva y oportuna para mejorar la sobrevivencia de los recién nacidos de bajo peso y menores de 37 semanas.
- Por último, y no más importante es el hecho de que las instituciones del sector salud, o desde las seccionales de cada departamento o en su defecto el Ministerio de Salud de la Protección Social, prioricen y se enfoquen porque las instituciones unifiquen esfuerzos o hagan reportes públicos, con la finalidad que se cuente con información del país al menos en dos de los componentes de los que no se encontró información reportada en la literatura, como son dotación y la Historia Clínica y registros en las UCN, UCIN, o UCIP.

Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet] [Consultado 2021 Jul 19] Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet] [Consultado 2021 Jul 19] Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
3. Castañeda M. Compilación de tratados y observaciones generales del sistema de protección de derechos humanos de Naciones Unidas. [Internet] [Consultado 2021 Jul 19] Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34177.pdf>
4. Colombia. República de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991. [Internet] [Consultado 2021 Jul 19] Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/constitucion-politica>
5. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 872 de 2003, Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios. [Internet] [Consultado 2021 Jul 19] Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0872_2003.html
6. Organización Internacional de Normalización. Norma Técnica NTC-ISO Colombiana 9000. 2015. [Internet] [Consultado 2021 Jul 19] Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/5454330/14491339/d2.+NTC+ISO+9000-2015.pdf/ccb4b35c-ee63-44b5-ba1e-7459f8714031>
7. Asociación Colombiana de Neonatología. Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Colombia. [Internet] [Consultado 2021 Jul 19] Disponible en: <https://ascon.org.co/unidades-de-cuidado-intensivo-neonatal-en-colombia/#1579018430074-b985d886-8d60>
8. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 3100 de 2019. [Internet] [Consultado 2021 Jul 19] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>
9. Colombia. República de Colombia. Decreto 4110 de 2004. [Internet] [Consultado 2021 Jul 19] Disponible en: http://wsp.presidencia.gov.co/Gobierno/Entidad/sigepre/Normativa/Externas/Dec_4110-2004.pdf
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). [Internet] [Consultado 2021 Jul 31] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
11. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto Número 1011 de 2006.

Apr 3, 2006 p. 1–17.

12. Departamento Administrativo Nacional de Planeación. Nacimientos 2020. [Internet] [Consultado 2021 Jul 31] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2020>
13. Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad. [Internet] [Consultado 2021 Ag 9] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
14. Fandiño FJ. Unidades De Cuidado Intensivo ¿Ayuda, O Exceso Que Castiga Al Sistema De Salud. Medicina (B Aires). 2011;33(1):47-52.
15. Campos-Miño S, Sasbón JS, Von Dessauer B. Los cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. Med Intensiva. 2012;36(1):3-10.
16. Espinoza N. Instrucciones para la elaboración y presentación de monografías. La vision de la facultad de odontologia de la Universidad de los Andes. Acta Odontológica Venez. 2006;44(3).
17. Ministerio de Salud. ABC Sobre el sistema obligatorio de garantía de la calidad. [Internet] [Consultado 2021 Ag 13] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abece-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf>
18. Agudelo CP, Molina Wilches AP. Sistema de reporte de seguridad de la unidad de cuidados intensivos. Paquetes Instrucciones Guía técnica “Buenas prácticas para la Segur del paciente en la atención en salud.” 2018. [Internet] [Consultado 2021 Ag 13] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-unidad-cuidados-intensivos.pdf>
19. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Generalidades del Sistema Integrado de Gestión. [Internet] [Consultado 2021 Ag 13] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/sigi.aspx>
20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4004 de 2016. Por la cual se adopta el Sistema de Gestión de la Calidad en el Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet] [Consultado 2021 Ag 13] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4004-2016.pdf>
21. Colombia. República de Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 4110 de 2004. 2004;(1):1-2.
22. Colombia. República de Colombia. Decreto 4295 de 2007. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003. [Internet] [Consultado 2021 Sep 4] Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27565>
23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Internet]

