

# CAUSAS DEL NO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN DOS IPS ODONTOLÓGICAS EN BOGOTÁ

**Jaimes Angarita Andrés – Niño Corredor Martha – Uribe Añez Cristina**

La seguridad del paciente se considera como una de las prioridades en el Sistema de Salud colombiano dado que es uno de los componentes esenciales de la calidad en salud donde se hacen medibles los diferentes riesgos a los que pueden estar expuestos los pacientes. Los eventos adversos permiten dar ilustración referente a una atención que no está siendo completamente segura. Por esta razón y teniendo en cuenta la importancia del tema, se buscó trasladarlo al área de atención odontológica para la identificación de las causas del no reporte de Eventos Adversos (EA), que den paso a la creación de oportunidades de mejora y la generación de una atención segura en la consulta odontológica. Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó un estudio descriptivo que buscó determinar las causas del no reporte de eventos adversos en dos IPSs odontológicas en Bogotá para el periodo 2020 – 2021. La metodología utilizada incluyó la revisión de las bases de datos existentes en cada IPS de los reportes de EA, y la construcción y aplicación de una encuesta a los profesionales activos del área de Odontología de cada IPS. Una vez recolectada la información se caracterizaron los EA reportados en cada IPS y se conoció la percepción de los profesionales frente al programa de seguridad del paciente implementado en cada una de ellas, a partir de la cual se identificaron las diferentes causas del no reporte de EA. Se evidenciaron como causas del no reporte la falta de conocimiento y socialización del programa de seguridad del paciente, las acciones legales, el miedo, las repercusiones negativas en la hoja de vida, la pérdida del empleo, la persecución laboral, el temor a ser juzgado o señalado, la metodología del reporte y las consecuencias al generar eventos adversos para los profesionales. Identificadas las causas que influyen en el no reporte de los EA se propusieron acciones de mejora dirigidas al fortalecimiento del programa de seguridad del paciente y el adecuado reporte de eventos adversos en cada una de las IPS basados en el ciclo de gestión de la calidad PHVA, para presentar a la alta gerencia de cada una de las IPS involucradas.

*Palabras clave: Odontología, Evento adversos, IPS, calidad de la atención en salud, causas del no reporte*

The safety of the patient is considered one of the priorities in the Colombian Health System, as it is one of the essential components in the quality of health and is where risks that the patients could be exposed to, become measurable. The adverse events give an illustration that refers to a procedure in which a patient is not completely safe. Therefore, having in mind the importance of safety, it was sought to transfer it to the area of dental services to identify the causes of the missing report of adverse events (EA), which give way to opportunities for improving and generating a safe procedure for dental services. Having the previous present, a descriptive study was held that wanted to determine the causes of the missing report of adverse events in two dental IPS companies in Bogotá in the period between 2020-2021. The methodology used included a search of the existing databases in each IPS from the EA reports and the creation and application of a survey to the active professionals in the dental area of each IPS. Once the information was gathered, the EA that each IPS reports became identified, and the perception from the professionals, regarding the safety implemented in each, was also identified, and the several reasons for the missing EA were identified. Reasons such as the lack of knowledge, lack of socialization of the patient's safety plan, the legal measures, being scared, the negative effects on one's CV, the loss of employment, labor persecution, the fear of being judged or pointed out, the methodology of the report, and the consequences of generating adverse events

for the professionals, where the reasons identified as the causes for the missing reports. Once the causes that affected the EA reports were not made, several actions were proposed with the intention of making the program of safety for the patient a stronger one and the adequate report of adverse events from each of the IPS based on the management cycle of quality (PHVA), to present to the management teams of each of the IPS involved.

*Keywords: Dentistry, Adverse event, IPS, quality of health care, causes of non-reporting.*

## Introducción

La ley 100 de 1993 consideró la calidad como atributo fundamental de la atención integral en salud, dentro del “Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS)”, referenciado por una serie de elementos metodológicos sustentados en normas y en un conjunto de herramientas que deben ser aplicadas por entes departamentales y municipales, instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades de control del Estado y el propio Ministerio de la Protección Social, ejerciendo el control y seguimiento de los organismos del sector.

Con este panorama en mente y no perdiendo de vista el concepto de calidad, que promueve desde décadas la “mejora continua”, a partir de la identificación de eventos prevenibles o “acciones correctivas” por riesgos materializados, proporciona metodologías y herramientas para su análisis, que deberán concluir siempre en la eficiencia del Sistema. Una de estas herramientas es el Análisis de Causa-Raíz (ACR), que es una forma de estudio retrospectivo destinada a detectar las causas subyacentes, que para el presente estudio será de “Eventos Adversos en Odontología”, con el propósito de proteger a los pacientes, mediante la modificación de los factores de riesgo que los provocaron y prevenir su recurrencia.

La calidad se desarrolla en las instituciones de salud por motivos éticos, económicos, de efectividad y seguridad de los pacientes. Y en este último “seguridad del paciente”, es relevante reconocer el hecho de que Colombia fue el primer país que estableció un documento oficial de “Seguridad del paciente” en América Latina para el año 2008 y en el 2009 con la guía

técnica: "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" hizo un énfasis interesante en el paciente y en el registro, análisis y prevención de incidentes durante la atención y con mayor relevancia los causados por circunstancias adversas.

Con base en estas premisas las instituciones de salud han construido sus programas de seguridad del paciente, los cuales contienen metodologías, instrumentos y elementos de formación para que el profesional de la salud participe activamente. Sin embargo, el profesional puede en un principio llegar a sentir a causa del reporte de un “error”, una calificación “punitiva” en el entorno que pudiera tener consecuencias en el corto plazo.

