

CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LOS EVENTOS ADVERSOS QUE POSEEN LOS COLABORADORES DE DOS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL MUNICIPIO DE SINCELEJO

LIZBEYS KARINA VERGARA ZARZA  
MAIBETH ELENA MUNIVE CASARES

CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL CARIBE - CECAR  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD  
SINCELEJO  
2015

CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LOS EVENTOS ADVERSOS QUE POSEEN LOS COLABORADORES DE DOS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL MUNICIPIO DE SINCELEJO

LIZBEYS KARINA VERGARA ZARZA  
MAIBETH ELENA MUNIVE CASARES

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud

Asesora  
JUDITH MARTÍNEZ ROYERT  
Doctora (C) en Ciencias de la Educación

CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL CARIBE - CECAR  
CENTRO DE EDUCACIÓN CONTINUADA Y POSGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACION  
SINCELEJO  
2015

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

**Director**

---

**Evaluador 1**

---

**Evaluador 2**

**Sincelejo, 22 de marzo de 2015**

## **DEDICATORIA**

A Todas las personas y familias que conviven con las consecuencias de un evento adverso, para que se conviertan en motivación del personal de salud para conocer más sobre cómo evitarlos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios..... en nosotras nada ocurre sin su guía.

A la Dra. Judith Martínez R, Por Apoyarnos en nuestro deseo de hacer ciencia.

A los Directivos que abrieron las puertas de sus Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, desde el primer día que le hablamos del tema.

A todos los funcionarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud que hicieron parte de este estudio.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>1. ESTADO DEL ARTE</b> .....	<b>14</b>
1.1. Antecedentes.....	14
1.1.1. Marco Teórico.....	17
1.1.2. Marco Conceptual.....	26
1.1.3. Marco Legal.....	29
<b>2. METODOLOGÍA</b> .....	<b>35</b>
2.1. Enfoque.....	35
2.1.1. Tipo De Estudio.....	35
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
3.1. Resultados socio demográficos.....	38
3.2. Resultados de conocimiento sobre eventos adversos.....	40
<b>4. DISCUSION</b> .....	<b>49</b>
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	<b>53</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	<b>54</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>57</b>

**TABLA DE FIGURAS**

Tabla.1. procesamiento De La Muestra .....	36
Tabla.2. Acciones Inseguras Presentadas En Su Institucion prestadora de servicios .....	42
Tabla.3. Siente Miedo De Reportar Los Errores Cometidos.....	46
Tabla.4. Cuáles Son Los Eventos Presentados En Su Institución prestadora de servicios.....	47

## TABLA DE GRAFICOS

Gráfico.1. Distribucion Por Sexo.....	38
Gráfico.2. Ocupación.....	39
Gráfico.3. Servicios Donde Laboran.....	40
Gráfico.4. Definición De Eventos Adversos.....	41
Gráfico.5. En Un Evento Adverso Debe Existir Daño.....	41
Gráfico.6. Responsable De La Seguridad Del Paciente.....	43
Gráfico.7. Que Haría Frente A Un Evento Adverso.....	44
Gráfico.8. Conoce Como Reportar Un Evento Adverso.....	44
Gráfico.9. Reporte De Errores Que No Dañaron Al Paciente.....	45
Gráfico.10. Diferencia Entre Eventos Adversos, Errores, Fallas De La Atención, Indicios De La Atención Insegura.....	45
Gráfico.11. Socialización De Análisis De Evento Adverso Presentados.....	46
Gráfico.12. Conocimiento De Los Eventos Adversos Presentados En Su Institución.....	49

## **RESUMEN**

La presente investigación buscó determinar el conocimiento y manejo de los eventos adversos por parte de los colaboradores de dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Departamento de Sucre. Con una muestra aleatoria estratificada de 43 personas, se desarrolló estudio de tipo descriptivo cuantitativo, de corte transversal, en donde se aplicaron encuestas para determinar variables socio-demográficas, de conocimiento y manejo de eventos adversos.

Se estableció, que la edad promedio fue de 36 años. La ocupación o profesión más común fue la de auxiliar de enfermería (53.49 %) y la médico (18.6 %). Los servicios más representados fueron el de urgencias (46.5) % y el de maternidad (20.9%). Se pudo verificar que no existe claridad sobre el concepto de evento adverso en los colaboradores, el (53%) de los encuestados no conocen los eventos adversos presentados en sus instituciones, además, existe desconocimiento sobre cómo hacer un reporte en caso de presentarse el evento. Por otro lado, se resaltan los resultados obtenidos con relación a los errores cometidos, un 23.26% expresó miedo de reportarlos, mientras que el 35% no lo hace. Es decir, que los líderes de procesos desconocen información importante con la que pudieran efectuar acciones preventivas hacia los eventos adversos.