- [Consultado 2021 Sep 9] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
24. Colombia. Congreso de la República. Ley 9 De 1979. Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. [Internet] [Consultado 2021 Sep 9] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200009%20DE%201979.pdf
25. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. [Internet] [Consultado 2021 Ag 19] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
26. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. [Internet] [Consultado 2021 Sep 29] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>
27. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ Monitoreo de la calidad: Resolución 256 de 2016. [Internet] [Consultado 2021 Oct 11] Disponible en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Portals/0/ABC%0AResoluci%7B6%7Dn%0A256%0Ade%0A2016.pdf>
28. Colombia. Radicado No.: 201711602255421. Fecha: 23-11-2017. Sentencia C-064 de 2008. [Internet] [Consultado 2021 Oct 4] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201711602255421%20de%202017.pdf
29. Correa Orrego DM, Cujia Villero AM, Escobar A, Morales Vanegas N, Moreno Agudelo M, Niño Montero CR, et al. Características de tres Unidades de Cuidado Neonatal en Antioquia: Programas de atención y experiencias de las familias. [Tesis de especialización en Familias]. Bogotá. Pontificia Universidad Bolivariana. 2016.
30. Sánchez P, Nieto G, Camacho J, Ramírez F, Saibis AE. Proyecto Unidad de Recién Nacidos del Hospital Universitario San Ignacio Proyecto NIDÜ. [Tesis de especialización en Familias]. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana, 2019. [Tesis de maestría en Farmacología. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia, 2019.
31. Asociación Colombiana de Neonatología -ASCON. [Internet] [Consultado 2021 Oct 4] Disponible en: <https://ascon.org.co/>.
32. Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Manual de Procedimientos de Enfermería en las Unidades Neonatales. Manual. 2016. [Internet] [Consultado 2021 Oct 19] Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/documents/manual_ucin.pdf
33. Novoa P José M, Milad A Marcela, Vivanco G Guillermo, Fabres B Jorge, Ramírez F Rodrigo. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Rev. chil. pediatr. 2009;

80(2):168-187.

34. Iriondo M, Póo P, Ibáñez M. Seguimiento tras el alta del recién nacido pretérmino con un peso al nacimiento inferior a 1.500 G. *An Pediatr Contin.* 2006;4(6):344-53.
35. Colombia. República de Colombia. Ley 12 de 1991. Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. [Internet] [Consultado 2021 Oct 19] Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/convencion_internacional_de_los_derechos_del_nino_colombia.pdf
36. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [Internet] [Consultado 2021 Nov 1] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
37. Rojas JG, Henao-Murillo NA, Quirós-Jaramillo A. Herramienta para el cálculo de personal de cuidado intensivo neonatal. *Aquichan.* 2011;11(2):126-39.
38. Henao Murillo N, Quirós Jaramillo A. Aplicación del índice de intervenciones terapéuticas neonatales en el cálculo del personal de enfermería, en la unidad de cuidado intensivo e intermedio neonatal de la Clínica Universitaria Bolivariana [Internet] [Consultado 2021 Nov 1] Disponible en: [http://digilib.unila.ac.id/4949/15/BAB II.pdf](http://digilib.unila.ac.id/4949/15/BAB%20II.pdf)
39. Paredes A, Merlo O y González G. Productividad horas–médicos en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. *Pediatría Py.* 2003; 30(1):11-18.
40. Jaramillo Santiago LX, Osorio Galeano SP, Salazar Blandón DA. Quality of nursing care: Perception of parents of newborns hospitalized in neonatal units. *Investig y Educ en Enferm.* 2018;36(1).
41. Cambra-Rufino L, Paniagua-Caparrós J.L., Bedoya-Frutos C. 2020. Evaluación de la arquitectura hospitalaria, unidad de neonatología. *Informes De La Construcción.* 2020; 72(560):e361,11-18.
42. Rodríguez YC. Propuesta de un manual de recomendaciones para la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo y de uso inmediato dirigido a profesionales de enfermería en unidades de cuidado neonatal. [Tesis de maestría en Farmacología. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia, 2019.
43. Dias da Silva G, Silvino ZR, Saraiva de Almeida V, Lemos Querido D, Silva Cunha Dias P, Pompeu Christovam B. Errores de medicación en unidades de terapia intensiva neonatal. *Enferm Glob.* 2014;13(1):370-99.
44. Cortés Gallo G, Rodríguez Soto J, Victoria Ochoa R, Manuell Lee J, Sánchez González J, Gamboa L, et al. Recomendaciones específicas para evitar la mala práctica en neonatología. *Ginecol Obstet Mex.* 2004;72:372-81.