Se estima que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos. La notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización (Bañeres, Cavero, López, Orrego, y Suñol, 28014)

En los servicios de odontología, probablemente por presentar daños que se consideran como leves, es decir; procedimientos ambulatorios (con la consiguiente falta de seguimiento de muchos eventos adversos) y prácticas fundamentalmente privadas (cuyos conflictos afectarían potencialmente los resultados comerciales) (Perea-Pérez, 2011; Ramoni, 2014), algo tan razonable como "aprender de los errores y difundir los conocimientos adquiridos" parece no tomarse en

cuenta en esta disciplina, donde la ausencia de cultura en seguridad del paciente no es un dato menor. (Perea, Pérez 2011; Ramoni 2014; Fonseca, 2015).

Desde la práctica odontológica cualquier intervención clínica que se realice puede producir eventos adversos. Respecto al tipo de tratamiento donde se producen los eventos adversos más frecuentes se han determinado con mayor frecuencia eventos durante las extracciones y en tratamientos de endodoncia. (Christiani, Rocha, 2015).

Por su parte, los datos, del observatorio español en seguridad del paciente odontológico, refieren los eventos relacionados con los tratamientos con implantes y la cirugía bucal, como los de mayor incidencia. (Christiani, Rocha, 2015).

Dada la relevancia de la situación antes expuesta, este estudio se propuso identificar las causas del no reporte de eventos adversos en dos IPSs odontológicas de Bogotá, a partir del análisis de los reportes de eventos adversos generados por las dos IPS durante el periodo 2020 y 2021, y de la indagación a los profesionales odontólogos generales y especialistas de las IPS objeto de estudio con el fin de proponer acciones de mejora en pro de los pacientes y de la calidad de la atención.

### **Metodología**

La metodología aplicada en este estudio fue de tipo descriptivo dando lugar al reconocimiento de las causas del no reporte de eventos adversos en los servicios de odontología en dos IPSs de Bogotá en los años 2020 y 2021, con el fin de identificar los factores que influyen en el no reporte de eventos adversos por parte de los odontólogos generales y especialistas de cada una de las IPSs y así proponer acciones de mejora que contribuyan a alcanzar los estándares de calidad esperados y contribuir a la minimización de eventos adversos ocasionados en los servicios de odontología.

Se tomaron las bases de datos de los reportes de los eventos adversos (EA) existentes en cada

una de las IPSs y se seleccionaron los datos necesarios para realizar la caracterización de los reportes de eventos adversos de cada una de ellas. Posteriormente se seleccionó la población de referencia que incluyó Odontólogos Generales y Especialistas activos en cada IPS.

De la IPS 1 participaron 6 odontólogos generales y 10 especialistas y de la IPS 2 participaron 5 odontólogos generales y 12 especialistas.

Luego se dio paso a la construcción de una encuesta en *Google Forms* con 20 preguntas de selección múltiple, la cual fue aplicada a los odontólogos y especialistas activos en cada IPS, con el fin de determinar el nivel de conocimiento y la percepción sobre los programas de seguridad del paciente implementados.

Para la aplicación del instrumento se realizó una explicación del estudio a los profesionales participantes y se obtuvo el consentimiento informado, previo a la participación, donde cada profesional aceptó participar de forma voluntaria.

La información se consolidó en un formato Excel construido a partir de los datos de las encuestas, y una vez analizada la información se identificaron las causas que afectan el reporte de eventos adversos.

Se sugirieron acciones de mejora y recomendaciones para su implementación en las instituciones objeto de estudio, para minimizar la ocurrencia de eventos adversos, y para fortalecer el programa de seguridad del paciente y los reportes de eventos adversos como oportunidad de mejora.

### **Resultados**

A partir de la revisión de la base de datos de los reportes de eventos adversos de los años 2020 y 2021 existentes en cada IPS se evidenció que en el año 2020 la IPS 2 no generó reportes de eventos adversos y la IPS 1 solamente generó reportes desde el mes de noviembre; para el año 2021 se reportaron eventos adversos desde el mes de enero hasta diciembre en las dos IPS. En

la IPS 1 se generaron 25 reportes y en la IPS 2 se generaron 67 reportes.

En la IPS 1, según el tipo de evento reportado, el 92% correspondió a un *Evento Adverso* y el 8% a *Incidentes*; en la IPS 2 el 78% correspondió a *Incidentes*, 12% a *Eventos Adversos prevenibles*, un 4% a actos inseguros, 4% a complicaciones y 2% de *evento adverso no prevenible*.

Los tratamientos o procedimientos Odontológicos frente a los cuales se presentó reporte de eventos adversos en la IPS 1 fueron: *exodoncia con fractura radicular* con 14 reportes, la *no pertinencia en los tratamientos con 4 reportes*, *accidentes durante los tratamientos de conductos con hipoclorito y lesiones en tejidos blandos* con 2 reportes cada uno, y *lesiones de tejidos blandos en procedimiento de exodoncia, desalojos de restauraciones en resina posterior a consulta y fractura de restauraciones en resina posterior a la consulta* con 1 reporte cada una. (Tabla 1).

