LA SEGURIDAD EN SALUD NO ES UNA OPCION, ES UN DEBER

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, LOS PRINCIPALES EVENTOS ADVERSOS Y LA PERCEPCION DEL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO

DORIS ADELA BEDOYA GARCIA

MARYORY HENAO FLOREZ

MARIA ELENA MARTINEZ QUESADA

ASESORA

ELSA VASQUEZ TRESPALACIOS

BIOLOGA- EPIDEMIOLOGA

AUDITORIA EN SALUD

UNIVERSIDAD CES

MEDELLIN

2011

PALABRAS CLAVE

Riesgo, evento adverso, evento adverso prevenible, evento adverso no prevenible, incidente, Complicación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo[1].

Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16 000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH[1].

La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones asociadas al cuidado en salud, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US$ 6000 millones y US$ 29 000 millones por año.

El costo anual generado por las inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US$ 535 millones en gastos médicos directos[1].

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria[1].

Para entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos disponibles. Además es necesario investigar en muchas áreas para mejorar la seguridad de la atención y prevenir así dichos daños[1].

La investigación encaminada a promover la seguridad del paciente está aún en sus comienzos. Incluso en los países donde se han realizado progresos, la infraestructura y la financiación disponible son relativamente escasas en relación con la magnitud del problema. Esto dificulta la formación de los equipos de investigación multidisciplinarios y la infraestructura necesaria para producir el conocimiento indispensable para respaldar la mejora de la seguridad de la atención[1].

Para promover la investigación encaminada a mejorar la seguridad del paciente se necesitarán esfuerzos considerables dirigidos a fortalecer la capacidad de investigación[1].

En Coomeva Medicina Prepagada, se está buscando el mejoramiento continuo en el tema de la seguridad en la atención de sus usuarios, para fortalecer la imagen y a la vez reducir costos de la no calidad, generados por atenciones inseguras. Además para COOMEVA MP como empresa es fundamental conocer la percepción tanto del cliente interno sobre sus políticas de seguridad como

también las del cliente externo, y de esta manera fortalecer las existentes y/o implementar nuevas que permitan cada día brindar una atención con calidad que es finalmente su objetivo principal.

JUSTIFICACION

Dada la problemática a nivel mundial y por ende nacional en la seguridad de la atención del paciente, los gastos médicos, de hospitalización, infecciones asociadas al cuidado en salud, pérdida de ingresos económicos, discapacidades y pleitos generados por las prácticas inseguras hemos querido indagar acerca del estado de la seguridad en la atención de los usuarios de la UPP (unidad de promoción y prevención) de **COOMEVA MEDICINA PREPAGADA** (Poblado**)** en un momento del año 2011, y de esta manera identificar, describir, conocer las fallas más frecuentes y sus posibles causas, además recopilar información sobre la seguridad en la atención en otros países, para determinar aspectos que nos puedan ser útiles, con el fin de identificar actividades que puedan disminuir el impacto de estos eventos, y posteriormente retroalimentar a nuestros sitios de trabajo los resultados obtenidos; con el fin de aportar al mejoramiento continuo, crear conciencia en el personal involucrado en la atención, y por tanto ofrecer un servicio de óptima calidad, e inferir positivamente en la población objeto de estudio y en la sociedad nuestra.

La calidad de la atención que reciben los pacientes es un tema de gran actualidad en el mundo porque se encuentra estrechamente relacionado con la esencia misional de los servicios de salud, cuya finalidad es disminuir los riesgos en la atención de la población objeto y usar de manera más eficaz los recursos para mejorar la seguridad del paciente. A su vez los pacientes son “expertos” en su estado y pueden ayudar a identificar riesgos y soluciones a problemas de seguridad[2].

En cuanto a la institución también habrá beneficios; Generación de confianza en el personal de la institución para crear la cultura del reporte e introyectar que en ningún caso el reportar será motivo de sanción o castigo, al contrario habrá un impacto positivo en el funcionamiento de la

organización. Será un motivador para la Mejora Continua (dado que la perfección no es posible). Se buscará tener personal con menos stress, culpabilidad, falta de confianza... y disminuir así los EVENTOS ADVERSOS. La reducción de los costos en los recursos requeridos para gestionar quejas y reclamos y en los costos no contemplados dentro de un tratamiento. Reducción en costos financieros (pagos por incapacidades) y mejora en confianza de público y pacientes. Contribución a construir un diagnóstico de situación a nivel nacional; Posibilidad de comparar (Benchmarking) los indicadores de su organización y priorizar acciones; Dar mayor relevancia al sistema local de gestión de riesgos, al ligarse al nacional. Información de Análisis de Causa Raíz (ACR) y acciones tomadas en eventos adversos similares[2].

OBJETIVO GENERAL

1. Identificar los principales eventos adversos e incidentes de la institución y la percepción del cliente externo e interno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los principales incidentes, eventos adversos prevenibles y no prevenibles que ocurrieron en la UPP Coomeva Poblado en el año 2011 (ver cuadro de la entidad sobre reporte de eventos adversos, anexo 1)
2. Identificar que barreras de seguridad no se aplican en la institución según la percepción del cliente externo e interno.
3. Indagar el conocimiento del cliente interno, acerca del reporte de eventos adversos e incidentes en la institución.
4. Determinar sí existe temor en el personal al momento de reportar incidentes y/o eventos adversos.
5. Describir la percepción del cliente externo sobre la seguridad de la atención en la UPP

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los principales eventos adversos que se presentan en la atención en la Unidad de Promoción y Prevención de Coomeva Medicina Prepagada en el año 2011 y la percepción que tienen de ellos el cliente interno y externo?

MARCO TEORICO

Con respecto a la seguridad en la atención, nos encontramos varios conceptos que envuelven el significado de ésta

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias, buscando la ausencia de lesión o daño en el paciente[3].

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.

ATENCIÓN EN SALUD

Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnostico y rehabilitación que se prestan a toda la población.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Una deficiencia en la realización de 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.

BARRERA DE LA 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 DEL 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 probabilística 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. Se deben establecer unos principios que orienten todas las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente. Estos principios son:

1. 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.

2. 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.

3. 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, es transversal a todos sus componentes[3].

HISTORIA

La Seguridad del Paciente promueve el registro, estudio y prevención de los errores médicos como método de perfeccionamiento de los sistemas de salud. Sus principios no son novedosos, reafirman aquellos, que desde la antigüedad han sido postulados por el Juramento Hipocrático: cuidar de la salud del paciente y velar con el máximo respeto por la vida humana. Sin embargo, y aquí radica su importancia, esta disciplina añade al compromiso personal, la visión de una cultura que implique a la comunidad íntegra (gobiernos, instituciones de salud, profesionales y pacientes) en el mantenimiento de un sistema de prevención, construcción y cuidado de la salud. El gran desarrollo científico-tecnológico de los últimos 50 años ha convertido a las Ciencias Médicas en una materia sumamente compleja que ya no puede sostener su eficacia con base en las responsabilidades individuales de los profesionales y que, consecuentemente, requiere de un avanzado sistema de estandarización de procedimientos y verificación en tiempo real de las acciones y los resultados. Velar por la seguridad del paciente se ha convertido en una tarea frente a la que ningún profesional puede mostrarse indiferente. En 1999 el Instituto de Medicina de EE UU publicó el informe "To Err is Human", el cual fue analizado posteriormente por Lucian Leape y colegas y publicado en The New England Journal of Medicine. En él se destacaban cifras alarmantes en referencia a muertes por errores médicos y por efectos adversos en ese país. Sin embargo, este documento no indicaba cuáles eran las medidas que se debían tomar para cambiar y mejorar la atención médica evitando estos errores y brindando mayor seguridad en la misma. No fue hasta octubre de 2004, que, en la sede de la Organización Panamericana de la Salud, la OMS puso en marcha una nueva Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Su meta era la de consolidar y coordinar las iniciativas mundiales y nacionales para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo[4].

En años antes de Cristo, en Mesopotamia, el rey Hammurabi, creó el código de leyes, con el cual se podían predecir las responsabilidades que los médicos tienen hoy en el ejercicio de su profesión, así como las sanciones en caso de error. Un ejemplo a continuación:

Ley 218: Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos.

En el siglo V, Hipócrates estableció como primordial en el ejercicio de la medicina el principio "Primun non Nocere" es decir, primero no hacer daño y en los principios éticos el llamado de no maleficencia[5].

MARCO LEGAL

Enmarcados en la legislación hacemos un breve recorrido, antes de profundizar en el tema.

- El numeral 9 del art 153 de la ley 100 de 1993 señala que el sistema general de seguridad social establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua, y de acuerdo a estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional[6].
- Art 39 del decreto ley 2005/93 Artículo 39. Otros Órganos de Asesoría y Coordinación: El Ministerio de la Protección Social podrá crear y organizar comités, consejos y órganos de asesoría y de coordinación para el estudio de asuntos especiales de competencia del Ministerio[7].
- Decreto 1011 de abril 3 de 2006: por el cual se establece el Sistema general de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud[8].
- Resolución 2679 del 03 de Agosto de 2007**:** Por el cual se conforma el comité sectorial de calidad y seguridad de la atención en Salud[9].

Con el objetivo de mejorar la atención médica, la Seguridad del Paciente, como disciplina, promueve la elaboración de documentos, guías de práctica clínica, estudios científicos, controles estrictos de las nuevas prácticas asistenciales, tecnológicas y farmacológicas y métodos de aprendizaje diversos, que ayuden a las instituciones y a los médicos en los procesos de notificación de incidentes, investigación de los factores de riesgo, análisis de los resultados y creación de medidas preventivas con base en prácticas de eficacia comprobada. Postula, también, un viraje en el enfoque de la atención en salud en el que el testimonio del paciente y su familia sean reconocidos como principales fuentes de información en el proceso de aprendizaje con base en la experiencia, priorizando la comunicación entre el médico o la institución de salud a la cual pertenece, y el paciente como usuario de la misma, aún en los casos en que existan eventos adversos, mediante la creación de espacios de contención y apoyo mutuo que propicien el intercambio, la identificación de los errores y su análisis en conjunto. Los Centros de Seguridad del Paciente son los encargados de la publicación, puesta a disposición y difusión del conocimiento generado por diferentes organizaciones y destacados profesionales de todo el mundo, expertos en esta especialidad, con el objetivo de minimizar el riesgo de las prácticas médicas y ayudar a los profesionales en la tarea de proporcionar cuidados cada vez más seguros.