*Palabras Clave:* evento adverso, accidente, calidad, notificación

## **ABSTRACT**

This research sought to determine the knowledge and management of adverse events by collaborators of 2 institutions of the Department of Sucre. With a stratified random sample of 43 people, developed quantitative descriptive, cross-sectional, where surveys were used to determine socio-demographic variables and study of knowledge and management of adverse events.

The surveys yielded that the 81% of the respondents were female and the 19% male. The average age was 36 years old. Nursing assistant (53.49%) and doctor (18.6%) were the most common occupation. The most represented services are the medical emergency services (46.5%) and maternity (20.9%). On the other hand, we could verify that the concept of adverse event is not clear between the workers and the 53% of the respondents do not know the possible adverse events in their institutions. Additionally, there is ignorance about how to make a report in the unfortunate event of an adverse event. Otherwise, the obtained results, in connection with previous mistakes, are highlighted because the 23.26% of the respondents are afraid to report them while the 35% do not do it at all. That is to say, the process leaders do not know important information to implement effective actions to solve or prevent the different adverse events.

*Keywords:* adverse event, accident, quality, notification.

## **INTRODUCCION**

Mejorar cada vez más la calidad en la prestación de los servicios de salud, es un reto para todas las instituciones, no solo de Colombia si no del mundo. Por ende, cada día toma más auge lo relacionado con la seguridad del paciente y el manejo de eventos adversos, dado que ambos son aspectos fundamentales en todos los sistemas de salud, resultando imposible abordar la calidad sin tener en cuenta la seguridad. En consecuencia, hablar de calidad es hablar de seguridad, así como hablar de seguridad es hablar de eventos adverso; existe una relación indivisible, un abordaje compacto que en últimas debe favorecer al paciente. Tanto que ningún esfuerzo para mejorar la calidad de la atención en salud tendrá resultado positivo si se realiza aisladamente. La interacción de estos aspectos, el compromiso de los gobiernos y autoridades del sector, así como la participación activa de los funcionarios de las instituciones de salud, paciente y familiares son factores de éxito.

Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha emitido lineamientos muy puntuales para sus países miembros desde la asamblea 55<sup>a</sup> en Suiza (2002), pasando por la alianza mundial de seguridad del paciente (2004), que incluye la expedición de documentos como la Cirugía Segura Salvan Vida, las soluciones de seguridad del paciente, lista de verificación para una cirugía segura, la investigación en seguridad del paciente entre otras, ha mostrado su preocupación por propender el desarrollo de buenas prácticas sanitarias en el mundo; motivando a los gobernante a colocar en sus agenda y prioridades locales, la seguridad de los pacientes en sus naciones.

Por lo anterior, el gobierno Colombiano, a través del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de los servicios de salud, ha impulsado la política de seguridad del paciente desde el 2008, buscando generar instituciones más seguras que impacten en los indicadores de salud, disminuyan los costos y faciliten competitividad internación al prevenir y disminuir los eventos

adversos. Para ello, es indispensable que se implementen estrategias enfocada a conocer más sobre los eventos adversos, clarificar conceptos y terminología básica por parte de todo el equipo de salud e incluso, el personal administrativo y de apoyo. Contar con registros de la información que reflejen la ocurrencia de los eventos, los tipos más frecuentes, los servicios más afectados, las consecuencias más comunes, los sobre costos generado entre otras, para avanzar en este tema e ir apropiándose de una cultura de calidad que redunde en la seguridad del cliente y su familia.

Poco a poco, se ha ido impregnando en el medio la necesidad de investigar de manera concreta el comportamiento de las instituciones frente a la aparición, manejo y conocimientos de los eventos adverso. Es por eso, que se han venido desarrollado estudios sobre este tema en el Territorio Colombiano, dentro de las cuales una de gran importancia es la de Gaitán (2006), efectuado en 3 instituciones hospitalaria. Sin embargo, son muy pocos y en el departamento de Sucre la panorámica es más desalentadora, muy crítica. Por lo que, el desconocimiento solo empeora y aumenta la posibilidad de aparición de nuevos casos, sin poder dar intervención objetiva y de impacto.