**Tabla 1.** *Tratamientos con reportes de eventos adversos en la IPS1 en el periodo 2020-2021.*

Tratamiento o Procedimiento IPS 1	Reportes
Exodoncia con fractura radicular.	14
No pertinencia en el tratamiento indicado inicialmente.	4
Tratamiento de conductos se presenta accidente con hipoclorito.	2
Lesión en tejidos blandos con instrumental rotatorio.	2
Lesión en tejidos blandos en procedimiento de exodoncias.	1
Desalojo de restauración en resina posterior a consulta.	1
Fractura de obturación en resina posterior a ser realizada en consulta.	1
<b>Total</b>	<b>25</b>

*Fuente:* Elaborado por los autores a partir las bases de datos de los reportes de eventos adversos de las IPS 1 objeto de estudio, año 2020-2021

En la IPS 2, los tratamientos o procedimientos Odontológicos frente a los cuales se presentó

reporte de eventos adversos fueron: *el diligenciamiento incompleto de historia clínica* con 21 reportes, *la falta de adherencia a protocolos institucionales* con 19 reportes, *el diagnóstico inadecuado* con 10 reportes, *insuficiencia de insumos* con 4 reportes, *error del sistema* con 3 reportes, *error en la asignación de citas, fallas de la unidad* con 2, *falla en la infraestructura* con 2 reportes, *complicaciones post cirugía, menor de edad sin acudiente, fractura de instrumental y complicaciones endodónticas* con 1 reporte cada una. (Tabla 2)

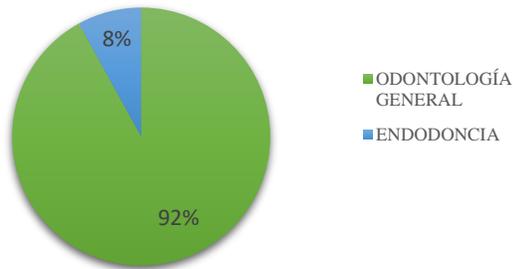
**Tabla 2.** *Tratamientos con reportes de eventos adversos en la IPS 2 en el periodo 2020-2021*

Tratamiento o Procedimiento IPS 2	Reporte
Diligenciamiento incompleto de historia clínica	21
No cumple con guías y protocolos de atención	19
Diagnostico inadecuado	10
Insuficiencia de insumos	4
Error del sistema	3
Falla de la unidad odontológica durante la atención	2
Fallas en infraestructura	2
Error en asignación de cita	2
Complicación endodóntica	1
Menor de edad sin acudiente	1
Fractura de instrumental durante la atención	1
Complicación postcirugía maxilofacial	1
<b>Total</b>	<b>67</b>

*Fuente:* Elaborado por los autores a partir las bases de datos de los reportes de eventos adversos de las IPS2 objeto de estudio año 2020-2021

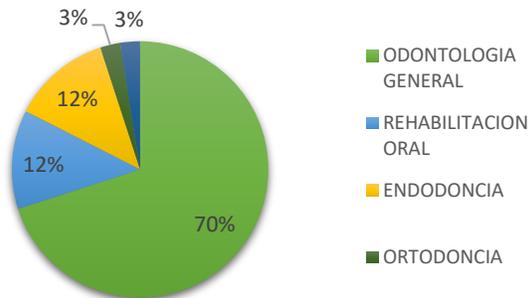
En cuanto al tipo de profesional que ha generado un reporte, en la IPS 1 el 92% de los reportes son generados por odontólogos generales y el 8% por endodoncistas. (Gráfico 1). En la IPS 2 el 70% es generado por odontólogos generales, el 12% por especialistas en rehabilitación oral y endodoncistas y un 3% por ortodoncistas y cirujanos orales. (Gráfico 2).

**Gráfico 1.** Profesional que realiza el reporte de eventos adversos en las IPS1



**Fuente:** Elaborado por los autores a partir las bases de datos de los reportes de eventos adversos de las IPS1 objeto de estudio año 2020-2021

**Gráfico 2.** Profesional que realiza el reporte de eventos adversos en las IPS2



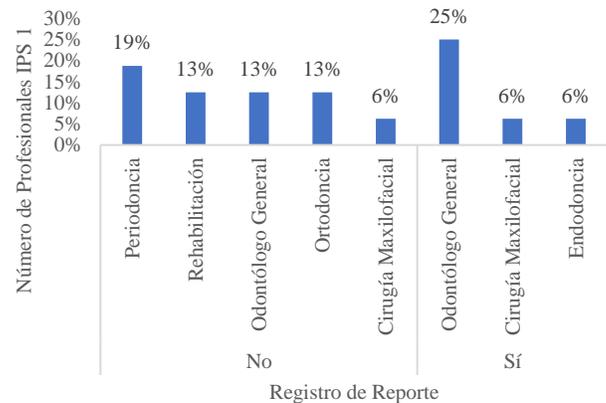
**Fuente:** Elaborado por los autores a partir las bases de datos de los reportes de eventos adversos de las IPS2 objeto de estudio año 2020-2021

Para conocer la percepción de los Odontólogos y Especialistas frente al programa de seguridad del paciente de cada IPS se realizó una encuesta a los profesionales. En la IPS 1 participaron 6 Odontólogos Generales, 3 Periodoncistas, 2 Rehabilitadores Orales, 2 Ortodoncistas, 2 Cirujanos Orales y 1 Endodoncista, con un total de 16 profesionales. En la IPS 2 participaron 5 Odontólogos Generales, 3 Endodoncistas, 3 Ortodoncistas, 2 Cirujanos Orales, 2 Rehabilitadores y 2 Periodoncistas, para un total de 17 profesionales.

Se identificó la ocurrencia de un Evento Adverso o Incidente según la especialidad, donde se encontró que en la IPS 1, del 100% de los Odontólogos Generales encuestados, el 25% generó reporte de un evento adverso o incidente y del 100% de los especialistas encuestados el 6% generó un reporte de evento adverso o incidente (cirugía maxilofacial y endodoncia). Las demás especialidades no generaron ningún reporte de eventos adversos o incidentes en el periodo 2020-2021 (Gráfico 3).