Errar es parte de nuestra condición humana. Aprender de los errores para asegurarnos que no vuelvan a ocurrir es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud[4].

Las consecuencias en la salud, en lo social y en lo económico de los errores en la asistencia han conducido a organismos internacionales a reflexionar sobre la seguridad del paciente, la gestión de riesgos clínicos y a desarrollar recomendaciones acerca de la prevención de los eventos adversos en la atención y la formulación de estrategias en este ámbito, tal como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que promueve la Organización Mundial de la Salud[10]. Esta organización enfatiza en las estrategias de seguridad, y sus sistemas deben incluir acciones dirigidas a la prevención, detección y mitigación de los eventos adversos cada vez que ocurren, así como al análisis de sus causas, aprendizaje de los errores y la difusión de las lecciones aprendidas.

Si los eventos se pueden identificar, estudiar, controlar y minimizar, entonces se pueden "Gestionar"[11]. Con esta afirmación, mas el análisis de incidentes de James Reason con la teoría del queso suizo en modelos actuales de gestión del riesgo clínico, podemos hablar de mejoramiento.

Lo que se busca finalmente es identificar acciones que pueden disminuir posibles eventos adversos o acciones inseguras. Existen prácticas institucionales que si se aplicaran ayudarían a evitar el error, por lo tanto se deben entonces implementar, socializar y verificar continuamente su cumplimiento.

La invitación final será:

1. Considerar los errores como consecuencias y no como causas.
2. Todos podemos cometer errores.
3. Disminuir e impactar la tendencia de patrones recurrentes en el error, vía *Planeación de la atención*
4. Conformar una estructura para manejar los eventos adversos.
5. Informar de los eventos adversos al paciente y/o la familia[12]

- Algunas metas que expone la OMS en relación a la seguridad son:
- *Desarrollar una taxonomía internacional en seguridad del paciente*, que sirva para unificar conceptos.
- *Un programa de investigación en seguridad del paciente*: Efectuar estudios mundiales de prevalencia de los eventos adversos para establecer estrategias de intervención.
- *Soluciones para reducir el riesgo de la atención y mejorar su seguridad,* que promueva las intervenciones existentes

- *Informar y aprender para mejorar la seguridad de los pacientes,* retroalimentación de las situaciones inseguras con su correspondiente reporte y análisis como metodología para aprender del error.

Además la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, e identificó campos de acción. Uno de estos campos de acción es el desarrollo de "Soluciones para la seguridad del paciente", que a continuación se enuncia:

PREÁMBULO A LAS SOLUCIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En todo el mundo, la prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. El tradicional juramento médico ("Lo primero es no hacer daño") rara vez es violado intencionalmente por parte de los médicos, enfermeros u otros facultativos médicos, pero los hechos señalan que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo, en el proceso de obtención de atención sanitaria. Lo primero que debemos hacer es reconocer esta perturbadora realidad, rechazar la noción de que el statu quo es aceptable, y quizá lo más importante, tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura. Todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento.

Hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, en el cual el éxito (una atención más segura) es determinado por lo bien que los profesionales de la salud trabajan en equipo, cuán efectivamente se comunican entre sí y con los pacientes, y cuán cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención y los sistemas de apoyo de la atención. Con el creciente reconocimiento de los problemas de seguridad en la atención sanitaria, fueron creadas y difundidas las: "Soluciones" para la seguridad del paciente.

Las nueve soluciones para la seguridad del paciente:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traslado de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. control de las soluciones concentradas de electrólitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud[12].

Recomendación de Kohn en su libro "errar es humano: construyendo un sistema seguro de salud"

Las organizaciones de cuidado de salud y los profesionales afiliados a ella continuamente deben proveer seguridad a sus pacientes, liderando programas y aceptando su responsabilidad, dichos programas deben ser fuertes, claros y visibles durante la atención, los sistemas de reporte y análisis de "errores" no deben ser punitivos dentro de la organización, y se deben basar en principios y procesos estandarizados con equipos interdisciplinarios debidamente entrenados[13].

INCENTIVOS

Se define: Sistema de incentivos para la garantía de la calidad como "el Sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores" (Donabedian, 1996).

Un incentivo se define como un estímulo que, al aplicarse a nivel de un individuo, organización o sector, mueve, incita o provoca una acción. Este estímulo puede ser de carácter material (dinero), simbólico (reconocimiento), social (aceptación por los demás), de poder o posición (prestigio), etc. Puede significar un beneficio o recompensa o un costo o castigo. Dado lo anterior, debe ser claro que los incentivos pueden tener un carácter positivo cuando premian a quien muestra el comportamiento deseado, o negativo cuando castigan a quien se desvía de dicho comportamiento.

Los incentivos se clasificaron de la siguiente manera:

• **Incentivos económicos "puros"**: el mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas, ya sea porque la calidad genera mayores ventas y/o aumenta los márgenes de rentabilidad.

• **Incentivos de prestigio: la calidad** se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación.

• **Incentivos legales:** se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones.

• **Incentivos de carácter ético y profesional:** en el caso particular de la prestación de servicios de salud, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios del sector: la calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

AUDITORIA EN CALIDAD

Definir la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como un componente de mejoramiento continuo implica:

• Que su accionar se orienta a la obtención de resultados centrados en el cliente.

• Que aun cuando en una proporción importante de las situaciones se evalúen procesos de atención, dicha evaluación estará orientada a buscar la mejora de los resultados con los cuales está correlacionado el proceso. Si no hay correlación entre los procesos evaluados y el resultado de calidad, no tiene sentido la auditoría.

• Que sus evaluaciones no se enfocan hacia las unidades administrativas particulares, sino que entiende el proceso de atención como un continuo clínico- administrativo que atraviesa toda la organización, examinando tanto el desempeño de la repartición clínica o administrativa como la forma en la cual interactúa con las otras unidades para la prestación del servicio con calidad.

• Que se basa en la evidencia, tanto en la medida en que examina sí los resultados que busca o consigue sean relevantes y prioritarios, así como en la que determina que los métodos que utiliza son válidos, confiables y probados, lo cual implica revisión tanto de la literatura científica nacional e internacional relevante y pertinente, así como de otras experiencias similares.

• Que los recursos que la organización en particular y el sistema general destine a ella deben generar retorno, ojalá medible en términos de contención de costos de no calidad y en todo caso, por lo menos en términos de mejora del comportamiento de indicadores válidos y confiables (basados en la evidencia).

• Que su impacto se orienta hacia la mejora de procesos y no hacia la búsqueda de culpables, y promueve la internalización en el profesional y en la organización de las mejoras obtenidas a través de la promoción de la autoevaluación y el autocontrol.

• La auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud es un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la

atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).

Para la correcta implementación de estas metodologías hay algunos problemas operativos que tienen que ser solucionados, por parte del profesional o la institución que la implementa:

• No toda evaluación es útil, lo es aquella que apunte a problemas importantes, y aplique métodos que maximicen la relación entre esfuerzos y resultados (costo-efectividad). No es tan importante describir lo que se está haciendo, es realmente importante describir cuáles han sido los resultados en la mejora de la salud de los pacientes y la población, en la mejora en la eficiencia clínica y administrativa y en la satisfacción real de los pacientes/clientes, así como en la contención de costos de no calidad.

• En la auditoría se deben trabajar los procesos que sean prioritarios y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo-efectivas.

• Debe combinar técnicas de auditoría (evaluación y mejoramiento de problemas de calidad) con el despliegue de comités, evaluando a su vez la efectividad de estos y promoviendo su mejoramiento continuo.

• Aunque la auditoría en salud no constituye investigación clínica, sí comparte con esta la necesidad de utilizar metodologías correctamente diseñadas y probadas, y por lo tanto incorpora los elementos del método científico que aplican a la resolución de estas necesidades de la metodología.

• En consecuencia, deben emplear instrumentos adecuados al problema al cual apunte la auditoría, preferiblemente utilizando aquellos ya validados y de probada efectividad.

• Debe garantizar el cumplimiento del principio de la evaluación por pares, con la adecuada delegación de procesos de evaluación que no afecten la validez y confiabilidad del análisis en el caso de la aplicación de instrumentos de tamizaje.

Finalmente, la implementación de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se debe evaluar en términos del impacto y el retorno tangible y medible que genere. Solamente si lo anterior se da, la podremos considerar exitosa.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, si es correctamente implementada, debe constituirse en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así como impacte en fortalecer la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética[14].

MARCO SITUACIONAL

En Inglaterra el Instituto Nacional de Salud por medio de la agencia Nacional para la seguridad del Paciente (NPSA) definió los siete pasos claves para conseguir un sistema de salud más seguro[15]:

- Paso 1 Crear un cultura de seguridad abierta y justa.
- Paso 2 Dirigir y apoyar a los profesionales.
- Paso 3 Sistemas de gestión del riesgo.
- Paso 4 Promover y facilitar la negociación.
- Paso 5 Involucrar e informar al paciente.

- Paso 6 Aprender y compartir lecciones sobre seguridad.
- Paso 7 Implantar soluciones para prevenir daños.

Actualmente las barreras de seguridad instauradas en el ambiente de prestación de servicios de salud no solo benefician a los usuarios sino también brindan protección global a las personas involucradas en la atención.

A medida que la medicina se ha convertido en algo mas tecnológico y avanzado, contradictoriamente en ocasiones por alguna falta humana o de procedimientos es notorio el aumento del riesgo al que los usuarios se ven sometidos[15].