45. Arias Jiménez M, Villegas Sánchez M. Infecciones del torrente sanguíneo asociadas al catéter venoso central en el servicio de cuidado intensivo neonatal. [Internet] [Consultado 2021 Nov 19]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44824928007>
46. Delgado Rodríguez J, Ramírez O, Marsela Pérez P. Bacteremia En La Uci Neonatal De La Fundacion Valle Del Lili Cali, 2004-2008. [Trabajo de grado Pediatría]. Medellín: Universidad CES, 2020.
47. Pinilla Reyes D. Bacteriemia asociada a cateter epicutaneo en la unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de la Fundacion Cardioinfantil. [Trabajo de grado Pediatría]. Universidad del Rosario, 2013.
48. Álvarez Aragón O. Impacto de una intervención pedagógica en el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de la Fundación Cardioinfantil de Bogotá. [Trabajo de grado Pedagogía Hospitalaria]. Universidad del Rosario, 2019.
49. Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en los recién nacidos. *Enfermería Glob.* 2011;10(24):1-9.
50. Portillo R. Percepción materna de los comportamientos del cuidado de enfermería ofrecido a los recién nacidos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de una ESE de la ciudad de Barranquilla. [Trabajo de grado maestría Enfermería con Énfasis en Cuidado Materno Perinatal]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, 2015.
51. Cantillo Guarín EM. Percepción de enfermería de los comportamientos del cuidado en las unidades de cuidado intensivo neonatal del distrito de Barranquilla. [Internet] [Consultado 2021 Nov 19] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/51270/>
52. Arrieta D, Guzmán J, Jerez A, Arrieta E. Factores administrativos que determinaron estancia prolongada en los recién nacidos del Hospital Universitario de Santander. *Rev la Univ Ind Santander.* 2008;40(1):20-5.
53. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*(2000). [Internet] [Consultado 2021 Nov 19] Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/9728>
55. Dunphy J. La UCI neonatal una guía dirigida a los padres sobre la unidad de cuidados intensivos neonatal. 2012. [Internet] [Consultado 2021 Nov 19] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
56. Riani-Llano N. Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal. *Pers y Bioética.* 2009;11(2).
57. Franco Soto JV, Riquez Parra A, Larrazabal C, Medina J, Colmenares R, Ramírez G, et al. Sobrevida de los recién nacidos en la Unidad de Cuidados

Intensivos Neonatales. Arch Venez Pueric Pediatr. 2015;78(2):59-64.

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

Pubmed:

("intensive care units, neonatal"[MeSH Terms] OR "neonatal intensive care unit*" [Title/Abstract] OR "Neonatal ICU"[Title/Abstract] OR "Newborn ICU"[Title/Abstract] OR "newborn intensive care unit*" [Title/Abstract] OR "NICU"[Title/Abstract]) AND ("Reference Standards"[MeSH Terms] OR "Reference Standards"[Title/Abstract] OR "quality control"[MeSH Terms] OR "quality control"[Title/Abstract] OR "quality improvement"[Title/Abstract] OR "quality care"[Title/Abstract])

BIREME-LILACS:

("neonatal intensive care unit*") AND ("quality control") OR ("Reference Standards") OR ("quality improvement") OR ("quality care") AND (db:("LILACS" OR "BDENF" OR "IBECS" OR "BINACIS" OR "INDEXPSI" OR "coleccionaSUS" OR "SES-SP" OR "CUMED" OR "BBO" OR "SMS-SP" OR "LIPECS" OR "MINSAPERU") AND type_of_study:("qualitative_research" OR "guideline" OR "systematic_reviews" OR "health_economic_evaluation" OR "health_technology_assessment" OR "evaluation_studies" OR "overview" OR "policy_brief"))

Repositorio UNAL:

"unidad de cuidados intensivos" AND neonatos

Resultados - 20

Repositorio UdeA:

"unidad de cuidados intensivos" AND neonatos

Resultados - 9

"unidad de cuidados intensivos" AND neonatal

Resultados - 13

Repositorio UJaveriana

"unidad de cuidados intensivos" AND neonatos

Resultados - 9

"unidad de cuidados intensivos" AND neonatal

Resultados - 16

Repositorio UAndes

"unidad de cuidados intensivos" AND neonatos

Resultados - 20

"unidad de cuidados intensivos" AND neonatal

Resultados - 27

Dialnet – Directorio hispanoamericano de revistas científicas

"unidad de cuidados intensivos neonatal" AND calidad

Resultados - 21

"unidad de cuidados intensivos" AND neonatal AND calidad

Resultados - 27

Redalyc – Red de revistas científicas ALatina

"unidad de cuidados intensivos neonatal" AND calidad

Resultados - 124

LAReferencia – cosechador de repositorios ALatina

"(Todos los Campos:"unidades de cuidados intensivos neonatal" Y Todos los Campos:calidad)"

Resultados - 19

Repositorio Universidad el Valle

"unidad de cuidados intensivos" AND neonatos AND calidad

Resultados - 32

Repositorio CES

"unidad de cuidados intensivos" - Título: neonatal

Resultados - 36

Repositorio UROSario

"unidad de cuidados intensivos" - Título: neonatal

Resultados - 16