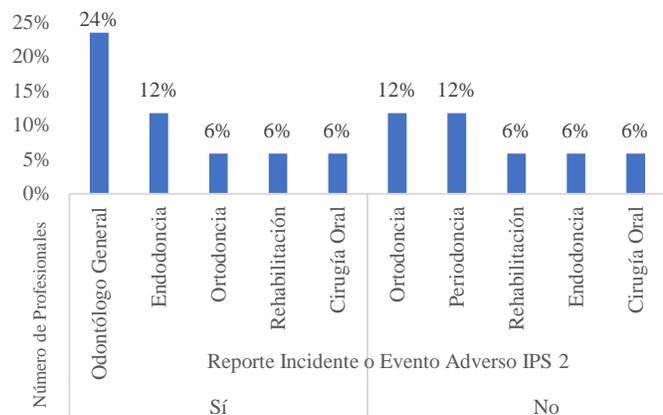
En la IPS 2, del 100 % de los Odontólogos Generales, el 24% generó un reporte de un evento adverso o incidente y del 100% de los especialistas el 12% desde endodoncia y 6% desde periodoncia, 6% rehabilitación y 6% cirugía oral. (Gráfico 4).

**Gráfico 3** Profesionales que han realizado Reporte de Incidentes o Eventos Adversos en los dos últimos años en la IPS 1, 2022



**Fuente:** Elaborado por los autores a partir la encuesta aplicada a los profesionales IPS 1, 2022

**Gráfico 4.** Profesionales que han realizado Reporte de Incidentes o Eventos Adversos en los dos últimos años en la IPS 2, 2022



**Fuente:** Elaborado por los autores a partir la encuesta aplicada a los profesionales IPS 2, 2022

En relación con la capacitación o inducción al programa de seguridad del paciente, en la IPS 1 el 44% de los profesionales refirió que no ha recibido ningún tipo de inducción o capacitación y el 56% de los profesionales registró que sí. En la IPS 2 el 76% de los profesionales refirió que ha recibido capacitación o inducción sobre el programa de Seguridad del Paciente y el 24% de los profesionales que no ha recibido ningún tipo de inducción o capacitación.

Acerca de la búsqueda de “un culpable” dentro de cada una de las IPS, cuando se genera una falla en la atención del paciente que tiene como resultado la generación de un evento adverso o incidente se identificó que el 19% de los profesionales de la IPS 1 y el 29% de los profesionales de la IPS 2, consideran que si se busca un culpable ante la presencia de una falla.

Dentro de las consecuencias que puede generar la aparición de un evento adverso y su reporte se indagó sobre el posible temor a un registro negativo en la hoja de vida o que afecte su carrera profesional, encontrándose que el 31% de los profesionales de la IPS 1 y el 41% de los profesionales de la IPS 2, si sienten temor al realizar un reporte de EA.

Con relación a las causas del no reporte de eventos adversos o incidentes, para la IPS 1, del 100 % de los profesionales encuestados, el 20% refirió que este no se hace por *desconocimiento del programa*, el 12% por *persecución laboral* y un 7% por *repercusión negativa, ser juzgado o señalado o por temor o pérdida del empleo*. El 40% señaló conjuntamente todas las anteriormente mencionadas (Tabla 3).

**Tabla 3.** Causas del no reporte de Eventos Adversos o Incidentes IPS 1

Motivos del no Reporte	Total
Todas las anteriores	40%
Desconocimiento del programa seguridad del paciente	20%
Persecución laboral	12%
Miedo, Repercusión negativa en hoja de vida, Ser juzgado o señalado, Pérdida de empleo, Acciones legales, Persecución laboral, Desconocimiento del programa seguridad del paciente, Todas las anteriores	14%
Ser juzgado o señalado	7%
Pérdida de empleo	7%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaborado por los autores a partir la encuesta aplicada a los profesionales de la IPS 1, 2022

Para la IPS 2, del 100% de los profesionales encuestados, el 12% refirió como causas del no reporte las “*acciones legales*” y el “*desconocimiento del programa*” y 6% refirió la *repercusión negativa y el miedo*. El 41% indicó *todas las anteriormente mencionadas* (Tabla 4)

**Tabla 4.** *Causas del no reporte de Eventos Adversos o Incidentes IPS 2.*

Motivos del no Reporte	Total
Todas las anteriores	41%
Acciones legales	12%
Desconocimiento del programa seguridad del paciente	12%
Miedo, Repercusión negativa en hoja de vida, Ser juzgado o señalado, Pérdida de empleo, Acciones legales, Persecución laboral, Desconocimiento del programa seguridad del paciente, Todas las anteriores	17%
Repercusión negativa en hoja de vida	6%
Acciones legales, Desconocimiento del programa seguridad del paciente	6%
Miedo	6%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaborado por los autores a partir la encuesta aplicada a los profesionales IPS 2, 2022

## Discusión

El presente estudio permitió caracterizar los eventos adversos o incidentes reportados en dos IPS odontológicas y las posibles causas del no reporte de un evento adverso o incidente por parte de los Odontólogos Generales y Especialistas de cada IPS, buscando así plantear y generar estrategias que promuevan dentro de las IPSs la cultura del reporte de un evento adverso o incidente.

La seguridad del paciente en la atención odontológica resulta ser un elemento significativo en la gestión de calidad. Su importancia está basada en los modelos de atención implementados en cada IPS y el conocimiento que adquieren los profesionales frente al Programa de Seguridad del paciente con su cumplimiento, lo que debe conducir a la satisfacción de los usuarios frente a un servicio de calidad esperada y una atención segura.

Christiani y Rocha (2015) identifican que una atención odontológica que controle todos los posibles factores de riesgo para el paciente es, necesariamente, de mayor calidad. La calidad de la asistencia tiene un reflejo evidente en la

fidelización de los pacientes y en elevar los estándares en salud.