En México: el Dr. *Germán Fajardo-Dolci en un artículo llamado "seguridad del paciente" Cir 2010; 78:379-380 Volumen 78, No. 5, Septiembre-Octubre 2010*

Relata:

La información sobre incidentes médicos y eventos adversos es central en el desarrollo de políticas y modelos estratégicos encaminados a realizar cambios sistémicos hacia el fortalecimiento de la seguridad del paciente y los resultados de la atención médica. En este contexto, los sistemas de reporte de incidentes son esenciales para conocer los riesgos y los problemas específicos, así como el contexto organizacional al que deben dirigirse los esfuerzos.

La información obtenida deberá a su vez retroalimentar al sistema y fomentar la evaluación de la calidad, la mejora continua de la misma y la práctica basada en evidencias.

Los sistemas de registro de incidentes médicos deberán ser parte de la práctica médica cotidiana, generando información relevante sobre los riesgos que se enfrentan y formando la base de las políticas y procedimientos encaminados a su prevención, contención y eventual erradicación[16].

En Colombia:

En la clínica del occidente en Bogotá se partió de la premisa básica de que si los errores se ocultan por miedo al castigo, jamás será posible analizarlos, entender su causa ni aprender de ellos para evitarlos, por lo anterior en el 2006, realizo la implementación de su estrategia de seguridad del paciente. Un modelo a seguir para las Instituciones que quieran mejorar su calidad en el servicio.

En su Premisa 3 expresa: El Costo de la no calidad es más alto para la organización de no considerar su diseño en la planeación estratégica de las unidades de salud

La mala calidad genera:

- Usuarios insatisfechos
- Quejas
- Pérdida de credibilidad
- Mayores Costo
- Reprocesos como: Malos productos, Desperdicios, Inspección excesiva, Mayor mano de obra, Retrasos, Desorganización, Conflictos humanos, Insatisfacción laboral [17].

Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente.

Es necesario ser conscientes entonces que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto en ellos deben analizarse permanentemente tanto de manera

retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente (eventos adversos) o que podrían haberlo hecho (incidentes o casi - evento adverso), así como de manera proactiva cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).

La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar sus consecuencias.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente:

Elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes.

Igualmente durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias[14].

A continuación, encontraremos algunos estudios referentes a la Seguridad en la atención a nivel Internacional y Nacional también.

Marco Internacional					
Nombre	*Autores*	*Fuente*	*Objetivo*	*Resumen*	*Conclusión*
Cartografía de los límites de los sistemas de información de seguridad en el cuidado de la salud - ¿Qué lecciones podemos aprender realmente[18]?	Thomas MJ, TJ Schultz, N Hannaford, el Banco Mundial Runciman	Facultad de Psicología, Trabajo Social y Política Social, Universidad del Sur de Australia, matthew .thomas @ unisa.edu.au	evaluar la utilidad de los sistemas de salud de Australia de notificación de incidentes y determinar la profundidad de la información disponible dentro de un sistema típico	El tipo de incidente más frecuente fue la medicación que se administra a un paciente equivocado (25,7%, 125), seguido de incidentes en los que se llevó a cabo un procedimiento en el paciente equivocado (15,2%, 74) e incidentes en que se mal etiquetados para una patología o tratamiento de imágenes médicas (7,0%, 34). Los 43 tipos de incidentes fueron clasificados en el 76,2% del conjunto de datos. Cincuenta y dos informes de incidentes (10,7%) incluía información suficiente para clasificar la etiología del incidente específico, y 288 informes (59,1%) tenían suficiente información detallada para establecer acciones correctivas para dicho incidente	Los Sistemas de notificación de incidentes permiten la clasificación de las características de las áreas donde ocurre un incidente e identificar los tipos más comunes de incidentes. Sin embargo, los sistemas actuales proporcionan poca información útil sobre la etiología subyacente o formas de responder a las causas. Nuestro estudio pone de manifiesto algunas limitaciones de los sistemas de notificación de incidentes, y proporciona una guía para mejorar el uso de estos sistemas de calidad y mejora de la seguridad

Marco Internacional					
Nombre	*Autores*	*Fuente*	*Objetivo*	*Resumen*	*Conclusión*
Calidad de la atención de salud, acreditación y evaluación de tecnologías sanitarias en Croacia: El papel de la agencia para la calidad y acreditación en materia de salud[19].	Mittermayer R, M Huic, Mestrovic J	Estudio entre año 2004- 2008, Agencia para la Calidad y Acreditación en Salud, Zagreb, Croacia. renato.mittermayer @ aaz.hr	proporcionar una base de datos relacionados con la acreditación, la mejora de la calidad de la salud y la educación, el suministro de la educación en el ámbito del aseguramiento de la calidad asistencial, mejora y promoción,	De acuerdo con la Asamblea Médica Mundial, los médicos e instituciones de salud tienen la obligación ética y profesional de luchar por una mejora continua de la calidad de los servicios y la seguridad del paciente con el objetivo final de mejorar tanto los resultados del paciente individual, así como la salud de la población. La Evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) es un proceso multidisciplinario en el que resume la información sobre los aspectos médicos, sociales, económicos y éticos relacionados con el uso de una tecnología de la salud de una manera sistemática, transparente, imparcial, robusta, con el objetivo de formular seguro y eficaz políticas de salud que se centra en el paciente y tratar de lograr el más alto valor. En el campo de la calidad y la acreditación, el plan y el programa de aseguramiento de la calidad asistencial, la mejora, promoción y vigilancia fue terminado y publicado en octubre de 2010, la elaboración de las normas de salud de calidad, así como las normas de acreditación se encuentra todavía en proceso. La educación en el campo de la garantía de la calidad asistencial, la mejora y la promoción se ha establecido como un proceso que requiere continuidad.	En conclusión, la toma de decisiones basada en información sobre la planificación estratégica, la inversión, gestión e implementación de tecnologías en el cuidado de la salud, la financiación (reembolso) y la cobertura de las tecnologías de la salud, no es un proceso fácil y rápido, sin embargo, sí creemos que es factible gracias a la colaboración continua y estrecha de todos los involucrados en la atención y la participación de la comunidad.

Marco Internacional					
Nombre	*Autores*	*Fuente*	*Objetivo*	*Resumen*	*Conclusión*
La promoción de la participación del paciente en las iniciativas de seguridad[20]	Birks Y, Hall J, D McCaughan, Peat M, W I.	Participación del paciente en el Grupo de Investigación de Seguridad del Paciente, de la Universidad de Hospitales de Enseñanza York Bradford, NHS Foundation Trust.		Entre 300.000 y 1,4 millones de eventos adversos ocurren cada año en el NHS, y aproximadamente la mitad de los que ocurren en pacientes hospitalizados son prevenibles (Departamento de Salud del Grupo de Expertos sobre el aprendizaje de los eventos adversos en el NHS, 2000). Las estrategias para reducir estos eventos se han centrado principalmente en el cambio de los sistemas de atención y comportamiento profesional, pero hay un creciente interés en la participación de los pacientes en las iniciativas de seguridad.	Este artículo reporta los resultados de una serie de estudios relacionados que se examinaron cómo los pacientes pueden promover efectivamente su propia seguridad, y para explorar la forma en que esto puede variar según el contexto, el lugar o la demografía

Marco Internacional					
Nombre	*Autores*	*Fuente*	*Objetivo*	*Resumen*	*Conclusión*
La falta de notificación de incidentes de seguridad de los pacientes reduce la capacidad del médico para cuantificar y medir con precisión la reducción de daños[21].	Noble DJ, Pronovost PJ.	Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, EE.UU.. douglas.noble @ doctors.org.uk		La falta de notificación de incidentes de seguridad de los pacientes crea un vacio de información que está plagado de prejuicios epidemiológicos. Estos incluyen sesgos sistemáticos, tales como la práctica de la notificación de incidentes de menor importancia, a expensas de otros más graves. Esto nos lleva a tasas inexactas de los errores y la imposibilidad de generalizar los resultados a la población paciente en su totalidad. Estos problemas epidemiológicos llevan a una situación donde las prioridades son sesgadas hacia lo que "nosotros sabemos que sabemos." Como "sabemos lo que no sabemos", por ejemplo, las lagunas en el conocimiento de incidentes graves, debido a las tasas de notificación de baja. La falta de información y el miedo de las consecuencias personales son barreras comunes. Pero todavía no es posible controlar la mejora en la seguridad del paciente o demostrar la medición de la reducción de daños.	La notificación obligatoria tiene sentido desde un punto de vista epidemiológico, pero hay temores legítimos de que se podría reducir aún más las tasas de denuncia por temor a represalias. El subregistro y los sesgos asociados son un problema importante en la realización del perfil epidemiológico de notificación de incidentes en el cuidado de la salud.

Marco Internacional					
Nombre	*Autores*	*Fuente*	*Objetivo*	*Resumen*	*Conclusión*
Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud23.	E. Terol y Agra			La medición de la cultura de seguridad ofrece una perspectiva de la implicación que los profesionales (directivos y clínicos) pueden tener en la implementación de prácticas seguras y facilita el diseño de estrategias orientadas a conseguir organizaciones comprometidas con la comunicación. La medición de la percepción de los profesionales y pacientes ha sido promovida desde la Agencia de Calidad a través de la financiación de diversas acciones. Se ha avanzado de manera muy importante en España en el ámbito de la seguridad del paciente en los últimos años. La estrategia seguida desde la Agencia de Calidad, en alianza con las instituciones sanitarias, académicas, científicas y las sociedades profesionales y asociaciones de pacientes, está permitiendo múltiples intervenciones sinérgicas a todos los niveles.	son todavía escasos los datos relativos al impacto y eficiencia de las intervenciones desarrolladas siendo necesario profundizar en su evaluación mediante el diseño y aplicación de herramientas y escalas de medida asequibles, válidas y fiables. Por último, cabe señalar que el principal reto a abordar en el futuro es que la seguridad del paciente deje de ser una estrategia originada en los "despachos" para ser un elemento familiar y cotidiano. De todos los profesionales del sistema sanitario.