Dentro de los programas de Seguridad del Paciente se establecen Políticas que buscan minimizar el riesgo de la ocurrencia de Eventos Adversos. La Política de Seguridad del Paciente y el programa de seguridad del paciente, además de ser un elemento clave y el punto de partida desde el ámbito normativo, permite promover la cultura del reporte y contribuir a la seguridad del paciente dentro de cada IPS. Es esencial comenzar a crear una cultura en seguridad del paciente para que se conozca la importancia de las notificaciones de eventos adversos (Christiani, Rocha, 2015).

Construir una cultura de seguridad requiere reconocer la seguridad del paciente como principal elemento de la calidad asistencial y, por tanto, integrarla en la misión y objetivos de la organización, en sus indicadores y en la elaboración de proyectos y formas de trabajo. Aquí se evidencia que la normatividad y el establecer estándares de cumplimiento dentro de las IPSs, generar la cultura del reporte en los profesionales.

Las IPSs objeto de estudio cuentan con una Política y un Programa de Seguridad del Paciente, desarrollados bajo las necesidades y características de los usuarios y profesionales de cada una de ellas. Las dos IPSs plantean una Política y un Programa de seguridad del paciente enfocados en garantizar una atención segura para los profesionales y para sus pacientes, mitigando la ocurrencia de eventos adversos o incidentes dentro de los modelos de atención instaurados.

Desde la alta gerencia, se debe tomar como punto de partida la Política y el Programa de seguridad del paciente, para promover la cultura del reporte dentro de los profesionales, y establecer mecanismos que garanticen la comunicación, conocimiento y apropiación de estos en todos los niveles de la organización, con el firme propósito de minimizar los riesgos potenciales en el servicio durante la atención prestada. Según la Guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social (2008), se debe contar con el

apoyo de la alta dirección de la Institución, expresando su compromiso permanente de trabajo con la seguridad en las prácticas clínicas que se realicen, a través del correspondiente entrenamiento y capacitación continua a todos aquellos que hacen parte del proceso de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

Mediante la caracterización de los reportes de eventos adversos de cada IPS objeto de estudio, correspondientes al periodo 2020 - 2021, se realizó un análisis sobre los reportes que realizan los profesionales dentro de las IPS. A continuación, se presentan los aspectos más representativos relacionados con los objetivos propuestos para este estudio.

El primer hallazgo relevante para las dos IPS es el no reporte de eventos adversos o incidentes durante un determinado periodo de tiempo. En la IPS 2, en el año 2020 no se generó ningún reporte de evento adverso o incidente, mientras que la IPS 1 generó registros a partir del mes de noviembre del año 2020. Puede entenderse que este hallazgo está directamente relacionado con las condiciones de salud pública del momento (COVID-19), en donde la atención odontológica se vio restringida, en número de pacientes atendidos, procedimientos realizados y continuidad de los tratamientos.

Dentro de la información proporcionada en las bases de datos de las IPS se evidencia que la mayoría de los reportes para las dos IPSs se generan desde odontología general, hallazgo que permite proponer planes de mejora, para aumentar el reporte de EA, no solo desde el área de Odontología General, sino desde todas las especialidades. Cabe resaltar que en la IPS 2 los reportes generados se realizaron desde especialidades como Rehabilitación Oral, Periodoncia, Endodoncia y Cirugía Maxilofacial, mientras que en la IPS 1, solamente se evidenciaron reportes desde Endodoncia. Las demás especialidades como Ortodoncia, Periodoncia, Cirugía Maxilofacial y Rehabilitación Oral no mostraron ningún registro de reportes. Por lo tanto, se identifica una diferencia en el alcance y apropiación que

tiene el programa de seguridad del paciente entre los profesionales dentro de las IPSs.

Aunque en la IPS 2 se identificó un mayor número de reportes desde las especialidades, es importante desde la alta dirección para las dos IPSs, evaluar los mecanismos y estrategias implementadas para la apropiación y conocimiento de los programas de seguridad del paciente y la importancia de generar una cultura del reporte de eventos adversos o incidente por parte de todo el personal, garantizando la seguridad del usuario y el profesional, dando cumplimiento a los estándares de calidad, generando dentro de las IPS, una atención basada en procesos asistenciales seguros, donde se pueda detectar, prevenir y reducir la aparición de un evento adverso o incidente, dando como resultado la satisfacción de los usuarios por medio de un modelo de atención centrado en la seguridad del paciente y del profesional.

Al recopilar los reportes en cada IPS, se evidencia que para la IPS 1 los tipos de eventos reportados, entendiéndose como tipos de eventos la clasificación que se le asigna al reporte según sus características, en su mayoría corresponden a eventos adversos e incidentes, mientras que para la IPS 2 los reportes corresponden a incidentes, seguido de eventos adversos no prevenibles y complicaciones.

Al comparar las dos IPS, el registro reportado por los profesionales está relacionado con la desinformación frente a los diferentes tipos de eventos que se pueden reportar y generan un registro sesgado. Aunque para la IPS 2 se evidencia mayor variedad en los tipos de eventos reportados, no representa un valor significativo frente a la apropiación de la información sobre los tipos de eventos adversos.

Para Rossi F. y Col (2014) las principales causas del subregistro de EA son la inseguridad, la falta de conocimiento y la indiferencia. En el presente estudio se evidencia que el profesional tiene el conocimiento frente a los tipos de eventos, sin embargo, la desinformación al momento de realizar el reporte limita al profesional en generar un reporte acorde con el tipo de EA, creando un interrogante sobre la

posible indiferencia por parte de los profesionales en la cultura del reporte. Esto genera la necesidad de que las directivas intensifiquen y mejoren sus estrategias de capacitación y formación frente a los tipos de eventos adversos.