Marco Internacional					
Nombre	*Autores*	*Fuente*	*Objetivo*	*Resumen*	*Conclusión*
Identificación de las prácticas seguras simples en un área de atención primaria[24].	Cañada Dorado, A.; García Cubero, C.; García Ferradal, I.; Alonso Safont, T.; Sánchez Márquez, M.A.; Serrablo Requejo, S.; Montero Fernández, M.J.		Valorar las prácticas seguras (PS) elaboradas por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS), según su complejidad de implantación y el impacto en la seguridad del paciente (SP) e identificar PS simples (PSS). creación de una estructura organizativa para la gestión de riesgos sanitarios. se han elaborado los distintos planes de riesgos, así como la estrategia de seguridad del paciente (SP) actual 2010-2012[5]. Las UFGRS tienen el objetivo de identificar y evaluar los incidentes y situaciones de riesgo en sus centros con el fin de establecer acciones correctoras de mejora, en forma de recomendaciones y prácticas seguras (PS)	Desde la UFGRS del Área 4 de Atención Primaria (AP) de Madrid, se han elaborado un número importante de PS, posteriormente se valoraron según su complejidad de implantación e impacto potencial en la SP, identificándose las PSS: contra eventos adversos (EA), de baja complejidad de implantación y de alto impacto en la SP. Por último, se identificaron las barreras para su implantación efectiva y se diseñaron acciones para superar dichas barreras. Resulados Se han elaborado 50 PS, de ellas 42 se han generalizado a todo el área. Se han identificado como PSS: 7 de nivel 1, que cumplen las condiciones ideales. Las principales barreras tienen que ver con la falta de formación, cultura, liderazgo de los equipos directivos y profesionales de los centros y escasa difusión de las PS.	Desde la UFGRS se ha elaborado un número importante de PS, identificándose PSS para AP. La mayoría de estas tienen que ver con el uso seguro de medicamentos y con las vacunas

MARCO SITUACIONAL			
País	*Responsable*	*Estrategia*	*Observaciones*
Inglaterra	Instituto Nacional de Salud por medio de la agencia Nacional para la seguridad del Paciente (NPSA)[25].	definió los siete pasos claves para conseguir un sistema de salud más seguro: • Paso 1 Crear un cultura de seguridad abierta y justa. • Paso 2 Dirigir y apoyar a los profesionales. • Paso 3 Sistemas de gestión del riesgo. • Paso 4 Promover y facilitar la negociación. • Paso 5 Involucrar e informar al paciente. • Paso 6 Aprender y compartir lecciones sobre seguridad. • Paso 7 Implantar soluciones para prevenir daños.	Actualmente las barreras de seguridad instauradas en el ambiente de prestación de servicios de salud no solo benefician a los usuarios sino también brindan protección global a las personas involucradas en la atención.

MARCO SITUACIONAL			
País	*Responsable*	*Estrategia*	*Observaciones*
México	Dr. *Germán Fajardo-Dolci en un artículo llamado "seguridad del paciente* [26].	Los sistemas de reporte de incidentes son esenciales para conocer los riesgos y los problemas específicos, así como el contexto organizacional al que deben dirigirse los esfuerzos. La información obtenida deberá a su vez retroalimentar al sistema y fomentar la evaluación de la calidad, la mejora continua de la misma y la práctica basada en evidencias	Los sistemas de registro de incidentes médicos deberán ser parte de la práctica médica cotidiana, generando información relevante sobre los riesgos que se enfrentan y formando la base de las políticas y procedimientos encaminados a su prevención, contención y eventual erradicación

MARCO SITUACIONAL			
País	*Responsable*	*Estrategia*	*Observaciones*
Colombia	Clínica del occidente en Bogotá[27].	se partió de la premisa básica de que si los errores se ocultan por miedo al castigo, jamás será posible analizarlos, entender su causa ni aprender de ellos para evitarlos,	Realizo la implementación de su estrategia de seguridad del paciente. Un modelo a seguir para las Instituciones que quieran mejorar su calidad en el servicio. En su Premisa 3 expresa: El Costo de la no calidad es más alto para la organización de no considerar su diseño en la planeación estratégica de las unidades de salud

MARCO SITUACIONAL			
País	*Responsable*	*Estrategia*	*Observaciones*
Colombia	Universidad del Valle[28].	Existe el diplomado de gestión de la seguridad del paciente en la atención de salud, El propósito es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación practica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias	Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad

Colombia	Medellín (Revista Medico legal año XVI. N 2 2010)[29].	Priorizar la seguridad del paciente (el caso de Medellín) Por Lina Manrique y Ferney Bernal. En el ámbito hospitalario, actualmente, hemos venido observando un mejoramiento en la "cultura del reporte", con el objetivo de conocer los factores de riesgo para la seguridad del paciente y así planear e implementar intervenciones oportunas que mitiguen las consecuencias y/o minimicen el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud. De ahí que la Secretaría de Salud de Medellín, el Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez y la Clínica Las Américas compartan con los lectores la Revista Médico-Legal diferentes estrategias orientadas al fortalecimiento de los procesos de calidad en atención en salud, tales como: la segunda fase de la Campaña "Cirugía segura salva vidas" liderada por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación —SCARE—, y los procesos de auto evaluación orientados a la seguridad del paciente, la farmacovigilancia, la tecno vigilancia, el reporte de eventos adversos, la red de pacientes y el Premio a la calidad en Salud, entre otras acciones, cuyo eje transversal es plantearnos hábitos saludables que redunden en beneficios para los pacientes y permitan comprender a todos los profesionales vinculados con el sector salud, que la calidad nos compete a todos. "Buscamos, en primera instancia, un proceso de sensibilización hacia el grupo de trabajadores de la salud de las distintas IPS para que ellos notifiquen los eventos adversos en su propia institución y, al mismo tiempo, puedan tener la confianza, la tranquilidad de decirles a los pacientes qué pasó. La Red de pacientes está conformada por ciudadanos, por pacientes o familiares de pacientes que vivieron un evento adverso. La red busca compartir experiencias y alternativas de solución y crear un vínculo (paciente - prestador del servicio), de tal manera que en un futuro se construya un sistema municipal	**Premio a la Calidad en Salud** El Premio a la Calidad en Salud, que entrega la Secretaría de Salud de Medellín, ofrece un reconocimiento a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, en tres categorías: servicios ambulatorios, servicios hospitalarios y ayudas diagnósticas. La experiencia del Hospital General de Medellín es una invitación a la autoevaluación. "El peor error es ocultar los problemas en la Clínica Las Américas A medida que el equipo de salud recibe capacitación y entrenamiento se aumenta el reporte de eventos adversos. El proceso ha tenido un ciclo que comprende el estudio de la literatura con relación a la seguridad del paciente, el trabajo transversal de todas las instancias de la clínica, el aumento de los reportes adversos y la filosofía de mejora con rumbo a la Acreditación.

METODOLOGIA

El tipo de estudio será descriptivo transversal, en el año 2011.

La población serán usuarios voluntarios y personal asistencia y administrativo de la UPP.

Se realizará una encuesta para usuarios de Coomeva Medicina Prepagada y otra para el cliente interno, de manera voluntaria y anónima, sobre aspectos relacionados con la seguridad en la atención, teniendo como base bibliografía revisada de proyectos exitosos en esta área (la seguridad) con el fin de obtener datos sobre los eventos y/o incidentes más comunes, y el proceso de reporte.

Las encuestas serán realizadas por las tres personas integrantes del grupo, quienes se desplazaran a este sitio de atención periódicamente durante el tiempo asignado para esto (ver cronograma).

El plan de análisis se realizará, para encontrar relación de variables- aspectos epidemiológicos, describir que eventos o indicios de atención insegura son más frecuentes, en que rangos de edades, genero, son más frecuentes, en qué servicio se presentan más incidentes o eventos adversos. Ver Figura 1.

Figura 1. Metodología de estudio

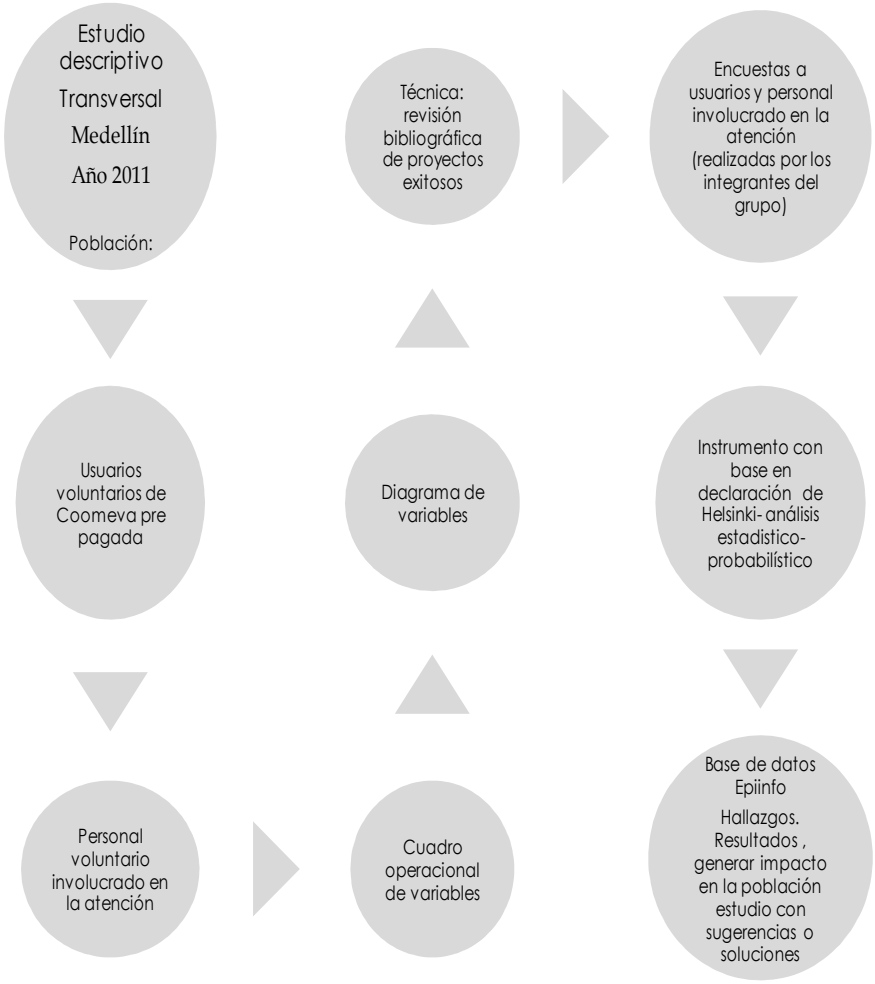

Figura 2. Cronograma de actividades

Actividad	Mes										
	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL-AGO	SEPT-OCT	NOV
Diseño anteproyecto y revisión bibliográfica											
Aplicación de la encuesta											
Digitación y tabulación de resultados											
Análisis de resultados											
Elaboración de informe final y del articulo para publicación											
Conclusiones y aportes a la institución											