La implementación de herramientas o estrategias que promuevan capacitaciones dirigidas a los profesionales permiten poner a disposición información y mantener actualizados a los profesionales sobre los tipos de EA y todo lo que implica un programa de seguridad del paciente.

En relación con los medios utilizados para generar un reporte, definiendo medios como la herramienta dentro de las IPSs para reportar un evento adverso o incidente, las dos IPS presentan una similitud, donde se destaca el reporte manual, sistema de información y/o auditoría, lo que evidencia que cada una de las IPSs ha divulgado entre sus profesionales y gestionado los medios para generar un reporte, en busca de promover y/o incentivar la cultura del reporte de eventos adversos.

Lo anterior permite que, desde el momento en que se realiza el reporte, se cuente con un modelo donde se pueda garantizar un análisis pertinente de los eventos adversos e incidentes, para tomar acciones encaminadas a minimizar los eventos adversos o la no ocurrencia de estos, contribuyendo al mejoramiento de la calidad en la atención Odontológica.

Dentro de las dos IPSs se identificaron las actividades de seguimiento de los eventos adversos o incidentes reportados, en donde se destacan la retroalimentación de los eventos reportados, la generación de planes de mejora, las capacitaciones y las actualizaciones sobre el programa de seguridad del paciente, las rondas de seguridad del paciente y la socialización de guías clínicas de manejo aprobadas por la IPS.

Al realizar una comparación entre las dos IPSs, se logra identificar que los profesionales reconocen las actividades de seguimiento que son implementadas y que tienen como objetivo dar a conocer a los profesionales las fallas o errores que se comenten dentro de la consulta,

gestionadas como una herramienta que permite el conocimiento y el mejoramiento de la calidad en la atención desde la consulta Odontológica. La falta de reportes de EA por parte de todos los profesionales dentro de las IPSs no está relacionada con el seguimiento que se le da al EA.

Silice A. (2004) afirma que promover el conocimiento es uno de los medios más eficaces para transformar, actualizar y hacer perdurar la cultura de trabajo y productividad dentro de cualquier organización. Estas actividades al ser ejecutadas dentro de las IPS, permiten al profesional evaluar, mejorar y adquirir un conocimiento sobre los programas de seguridad del paciente implementado en cada una de las IPSs.

Dentro de la caracterización de los eventos adversos o incidentes reportados, se identificaron los tratamientos con mayor reporte dentro de cada IPS, entendido el tratamiento como el conjunto de medios que se utilizan para aliviar síntomas molestos, prevenir y vigilar complicaciones de la enfermedad (Díaz, Gómez. 2008). En la IPS 1 el tratamiento con mayor reporte fue la *fractura radicular en tratamiento de cirugía*, seguido de la *no pertinencia en tratamientos iniciales*. También se identificaron tratamientos como *accidentes con hipoclorito en tratamiento de conductos, lesión de tejidos blandos y desalojo o fractura de restauraciones*. Para la IPS 2 el *diligenciamiento incompleto de historias, el no cumplimiento de guías y protocolos de atención, y un diagnóstico inadecuado* fueron los tratamientos que mayor reporte presentaron; también se encontraron reportes como *complicaciones endodónticas y complicaciones postquirúrgicas*.

Según el estudio realizado por Christiani, Rocha (2015) al identificar el tipo de tratamiento, donde se producen los eventos adversos más frecuentes en Odontología, determinaron una mayor frecuencia de eventos durante las extracciones y endodoncias y según el Observatorio Español en seguridad del paciente odontológico por Christiani, Rocha (2015), refieren los eventos relacionados con los

tratamientos de implantes y la cirugía bucal, como los de mayor incidencia, resultado similar al de este estudio en relación con los datos obtenidos para las IPS.

Al realizar una comparación entre las dos IPSs, y con base en la definición de tratamiento, se encuentra una gran diferencia sobre los tratamientos reportados en cada una de las IPSs. En la IPS 1 la totalidad de sus reportes son generados desde el ámbito clínico, es decir, procedimientos o tratamientos que son realizados desde la consulta, que generan una lesión o afectan la salud del paciente; en la IPS 2, se evidencia un enfoque más desde el ámbito administrativo, que tiene la misma importancia en la ejecución de los programas de seguridad del paciente.

La necesidad de evaluar en el IPS 2 la forma como se reporta desde el ítem de tratamiento crea una oportunidad de mejora dentro de su modelo de reporte de eventos adversos o incidentes, ya que permite evidenciar que no solo generan reportes desde una perspectiva clínica, sino que abarca diferentes enfoques como los administrativos o de sistemas de información (historias clínicas), en los que se puede ver afectada la seguridad del paciente. De igual forma el análisis realizado en el IPS 1, da la oportunidad de crear un plan de mejora que motive a los profesionales a generar junto con el reporte clínico, un reporte desde el ámbito administrativo, garantizando una atención segura.

Durante el desarrollo de la investigación y para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se indagó sobre el conocimiento y percepción de los profesionales frente al reporte de eventos adversos. Se indagó a los profesionales si han recibido capacitaciones relacionadas con el programa de seguridad del paciente, obteniéndose en la IPS 1 y en la IPS 2 resultados similares, ya que la mayoría de los profesionales refirió haber recibido capacitaciones. Dentro de las IPS el acompañamiento permanente y una formación continua del personal, incentiva la cultura del reporte de eventos adversos o incidentes. Es así

como las capacitaciones deben ser consideradas desde las directivas como una actividad que promueva la cultura del reporte y un canal para el mejoramiento continuo dentro de las IPS. Según la Guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social se debe contar con el apoyo de la alta dirección de la Institución a través de un correspondiente entrenamiento y capacitación continua a todos aquellos que hacen parte del proceso de atención y la seguridad del paciente. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

Por otro lado, en la encuesta realizada se pudieron obtener resultados positivos acerca de la retroalimentación de los eventos adversos en las 2 IPS, en donde se pudo reconocer que realizar una retroalimentación del reporte de eventos adversos conlleva a la obtención de una atención más segura para el entorno de los servicios de odontología, donde se podrían obtener resultados a corto, mediano y largo plazo como potencializar el conocimiento de una práctica más segura por parte del personal asistencial, afianzando sus conocimientos en los procedimientos que se realicen y las posibles fallas que pueda haber dentro de una atención.

Por otro lado, la retroalimentación de los eventos adversos lleva a identificar más cercanamente los problemas de seguridad del paciente que ocurran en un servicio, en este caso, el ámbito odontológico, donde se puede actuar de una manera directa por medio de diferentes técnicas como herramientas o protocolos y llevar a cabo investigaciones y análisis más a fondo para evitar la reincidencia de estos eventos durante las consultas y realizar una gestión de calidad para la prevención de los riesgos y la creación de una cultura segura donde se pueda concientizar al personal sobre esto. Identificar y corregir las fallas de los sistemas, prevenir la repetición de los eventos y crear una base de datos para mejorar la calidad y gestión de riesgos, contribuye a obtener un entorno seguro para la atención de los pacientes. (Orellan, Guerrero 2020)

Por último, se indagó acerca de las Causas del no reporte de Eventos Adversos o Incidentes

en odontología en las 2 IPSs, identificando que las principales causas que conllevan a este fenómeno son *el miedo, las repercusiones negativas en la hoja de vida, la sensación de ser juzgados o señalados* en el momento de generar un reporte, *la pérdida de empleo, acciones legales frente al profesional, la persecución laboral* y por último *el desconocimiento que tiene el profesional frente al programa de seguridad del paciente*. Lo anterior evidencia la necesidad de realizar un trabajo exhaustivo por parte de la alta gerencia para generar una cultura del reporte a partir de la evaluación de las causas por las que los profesionales no realizan el mismo y redireccionar estrategias para mejorar o crear la cultura, que permita así obtener mejores resultados clínicos y de calidad, donde se vean inmersos los profesionales de una manera activa, y sean conscientes de la responsabilidad que conlleva realizar sus reportes al momento de la ocurrencia de EA dando como resultado un mejoramiento continuo.

Perea, (2011) plantea algunos pasos para motivar a los Odontólogos a aplicar los programas de seguridad del paciente en las consultas, como son: conocer y estudiar los procesos que se utilizan en la consulta buscando encontrar las fallas en seguridad, realizar el registro y notificación anónima de eventos adversos, toma de precauciones básicas en los procesos potencialmente peligrosos y basados en unos objetivos razonables y herramientas efectivas, en los que resalta fomentar la cultura de seguridad del paciente donde hace la siguiente afirmación “Es fundamental que todo el equipo de trabajo adopte la seguridad del paciente como premisa fundamental y participen en la información y cambios en los protocolos” (p.14)

Finalmente, dar a entender que el reporte de eventos adversos no es un proceso que juzgue o señale al profesional. Así mismo se hace necesario el fortalecimiento del conocimiento del programa de seguridad del paciente para la obtención de resultados con calidad.

## Conclusiones

- A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio se concluye que en las dos IPSs objeto de estudio existe un “Programa De Seguridad del Paciente” que incluye los mecanismos y herramientas para la generación del “Reporte de Eventos Adversos” en el servicio de odontología general y especializada. Así mismo se evidencia que cuenta con sus respectivos reportes para los periodos de estudio 2020 y 2021. Sin embargo, este estudio encontró que la calidad y número de reportes para cada una de las IPS, pone de manifiesto la necesidad de establecer estrategias educativas para que los profesionales reconozcan su importancia y el aporte a la calidad en el servicio de salud.
- En relación con los profesionales en odontología general y especializada que participaron, el estudio mostró que los odontólogos generales, generan mayor reporte de eventos adversos que los especialistas.
- Las causas del no reporte encontradas en la IPS 1 están asociadas al desconocimiento del Programa de Seguridad del Paciente, la persecución laboral y el miedo. Para la IPS 2 las causas del no reporte se asocian con el desconocimiento del Programa de Seguridad del Paciente, la toma de acciones legales, el miedo y la persecución laboral, dando lugar a oportunidades de mejora orientadas a un cambio en las condiciones contractuales con los especialistas, procesos de actualización y socialización para el conocimiento del programa de seguridad del paciente en cada una de las IPS y el respectivo seguimiento a su cumplimiento.
- Frente a la gestión de los eventos adversos se puede concluir que los reportes realizados por las IPSs objeto de estudio son adecuados, ya que los instrumentos proporcionados permiten un análisis en donde se pueden evaluar las posibles fallas del proceso de atención, así como su seguimiento. Sin embargo, se debe continuar con planes de mejoramiento para mantener el reporte.
- La identificación de estos hallazgos en el estudio está encaminada a plantear acciones de

mejora que impacten positivamente en la calidad del servicio prestado a los pacientes de odontología general y especializadas en las dos IPSs objeto de estudio.

### Acciones de Mejora

A partir del análisis y discusión de los resultados del presente estudio, se diseñó una estrategia, la cual propone y plantea acciones de mejora, junto con recomendaciones para su implementación, permitiendo crear la cultura del reporte de EA.

La estrategia se basó en el hallazgo de las causas del no reporte de EA dentro de los profesionales de las IPSs objeto de estudio y la caracterización de los EA reportados en las IPSs.