Figura 3. Cuadro operacional de variables

código	**definición operativa**	**tipo**	**nivel de medición**	**unidad de medida**
x1	evento adverso	cuantitativa	razón	porcentaje
x2	incidente	cuantitativa	razón	porcentaje
x3	morbilidad	cuantitativa	razón	porcentaje
x4	tipo de personal	cualitativa	nominal	1. asistencial 2. administrativo
x5	tipo de contrato	cualitativa	nominal	1. termino indefinido 2. termino fijo
x6	genero	cualitativa	nominal	1. femenino 2. masculino
x7	tipo de servicio	cualitativa	nominal	1. consulta externa 2. cmnp 3. laboratorio
x8	personal involucrado	cualitativa	nominal	1. medico 2. enfermería 3. laboratorio
x9	edad	cuantitativa	intervalo	1. 0-5 años 2. 5-20 años 3. 20-40 años
x10	nivel de [illegible]	cualitativa	nominal	1. eps (pos)
x11	identifica medidas de seguridad	cualitativa	nominal	1. si 2. no
x12	# de quejas relacionadas con la seguridad	cuantitativa	de razón	porcentaje

x13	antigüedad en el cargo	cuantitativa	intervalo	1. 0-1 año 2. 1-5 años 3. > 5 años
x14	antigüedad en la afiliación	cuantitativa	intervalo	1. 0-1 año 2. 1-5 años 3. > 5 años

Figura 4. Presupuesto

UNIVERSIDAD CES	PRESUPUESTO DEL PROYECTO	Cod:	
		Mod:	
		Versión:	

Para elaborar el presupuesto, siga las instrucciones consignadas como comentarios en cada uno de los campos. Para ver el comentario ubique el cursor sobre el triangulo rojo que aparece en el campo.

Título del proyecto	LA SEGURIDAD EN SALUD NO ES UNA OPCION, ES UN DEBER

PRESUPUESTO GLOBAL

RUBROS	ENTIDADES							
	COOMEVA MP				INVESTIGADORES		TOTAL	
	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
1. GASTOS DE PERSONAL	0	ENCUESTA	0			COMPUTA		
2. GASTOS DE VIAJE	0		0		DESPLAZ			
3 INVERSIONES	0	0	0	0	100.000	PAPEL,		
4. GASTOS GENERALES	0	0	0	0				
5. SERVICIOS TÉCNICOS		BASES DE						
6. MATERIAL BIBLIOGRÁFICO								
TOTAL					100.000			

1. DETALLE GASTOS DE PERSONAL

Nombre del participante	Nivel de formación	Rol en el proyecto	Horas semanales dedicadas al proyecto	N° de meses	Valor / Hora	ENTIDADES							
						COOMEVA MP				INVESTIGADORES		TOTAL	
						Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
DORIS ADELA BEDOYA	ENFERME	INVESTIGA	8	5	31.896								
MARYORY HENAO FLOREZ	MEDICA Y	INVESTIGA	8	5	36.256								
MARIA ELENA MARTINEZ	MEDICA Y	INVESTIGA	8	5	36.256								
					TOTAL GASTOS DE PERSONAL	4176320							

4. DETALLE GASTOS GENERALES												
Descripción del artículo	Cantidad	Valor Unitario	Justificación	ENTIDADES								
				COOMEVA MP		Entidad 2		Entidad n		TOTAL		
				Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
PAPEL BLANCO	1 RESMA	8000	PAPELERIA PARA ENTREGAR EL PROYECTO								
FOTOCOPIAS	300	30000	ENCUESTAS PARA USUARIOS Y EMPLEADOS								
			TOTAL GASTOS GENERALES	38000							

6. DETALLE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO												
Descripción del material	Cantidad	Valor unitario	Justificación	ENTIDADES								
				Entidad 1		Entidad 2		Entidad n		TOTAL		
				Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
horas de navegacion	100	50000	recoleccion de cibergrafia								
			TOTAL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	50000							

Tablas resultados cliente interno

Tabla 1: Claridad en los conceptos de seguridad		
Conocimiento sobre seguridad	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**22**	**100**
Total	**22**	**100**

El 100% del cliente interno tiene claridad sobre los conceptos basicos de seguridad del paciente

Tabla 2: Percepcion del reporte		
Formato de reporte de EA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Manual y complejo	**2**	**9**
Manual y facil	**7**	**31,5**
Sistematico y facil	**11**	**50**
No aplica	**2**	**9**
Total	**22**	**100**

El cliente interno encuestado considera que los reportes sistematico y manual son faciles de diligenciar, en un 50% y 31.8% respectivamente.

Tabla 3: Evento adverso mas frecuente relacionado con medicamentos		
Tipo de evento	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Administracion por el paciente	**1**	**4,5**
Despacho	**1**	**4,5**
Despacho(error despacho), no aplica (reaccion con los medicamentos)	**1**	**4,5**
Prescripscion	**2**	**9**
Dosis, prescripcion, despacho	**1**	**4,5**
No aplica	**13**	**59,5**
Dosis	**3**	**13,5**
Total	**22**	**100**

Aproximadamente el 60 % responden que de los eventos adversos e incidentes que mas se reportan son los asociados a reacciones adversas, esta opcion no hacia parte de los item de escogencia de la encuesta, por lo que respondieron no aplica. Seguido en un 14% relacionado con la dosificacion.

Tabla 4 : Evento adverso mas frecuente relacionado con laboratorio		
Tipo de evento	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Codificacion	**3**	**16**
Identificacion del usuario	**2**	**10**
No aplica	**17**	**74**
Total	**22**	**100**

El 72% de los encuestados no encontraron evento adverso asociado al area de laboratorio. Seguido por la codificación en un 13.5%.

Tabla 5: Evento adverso mas reportado relacionado con imagenologia		
Tipo de evento	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Identificacion del usuario	**1**	**4,5**
No aplica	**21**	**95,5**
Total	**22**	**100**

Dentro de la institucion no esta el servicio de imagenologia, por lo cual el cliente interno respondio en un 95.5% respondio con :no aplica

Tabla 6: Barreras de seguridad identificadas		
Barreras de seguridad	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Identificación de paciente	**5**	**23**
Identificación de pacientes, 5 correctos	**2**	**9**
identificación de pacientes, uso de elementos de protección personal	**1**	**4,5**
Los 5 correctos	**3**	**13,5**
Los 5 correctos y uso de elementos de proteccion personal	**1**	**4,5**
Uso de elementos de proteccion personal	**2**	**9**
Todas las anteriores	**7**	**32**
No aplica	**1**	**4,5**
Total	**22**	**100**

La mayoria del CI, encuentra que todos los items mencionados, son utilizados como barreras de seguridad (32%), seguido de un 23% que percibe la identificacion del paciente como una importante barrera de seguridad.

Tabla 7: Errores en el sistema de informacion		
Errores del sistema de informacion	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**16**	**73**
No	**6**	**27**
Total	**22**	**100**

EL 73 % del CI percibe que el sistema de informacion tiene errores.

Tabla 8: Errores frecuentes		
Errores frecuentes en el sistema de informacion	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Bloqueo del sistema	**2**	**9**
Bloqueo del sistema y no registro adecuado de los datos en la HC.	**1**	**4,5**
Bloqueo del sistema y omision en la digitacion de datos	**5**	**23**
Omision en la digitacion de datos	**2**	**9**
Todas las anteriores	**3**	**13,5**
En blanco	**9**	**41**
Total	**22**	**100**

Aproximadamente el 60% del CI considera que existe bloqueo del sistema, omision en la digitacion y registro inadecuado en el sistema

Tabla 9: Frecuencia de reporte		
Frecuencia de reporte de EA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Algunas veces	**6**	**27,2**
Casi siempre	**5**	**23**
Nunca	**3**	**13,5**
Siempre	**8**	**36,3**
Total	**22**	**100**

La mayoria del CI reporta eventos adversos fluctuando entre siempre, casi siempre y algunas veces para un total de 86,2%

Tabla 10: Temor al reporte		
Temor de reportar y motivo	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
No	**20**	**91**
Por implicacion laboral	**2**	**9**
Total	**22**	**100**

El 91% del CI no teme reportar eventos adversos

Tabla 11: Importancia de la identificacion de barreras de seguridad		
Importancia de la identificacion	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**22**	**100**
Total	**22**	**100**

El 100% considera importante identificar barreras de seguridad

Tabla 12. Percepcion de la gestion del evento adverso		
Percepcion de la gestion	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Buena	**7**	**32**
Muy buena	**10**	**45**
Excelente	**5**	**23**
Total	**22**	**100**