En primer lugar, se propone una estrategia educativa dirigida a los profesionales (Odontólogos y Especialistas) que los capacite sobre el Programa de Seguridad del Paciente, implementada en cada IPS y sobre la importancia del reporte de EA, no solo para generar un mayor conocimiento sobre el tema sino también para sensibilizar a los profesionales sobre la relevancia del reporte de EA como herramienta para generar planes de mejora dentro de las IPSs y brindar una atención segura y con calidad, permitiendo contar con un personal capacitado.

Como segunda estrategia se sugiere un modelo de seguimiento a los profesionales (Odontólogos y Especialistas) para evaluar el desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente dentro del modelo de atención y mantener la cultura del reporte, por medio de una lista de chequeo de verificación a los profesionales para su seguimiento. Se busca que este plan de seguimiento fortalezca la cultura del reporte dentro de cada IPS minimizando la ocurrencia de EA dentro de la atención Odontológica y promueva la aplicación del Programa de Seguridad del Paciente y la calidad en la prestación del servicio.

Por último, se propone una metodología con ayuda de herramientas tecnológicas dentro de cada IPS, que genere canales de comunicación

directo y de confianza entre los profesionales, eliminando las posibles consecuencias negativas y/o acciones punitivas, promoviendo una atención segura y de calidad, por medio del desarrollo de una aplicación que permita una comunicación directa para el profesional donde pueda realizar el reporte, acceder a información relacionada con el Programa de Seguridad del Paciente y un *chat* que incluya al líder del programa de seguridad del paciente y los profesionales de cada IPS para resolver dudas asociadas a la ocurrencia y al reporte de un EA. Lo anterior busca promover un ambiente seguro para el paciente y de confianza para el profesional al hacer el reporte de EA, generando un acceso fácil a la información y la creación de datos consistentes para establecer planes de mejoramiento en el servicio Odontológico.

### Bibliografía

- Burbano Osorio A, RiosDonneys J. (2017). Factores relacionados con la adherencia a la política de seguridad del paciente en un servicio odontológico universitario de cali durante el periodo enero a junio de 2017. Universidad del Valle. Recuperado en <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/12944/0573299.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Calle-Henao N, Hernández-Pinillos PC. (2017) Conocimiento de los Odontólogos Independientes sobre seguridad del paciente y reporte de eventos adversos. Medellín, Colombia, 2017. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2018; 29 (2): 362-382. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v29n2a>
- Christiani JJ, Rocha MT. (2015) Percepción de la seguridad del paciente en odontología. Revista Asoc Odontol Argent 2015; 103:154-159.
- Christiani, J. J., Rocha, M. T., & Valsecia, M. (2015). Seguridad del paciente en la práctica odontológica. *Acta Odontológica*

- Colombiana*, 5(2), 21-32. Recuperado a partir de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actadontocol/article/view/55303>
- Fernández Cantón Sonia. (2017) Los Eventos Adversos y Seguridad del Paciente. Boletín CONAMED-OPS. Recuperado de [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos\\_adversos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf)
- Leong, P., Afrow, J., Weber, H. P., & Howell, H. (2008). Attitudes toward patient safety standards in U.S. dental schools: a pilot study. *Journal of dental education*, 72(4), 431–437. Recuperado en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18381849>
- Luengo C, Paravic T, Valenzuela S. Causas de subnotificación de accidentes de trabajo y eventos adversos en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39(2):86–92
- Marín Murillo L, Giraldo Gómez D. (2019). Revisión Bibliográfica Sobre la importancia de reportar eventos adversos en el área de salud en Colombia, Trabajo de Grado. [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4659/43989803\\_2020.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4659/43989803_2020.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
- Ministerio de Protección Social, (2008) *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente*, Bogotá. Recuperado en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%20.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2009). Paquetes instruccionales Guía técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del paciente en la atención en Salud”. Versión 1.0, Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá D.C; 2015, Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente. Investigación en Seguridad del Paciente. (2008). Recuperado en [https://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)
- Orellana J, Guerrero R, Morales V. La seguridad en el paciente odontológico de acuerdo con la CONAMED. *Revista ADM* 2020; 77 (2): 96-99. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2020/od202g.pdf>
- Perea B. (2011) Seguridad del paciente y Odontología. *Cient Dent* 2010;8;1:9-15.
- Protocolo de Londres. (2015). Ministerio de Salud de Colombia. Biblioteca Digital. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO%20DE%20LONDRES%20INCIDENTES%20CLINICOS.pdf>.
- Rossi F, de Oliveira S, Rodríguez S, de Carvalho P. Causas del subregistro de los eventos adversos de medicamentos por los profesionales de la salud: revisión sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(4):739–47.
- Tafur DJ, Ramírez GP, Cárdenas CA, Serrano JJ, Sarralde AL, Camacho SP, Rodríguez A, González J. Características y prevalencia de los eventos adversos presentados en la Clínica del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana durante el período 2011-2012. *Univ Odontol*. 2016 Jul-Dic;

35(75). Recuperado en:  
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-75.cpea>

Tafur DJ, Ramírez GP, Cárdenas CA, Serrano JJ, Sarralde AL, Camacho SP, Rodríguez A, González J. Características y prevalencia de los eventos adversos presentados en la Clínica del Posgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana durante el período 2011-2012. *Univ Odontol.* 2016 Jul-Dic; 35(75). Recuperado en:  
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-75.cpea>

Vila-Sierra, Luis Armando, Salcedo-Salgado, Juan David, Fernández-Roncallo, Yelaine Yamile, & Narváez-Barandica, Mayuri Milena. (2017). Grado de implementación del proceso de seguridad en el paciente en IPS odontológicas públicas y privadas en Santa Marta. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 116-125. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps16-33.gips>