El 100 % considera que al menos es buena la forma como se han implementado las actividades para la seguridad del paciente

Tabla 13: Evento adverso mas reportado		
Evento adverso	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Asociado a medicamentos	**7**	**33**
En blanco	**6**	**26.5**
No aplica	**2**	**9**
Asociado a ayudas diagnosticas	**2**	**9**
No ha tenido eventos adversos	**1**	**4.5**
Errores en la identificacion del paciente	**1**	**4.5**
Solo Incidentes	**1**	**4.5**
Relacionados con sicef	**1**	**4.5**
Datos incompletos en la hc	**1**	**4.5**
Total	**22**	**100**

El 33% del CI considera que el principal evento adverso reportado es asociado a medicamentos

Tabla 14: Puntuacion general en seguridad(0-10)		
Puntuacion	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
7	**3**	**13.5**
8	**8**	**36.3**
9	**3**	**13,5**
10	**1**	**4.5**
En blanco	**7**	**32**
Total	**22**	**100**

El 100% considera que la puntuacion en seguridad esta por encima de 7, en general buena

Tabla 15: Cargo		
Cargo	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
medico	**10**	**45**
Auxiliar de enfermeria	**5**	**23**
administrativo	**7**	**32**
Total	**22**	**100**

El 45 % del CI corresponde a médicos, 32% a personal administrativo y 23% a auxiliar de enfermeria

Genero	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	13	51
Masculino	9	49
Total	22	100

El 51% de los encuestados son de sexo femenino y el 49% sexo masculino

Tabla 17: Antigüedad en el cargo y edad		
N	Antigüedad en el cargo	Edad
Minimo (años)	1	19
Maximo (años)	19	57
Media	4.295	32.416
Desviacion standard	5.787	10.589

La antigüedad fluctuo entre un año y 19 años con un promedio de 4 años; la edad minima estuvo en 19 años y la máxima en 57 años con un promedio de 32 años

Tabla 18: Servicio		
Servicio	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Consulta	10	45.5
Otro Servicio	11	50
En blanco	1	4.5
Total	22	100

El 45% corresponden al servicio de consulta y el porcentaje restante a otro servicio

Tabla 19: Contrato		
Tipo de contrato	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Indefinido	19	86.5
Fijo	3	13.5
Total	22	100

El 86% tienen contrato a termino indefinido y el 13.5 fijo.

Tablas resultados cliente externo

Tabla 1: Informacion Vigilante		
Informacion clara	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**22**	**91.7**
No aplica	**2**	**8.3**
Total	**24**	**100**

El 92% del CE considera que la informacion fue clara

Tabla 2: Señalizacion		
Señalizacion que permite adecuado acceso	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**21**	**87.5**
No	**3**	**12.5**
Total	**24**	**100**

El 87.5% considera que las instalaciones poseen señalizacion que permiten un adecuado acceso

Tabla 3: Informacion actualizada		
Base de datos actualizada	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Completa	**20**	**83,3**
Errada	**3**	**12,5**
Incompleta	**1**	**4,2**
Total	**24**	**100**

La informacion de la base de datos esta actualizada y completa en un 83.3%

Tabla 4: Informacion del personal de admisiones		
Claridad de la informacion	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**22**	**91.6**
No aplica	**2**	**8.4**
Total	**24**	**100**

El 92% del CE considera que hubo claridad en la informacion suministrada en admisiones

Tabla 5: Direccionamiento al Servicio		
Direccionamiento claro	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**18**	**75**
No	**3**	**12,5**
No aplica	**3**	**12,5**
Total	**22**	**100**

El 75% del CE fue direccionado adecuadamente al servicio requerido

Tabla 6: Puntualidad en la Atencion		
Atencion puntual	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**23**	**95,8**
No aplica	**1**	**4,2**
Total	**24**	**100**

Al 96% del CE se le atendió a la hora programada

Tabla 7: Comprension de la Formula		
Formulacion clara	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**23**	**95,8**
No aplica	**1**	**4,2**
Total	**24**	**100**

El 96% de los encuestados percibieron que la informacion suministrada con respecto a la formulacion por el medico fue comprensible

Tabla 8: Recomendaciones previas a examenes		
Informacion clara	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**22**	**91,6**
No aplica	**2**	**8.4**
Total	**24**	**100**

El 92% considera clara la informacion dada con respecto a los examenes

Tabla 9: Programacion de la Revision		
Indicacion del tiempo de revision	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**23**	**95,8**
No aplica	**1**	**4,2**
Total	**24**	**100**

A un 96% del CE se le indico el tiempo requerido para la revision

Tabla 10: Informacion de Enfermeria		
Informacion brindada por enfermeria	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Clara	**18**	**75**
Poco clara	**4**	**17**
No aplica	**2**	**8**
Total	**24**	**100**

El 75% del CE considera que la informacion brindada en enfermeria fue clara

Tabla 11: Conocimiento proximo control		
Informacion completa del proximo control	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Si	**22**	**92**
No	**1**	**4**
No aplica	**1**	**4**
Total	**24**	**100**

EL 92% del CE conoce lo relacionado con su siguiente control

Tabla 12: Seguridad en las instalaciones de Coomeva		
Barreras de seguridad	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Señalizacion	**14**	**58,3**
Señalizacion y derechos y deberes	**2**	**8,3**
Señalizacion y uso de elementos de proteccion personal.	**1**	**4,2**
Todas las anteriores	**5**	**20,9**
Uso de elementos de protección personal	**2**	**8,3**
Total	**24**	**100**

El72% del CE identifica como elementos de seguridad la señalizacion y el uso de elementos de proteccion personal

Tabla 13: Percepcion de Seguridad		
Seguridad en la UPP	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
No	**1**	**4,2**
Si	**23**	**95,8**
Total	**24**	**100**

El 96% de los encuestados se sintieron seguros en la unidad

Estadistica	Edad	Tiempo de afiliacion
Minimo	30	4
Maximo	79	30
Promedio	60.63	17.36
Desviacion estandar	11.5	8.92

La edad minima de los encuestados fue 30 años y la maxima de 79, con un promedio de 60 años; el tiempo de afiliación a la prepagada fluctuo entre 4 y 30 años, con un promedio de 17

Tabla 15: Sexo		
Genero	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	15	62,5
Masculino	7	29,2
En blanco	2	8,3
Total	24	100

El 63% del CE encuestado fueron sexo femenino y 30% sexo masculino

Tabla 16: EPS		
EPS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Coomeva	18	75
Nueva EPS	1	4,2
Sura	3	12,5
En blanco	2	8,3
Total	24	100

El 75% tenian como EPS Coomeva, 13% Sura, 4,2% Nueva EPS y el 8.3% restante no respondió

Tabla 17: Servicio que requiere		
Servicio	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Consulta	3	12,5
Consulta y farmacia	3	12,5
Consulta y laboratorio	7	29,2
Otro	1	4,2
Todas las anteriores	10	41,6
Total	24	100

El 96% de los usuarios se dirigian al servicio de consulta

DISCUSIÓN:

Haciendo un comparativo entre el informe de los eventos adversos reportados por la institución (base de datos de eventos adversos institucional), y las encuestas realizadas al cliente interno, encontramos una gran similitud en los resultados. Pues el principal evento adverso reportado es el relacionado con los medicamentos, que se deriva del mayor servicio utilizado por el usuario que es la consulta externa. El informe institucional reporta un 76% de problemas relacionados con medicamentos, y así mismo la encuesta realizada por nosotras, nos reporta como principal causa de eventos adversos, los asociados a medicamentos[30].

Comparando con los estudios encontrados en la revisión bibliográfica, nos encontramos distantes de ellos, pues en su mayoría son realizados en un nivel hospitalario, donde los eventos adversos están más asociados a las infecciones intrahospitalarias y prolongación de estancia hospitalaria, como se evidencia en el estudio IBEAS[31]. Sin embargo el reporte de reacciones adversas medicamentosas aparece en la lista de causas de reporte de eventos adversos, lo que nos podría ayudar a concluir que en instituciones de menor nivel de complejidad (como consulta externa); éste es una de las principales causas de EA.

Existe un estudio interesante sobre la participación del paciente en las iniciativas de seguridad en la atención, donde se muestra la importancia de la vinculación de los usuarios en el estudio de seguridad; "La promoción de la participación del paciente en las iniciativas de seguridad[20]", donde se ve un resultado positivo de esta interacción entre usuario y la institución; de igual manera en nuestro estudio encontramos que el usuario hace parte activa de la seguridad, identifica barreras de seguridad y reconoce la importancia de estas.

En otro estudio revisado encontramos que puede haber un subregistro de eventos adversos por parte del personal asistencial, "La falta de notificación de incidentes de seguridad de los pacientes, reduce la capacidad del médico para cuantificar y medir con precisión la reducción de los daños[21]". En este estudio se encontró que se reportan eventos o incidentes leves a expensas de los graves,

y al revisar las encuestas realizadas al CI en la UPP, 2 de los encuestados refieren temor al reporte por implicación laboral y desprestigio. Otro de los encuestados refiere solo haber reportado incidentes, podría estar ligado al temor de reportarlos y desconocimiento de la política de seguridad, ya que sabemos que este tipo de reportes no puede generar actos de carácter punitivo.

En el estudio APEAS[32,] la etiología de los eventos adversos es multicausal. En su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados. Quizá es el estudio que más se acerca al nuestro, pues se encontró como eventos adversos relevantes los asociados a medicamentos, y a la vez se evidencio la poca claridad que percibe el usuario con respecto a la información brindada por el personal de enfermería.

Dentro del sector salud los planes de mejoramiento no solo incluyen al personal medico, también implica la participación de otras áreas como aparece en el estudio: "Plan de mejora de los indicadores de farmacia en un área sanitaria de atención primaria de Madrid[33"].

El cual dio como resultado que: en el Área 7, el incremento en las notificaciones de sospechas de RAM graves fue 180% y en el número de notificadores de RAM 233%, mejorando los datos de Madrid (48 y 21%). La notificación de errores de medicación presentó incrementos similares en ambos grupos (AP7 1.567% vs Madrid AP 1.633%). Hubo Plan de mejora multifocal cuyas principales acciones fueron: sesiones en los centros de salud con peores resultados, implicación de los responsables de Uso Racional del Medicamento, entrevistas con los médicos con respecto a los indicadores mas susceptibles a mejora, reconocimiento de aquellos con buenos indicadores, elaboración notas breves sobre medicamentos, de este estudio se puede concluir que el implementar un plan de mejora multifocal con acciones factibles y concretas, puede ser una herramienta útil para la mejora de los indicadores de farmacia en la UPP.

En el estudio: "Estrategia para la implementación y la evaluación para la gestión de riesgo y

Cuidado en salud, en una unidad de atención primaria[34]".

En 2007, se implantó el 82% de las acciones previstas. Destacan las acciones relacionadas con docencia y formación (15 actividades con 237 estudiantes), la difusión de información relacionada con la seguridad del paciente, el análisis de incidentes (14) y la implantación de prácticas seguras específicas (12); 4 de ellas se consideraron como prácticas seguras generalizables y difundidas a las demás Unidad Funcional de Gestión de riesgos sanitarios (UFGRS) de la Comunidad de Madrid. La UFGRS implantó y monitorizó 3 procesos relacionados con la seguridad del paciente y ha participado en un programa institucional del anciano poli medicado con buenos resultados en cobertura y calidad de los indicadores, así podríamos trabajar con la UPP, como una UFGRS para impulsar líneas estratégicas de seguridad. La elaboración de una estrategia que defina objetivos concretos ha facilitado la implantación de actuaciones en seguridad del paciente y junto a la propuesta de indicadores, permite evaluar el impacto de la intervención.

CONCLUSIONES

CLIENTE INTERNO

Al realizar un análisis acerca del estado de la seguridad en la prestación del servicio de COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, consideramos de vital importancia la percepción que tiene no solamente el cliente interno (CI), sino también la del cliente externo (CE).

Luego de hacer la revisión de las encuestas se encuentra que la mayoría del CI encuestado y que nos brindó la colaboración para esto fue personal asistencial en gran mayoría mujeres (médicos 40.9%, auxiliares de enfermería 22.7%), que nos parece favorable porque son estos quienes tienen mayor conocimiento sobre la seguridad y los aspectos que intervienen en la prestación de un servicio seguro. Sin embargo de acuerdo a los datos suministrados por el personal el 100% tiene

claridad sobre los conceptos de seguridad, evento adverso y complicación. Para la gran mayoría la antigüedad en la institución en superior a 5 años, por lo que se considera que deben tener mucho conocimiento sobre los procesos, normas, directrices de la institución.

La mitad de la población, es decir el 50% de los encuestada consideran que el formato de reporte sistemático es fácil pero el 31.8 % es decir una tercera parte le es mucho más fácil el manual. Con respecto al medio usado para realizar el reporte se pueden hacer varias anotaciones, como el identificar si aquellas personas que consideran que es más fácil la utilización de medio manual que el sistemático es por la dificultad del manejo del sistema o por la falta de conocimiento sobre la ruta para acceder a este. Lo que puede explicar porque que en el 42% de la población su frecuencia de reporte es nunca o algunas veces, sin embargo en el 54 % su frecuencia es alta (siempre-casi siempre).

Como dato relevante de los eventos adversos reportados por el cliente interno, se encontró que el de mayor frecuencia son los relacionados con medicamentos, siendo los principales: reacciones adversas, interacciones medicamentosas, dosificación. Además se encuentra que el de menor presentación es el asociado al despacho.

Las personas encuestadas no tenían una relación directa con el laboratorio, por lo tanto el reporte de eventos adversos asociados a esta área es muy bajo.

Es importante aclarar que el servicio de imagenología no se encuentra dentro de la UPP, por lo que en su gran mayoría no existen eventos adversos reportados allí.

El 95% de la población identifica barreras de seguridad en su área de trabajo como identificación del usuario, uso de los cinco correctos y el uso de elementos de protección personal principalmente; Sin embargo un 5% no identifica las barreras de seguridad.

Con respecto a las fallas que con mayor frecuencia se presentan con el sistema de información encontramos en primer lugar se encuentra el bloqueo del sistema (50%), sigue en orden de frecuencia omisión en la digitación de datos (40.9%), no registro adecuado de los datos en la HC (18.1%).

EL 87% del personal reporta eventos adversos de manera frecuente, evidenciado con el 91% de los encuestados que no temen reportarlos. Solo un 9% considera que podría haber implicaciones de tipo laboral si se reportan eventos adversos.

Todo el personal considera importante que se implementen y sean utilizadas barreras de seguridad, durante el proceso de atención del usuario.

En general todo el personal considera de bueno a excelente la manera como se ha implementado las acciones que permiten prevenir, identificar y corregir los eventos adversos e incidentes de la institución.

La mayoría del cliente interno tiene un contrato a termino indefinido, lo que genera en ellos mayor sentido de pertenencia por la institución y los motiva a aplicar de manera activa todo lo relacionado con la seguridad del paciente y a la vez explica que se haya encontrado en mayor cantidad aspectos positivos durante la encuesta. Sin embargo es importante trabajar en el mejoramiento de los hallazgos negativos, con el fin de brindar un servicio cada día más seguro, minimizando la frecuencia de eventos adversos e incidentes en la institución.

CLIENTE EXTERNO

La edad mínima de los encuestados fue 30 años y la máxima de 79; 16 de los 24 encuestados tenían edades mayores de 60 años. El 63% del CE encuestado fueron sexo femenino y 30% sexo masculino, su antigüedad en Coomeva prepagada fue mayor a cuatro años, encontrando usuarios que tienen hasta 30 años de afiliación y el 75% de los encuestados tienen a su vez Coomeva EPS.

En el proceso de atención de los usuarios es tan importante la atención del profesional (medico, enfermera, bacterióloga, especialistas, nutricionistas) como la buena orientación que pueda brindar el personal de vigilancia, porque del direccionamiento adecuado hacia el sitio de la atención depende que esta sea prestada puntualmente.

Luego de realizar el análisis de las encuestas al cliente externo encontramos que los usuarios opinan que la información brindada tanto por el personal de admisiones como el de vigilancia es

clara, y corresponde a 100% y 91.2 % respectivamente. Además el 87.7% consideran que las instalaciones poseen señalización que permite un adecuado acceso.

Se encuentra que los datos de cada usuario están actualizados y completos en el sistema de información de las UPP en un 84%.

El servicio de mayor utilización fue consulta externa, donde refieren fueron atendidos puntualmente, y las instrucciones dadas a los pacientes por parte de los médicos en lo referente a medicamentos, exámenes y cita de revisión, fueron comprendidas claramente por el usuario en un porcentaje mayor a 90. Sin embargo un 5% responde que no fue clara la información, esto podría explicarse por la población encuestada que en su mayoría ,tenían edades por encima de los 60 años, factor que contribuye a que pueda existir dificultad a la hora de interpretar las recomendaciones dadas por el personal asistencial.

El 75% del CE considera clara la información suministrada por el personal de enfermería, mientras que el 25% de los encuestados, percibieron la información dada por este personal como poco clara. Al comparar este servicio con los demás lo encontramos más deficiente en la calificación, lo que nos motiva a la búsqueda de los factores que contribuyen a este resultado.

El 72% del CE identifica como elementos de seguridad la señalización y el uso de elementos de protección personal.

Un 96% de los encuestados se sienten seguros dentro de la UPP, lo que se pudo determinar a lo largo de la encuesta al ser interrogados sobre la atención e información suministrada en los diferentes servicios (consulta, admisiones, personal de vigilancia y enfermería).

RECOMENDACIONES A LA INSTITUCION

El origen de los eventos adversos es multicausal, por tanto se deben intervenir las posibles causas generadoras de los mismos.

- El personal asistencial se convierte en la primera barrera de seguridad del paciente, siendo ellos un factor protector ya que son el contacto directo con el CE y de la adecuada orientación y claridad que brinden en la información, se logrará disminuir una gran cantidad de eventos adversos prevenibles.
- Dado que el principal evento adverso reportado por parte del personal asistencial (médicos) estuvo asociado a medicamentos; se hace necesario establecer recomendaciones sobre la mejora de la formación de los profesionales en el adecuado manejo de los medicamentos, estandarizar la presentación del medicamento del profesional al paciente de tal forma que se dé un uso seguro, mediante la implementación adicional de un programa de conciliación de medicamentos, lo cual debe traspasar las barreras entre el hogar, y las áreas de atención primaria en salud, lo cual es útil como mecanismo preventivo para que los errores no se perpetúen en el tiempo y el espacio, afectando cada vez más la persona, la sociedad y en general el sector salud.
- Mejorar la comunicación y la información brindada al paciente desde el ingreso a la institución, esto parte desde el vigilante, personal administrativo de adminisiones, personal de enfermería y médicos, con el objetivo de evitar reprocesos y generar mayor satisfacción en el usuario, quien al tener claridad en la información, optimizara su tiempo y será más rentable económicamente para el usuario, y para la institución, reflejado en una disminución de los costos de la no calidad.
- Verificar en el personal el conocimiento sobre la política de seguridad implementada en la institución, ya que encontramos que una minoría teme reportar eventos adversos por implicaciones laborales, y por alteración de su imagen frente al paciente. Cabe recordar que el reporte de eventos adversos no tiene implicaciones de tipo punitivo.
- También es útil, reforzar la forma de notificación de eventos adversos, dado que algunos lo perciben como manual y complejo, situación que podría influir en el no reporte de EA y conducir a un posible subregistro.

- Sería importante evaluar la posibilidad, de no cambiar constantemente el laboratorio donde se producen los medicamentos, principalmente los de tipo hormonal, ya que estos cambios, pueden alterar la respuesta del usuario y ser una de las principales causas de reporte de EA asociado a medicamentos.
- Proporcionar a los pacientes o acompañantes información escrita sobre los medicamentos que se prescriban para evitar errores de administración y mejorar la adherencia al tratamiento, hacer énfasis en que pueden consultar cualquier duda con respecto a la medicación y ser muy claros a la hora de la formulación donde quede claro el nombre del medicamento, posología, horario de administración, vía de administración, duración del tratamiento, posibles efectos adversos y recomendaciones asociadas.
- Implementación de programas de educación continua al personal asistencial
- Todas las medidas antes mencionadas asociadas al uso de medicamentos, van dirigidas a sensibilizar y mejorar el conocimiento sobre el uso seguro de los medicamentos, ya que la formación juega un papel importante en el establecimiento de una cultura de seguridad que incentive el reporte y facilite la implementación de prácticas seguras.
- Consideramos que la señalización puede mejorarse, en especial la ubicación de los consultorios a través de rutas de orientación desde la sala de espera.
- Verificar adecuadamente el usuario, actualizando las bases datos.

Anexo 1. Reporte de Eventos Adversos de la UPP

REGIONAL:	NOROCCIDENTE	FECHA: 11/11/2011

TOTAL DE EVENTOS CON RESPUESTA DE LAS IPS	131	100%	INTERVENIBLES	30	
			NO INTERVENIBLES	101	77%

INTERVENIBLES	CON PLAN DE ACCION	30	
	PENDIENTES DE PLAN DE ACCION	0	0%
	SIN PLAN DE ACCION	0	0%

INTERVENIBLES CON PLAN DE ACCION	CON EJECUCION	14	
	PENDIENTES DE EJECUCION	16	53%
	SIN EJECUCION	0	0%

CONSECUENCIAS DE EVENTOS ADVERSOS		
	No CASOS	(%)
Sin Empeoramiento del curso clinico, ni internación o Prolonación de la estancia.	125	95%
Empeoramiento del Curso Clinico, internación o Prolongación de la estancia	6	5%
Daño Permanente	0	0%
Muerte	0	0%

RELACION DE LOS EA		
	No CASOS	(%)
Con los cuidados	11	8%
Con infeccion nosocomial	0	0%
Con un procedimiento	13	10%
Con el diagnostico	1	1%
Con la medicación	103	79%
Con dispositivo médico	0	0%
Otro	3	2%

SERVICIO DE ORIGEN DEL EVENTO ADVERSO		
	No CASOS	(%)
Consulta Externa	117	89%
Enfermeria	1	1%
Toma de Muestras	8	6%
Farmacia	0	0%
Area Administrativa	1	1%
Traslado	0	0%
Atención domiciliaria	0	0%
Area de Despacho	0	0%
Hospitalario	0	0%
Programa de PyP	0	0%
Urgencias	0	0%
Vacunación	0	0%
Odontología	3	2%
UCI	0	0%
UCIN	0	0%
Cirugia	0	0%
Consulta Prioritaria	0	0%
Otros	1	1%

FALLAS IDENTIFICADAS		
	No FALLAS	(%)
Identificación del Pcte	0	0%
Asignación de la Cita	0	0%
Diagnóstico o Plan terapeutico	2	2%
Reporte de examenes de lab	0	0%
Reporte de otras ayudas Dx	0	0%
Error en Toma de muestras	0	0%
La remisión	0	0%
Caidas	6	5%
Demora en la Atención	0	0%
PRM (Medicamentos)	100	76%
Procedimiento Quirúrgico	1	1%
Otros	22	17%
TOTAL	131	100%

"LO PEOR NO ES COMETER UN ERROR,

SINO TRATAR DE JUSTIFICARLO, EN VEZ DE

APROVECHARLO COMO AVISO

PROVIDENCIAL DE NUESTRA LIGEREZA O

IGNORANCIA".

Santiago Ramón y Cajal

Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

[1]OMS. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente "La Investigación en Seguridad del Paciente" Mayor conocimiento para una atención más segura. Geneva (suiza): Ediciones OMS.

[2]Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. (2010). La seguridad del paciente en siete pasos. España: Editorial Secretaria General de Sanidad. Tomado de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf octubre 31/2010 : 9:18 pm.

[3]Ministerio de la protección social. (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá D.C.: Edición Buenos y creativos.

[4]Linda, T., Kohn, J.M., Corrigan& Molla S., Donaldson. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C. Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine National Academy Press.

[5]Historia clásica. (2007). El código Hammurabi. Tomado de: http://www.historiaclasica.com/2007/06/el-cdigo-de-hammurabi-leyes-201-250.html 31 de octubre 11:13 pm.

[6] Artículo 153 de la ley 100 de 1993.

[7]Articulo 39 del decreto-ley 2005 de 1993

[8] Decreto 1011 de abril 3 de 2006.

[9] Resolución 2679 del 3 de agosto de 2007.

[10]Estrategias para el cambio de conducta de los médicos. (2004) Madrid: MC Gestión Sanitaria.

[11]Franco A. (2005). *La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema*, Colombia. Medellín; pp. 36: 130-133.

[12]Organizacion Mundial para La Salud. (2007). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Geneva (suiza): Ediciones OMS.

[13]Kohn, LT., Corrigan, J., Donaldson MS. (1999). *To err is human: Building a safer health system.* Washington, DC: Editor: National Academy Press.

[14] Ministerio de la Protección Social. (2007). Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención del ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C Editorial: Imprenta Nacional de Colombia.

[15] Secretaría general de sanidad agencia de calidad del sistema nacional de salud. (2007). La seguridad del paciente en siete pasos Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. Madrid: Edita y distribuye: ministerio de sanidad y consumo secretaría general técnica centro de publicaciones

[16]Germán, Fajardo-Dolci. (Sept-Oct 2010). "seguridad del paciente". Cir 2010; 78:379-380 Volumen 78, No. 5.

[17]Hernández, F. (2009). La investigación en salud como factor indispensable para mejorar la calidad de la atención médica. México: Encuentro estatal de investigación de guerrero.

[18]Thomas MJ, TJ Schultz, N Hannaford. (2004- 2008). Cartografía de los límites de los sistemas de información de seguridad en el cuidado de la salud - ¿Qué lecciones podemos aprender realmente? Australia: Editorial Universidad del Sur de Australia.

[19]Mittermayer R, M Huic, Mestrovic J. (2010). Calidad de la atención de salud, acreditación y evaluación de tecnologías sanitarias en Croacia: El papel de la agencia para la calidad y acreditación en materia de salud. Croacia: Editorial Agencia para la Calidad y Acreditación en Salud, Zagreb, Croacia.

[20] Birks Y, Hall J, D McCaughan, Peat M, W I. (2000). La promoción de la participación del paciente en las iniciativas de seguridad. Inglaterra. (York): Universidad de Hospitales de Enseñanza York Bradford, NHS Foundation Trust.

[21]Noble DJ, Pronovost PJ. (2010). La falta de notificación de incidentes de seguridad de los pacientes reduce la capacidad del médico para cuantificar y medir con precisión la reducción de daños. Baltimore: editorial Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

[22]Greenfield D, Nugus P, Travaglia J, J. Braithwaite. (2010). Factores que determinan el desarrollo de iniciativas de mejora en las organizaciones interprofesionales de la salud. , Sydney, Australia: Centro de Investigación Clínica de Gobierno, el Instituto Australiano de Salud de la Innovación de la Universidad de New South Wales.

[23] Terol E et Al. (2008) Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de salud. Barcelona: Agencia de Calidad de España. Med Clin (Barc). 2008; 131(Supl 3):1-3.

[24]Cañada Dorado, A.; García Cubero, C.; García Ferradal, I.; Alonso Safont, T.; Sánchez Márquez, M.A.; Serrablo Requejo, S.; Montero Fernández, M.J. (2011) Identificación de las prácticas seguras simples en un área de atención primaria. España: la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS. Publicado en Rev Calidad Asistencial. 2011; 26:292-8. - vol.26 núm. 05.

[25] Secretaría general de sanidad agencia de calidad del sistema nacional de salud. (2007). La seguridad del paciente en siete pasos. Reino Unido: Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Sistema Nacional de Salud (NHS).

[26]Germán, Fajardo-Dolci. (Sept-Oct 2010). “seguridad del paciente”. Cir 2010; 78:379-380 Volumen 78, No. 5.

[27] Resolución Institucional Clínica del Occidente Bogotá. (2007).Bogotá, Colombia.

[28]Fundación Universidad del Valle. (2011). Diplomado de gestión de la seguridad del paciente en la atención de salud. Cali, Colombia. Tomado de: http//diplomadosfundacion.univalle.edu.co.Cali – Colombia, 10 de Octubre 2011. 3:00pm.

[29]Manrique L, Bernal F. (2010). Priorizar la seguridad del paciente el caso de Medellín. Revista Medico legal año XVI. N 2, 6-10.

[30]Reporte Institucional Eventos Adversos en la UPP Sao Paulo. (2011). Elaborado por el coordinador médico. Medellín.

[31]Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. (2010). Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: edita y distribuye Ministerio de Sanidad y Política Social.

[32] Estudio APEAS Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud. (2008). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: edita y distribuye Ministerio de Sanidad y Consumo, centro de publicaciones.

[33] Izquierdo-Palomares, José Manuel; Almodóvar Carretón, María José; Saiz Fernández, Luís Carlos; Siguín Gómez, Raquel; López Gómez, Carlos; Garrido Elustondo, Sofía. (2011). Plan de mejora de los indicadores de farmacia en un área sanitaria de atención primaria de Madrid. Madrid: publicado en atención Primaria Vol. 43 núm. 3

[34] Mena Mateo JM, de la Fuente AS, Cañada Dorado A, Villamor Borrego M. (2011) Estrategia para la implementación y la evaluación para la gestión de riesgo y cuidado en salud, en una unidad de atención primaria. Madrid: Publica unidad de calidad, gerencia del área 4 de atención primaria.