Es fundamental, que el personal de salud asistencial, quien es el que tiene el manejo directo del paciente, conozca y se sienta identificado con el trabajo en pro de la seguridad del paciente. Por ello, es preocupante que en Sucre no se encuentre evidencia sobre estudios enfocados a evaluar en el personal de salud, el concepto y manejo que presentan acerca de los eventos adversos.

Se presume que es un tema que está sin explorar en esta área de la geografía colombiana (departamento de Sucre), lo que genera gran motivación en el equipo investigador, que busca aportar a la sociedad conocimientos novedosos que orienten acciones de mejoras en el sector salud de la región.

No es un juicio punitivo o un examen de competencias hacia los funcionarios que laboran en el sector salud en la capital sucreña. La intención es la de documentar hechos

concretos alrededor del tema relacionado con la prestación de los servicios de salud, de tal manera que sea el punto de partida para que las personas, organismos e instituciones interesadas en la seguridad de los pacientes, puedan desplegar intervenciones que ayuden a mejorar la calidad en la atención en salud.

La presente investigación se desarrolló en Sucre (Colombia) en dos (2) instituciones de I nivel de complejidad en su atención, cuyo propósito general fue establecer el conocimiento y manejo de los eventos adversos que poseen los colaboradores de 2 IPS de primer nivel de atención del municipio de Sincelejo, a través de 3 objetivos específicos como: caracterizar la población de colaboradores del área de la salud en las IPS objeto de estudio, identificar los conocimientos que se poseen sobre las medidas a tomar en caso de un evento adverso y determinar cuáles son los eventos adversos más conocidos por los funcionarios de salud. Llegando a la conclusión que no existe en el personal concepto claro y unificado sobre el evento adverso, su notificación, seguimiento y plan de mejoramiento.

## **1. ESTADO DEL ARTE**

### **1.1. Antecedentes**

Aun cuando los modelos y los conceptos sobre seguridad en la prestación de un servicio no es propia del área médica, sino que es tomada del sector de la aviación e industrial, han ido desarrollando a lo largo de la historia sus propios conceptos y trabajos científicos. Por ello, existen varios estudios sobre eventos adversos y se observa que cada día aumenta más la literatura y la investigación, como reflejo del interés por profundizar el conocimiento sobre esta problemática.

Los países desarrollados han liderado este proceso, en especial Estados Unidos de Norte América, en donde preocupados por el incremento en las demandas a médicos e instituciones de salud para la década de los 70 y 80, inicia estudios en pacientes egresados de los hospitales y clínicas.

Para la década de 70 y 80, el número de demandas en Estado Unidos de Norteamérica, por afecciones producto de la atención médica, fue notable. El estudio “California Medical Insurance Feasibility Study” evaluó un total de 21.000 historias clínicas, revelando que el 4.65% de los pacientes hospitalizados sufrieron lesiones, de las cuales un 17% eran inherente a la atención recibida y el 0.79% se traduciría en negligencia según veredicto por los jurados durante las demanda efectuadas por los afectados. (Sutter, 1977).

Otro estudio, realizado en el año 1984 en Nueva York, cuyo objetivo primario fue medir la incidencia de lesiones producidas por intervenciones médicas en pacientes hospitalizados. De los 2.671.863 egresos de pacientes no psiquiátricos dados en todos los hospitales no federales, se evaluaron 31.429 registros. Los resultados concluyeron que la

incidencia de los eventos adverso era del 3.7% y la tasa de eventos adverso debido a negligencias del 10%. Dentro de los eventos más comunes se encontraron las reacciones a medicamentos, infecciones nosocomial de heridas quirúrgicas y complicaciones en la técnica. (Leap, et al., 1991).

Seis años más tardes, en 1992, en los estados de Utah y Colorado se realizó estudio que permitió establecer una incidencia de 2.9 % de Eventos adverso en 15.000 historia evaluadas durante la investigación. (Thomas et al., 2000).

Por su parte, en Australia y nueva gales del sur un estudio determinó que la tasa de eventos adversos era del 16.6% en esos lugares, resultando ser cirugía general y ortopedia los servicios con mayor número de casos. El 51% de los eventos adversos se consideraron evitables. En el 77,1% de la discapacidad había resuelto dentro de los 12 meses, pero en el 13,7% de la discapacidad era permanente y en el 4,9% el paciente murió. En total se revisaron 14.000 registros de 28 hospitales (Runciman et al., 1995).

Para el año 2005, España, realiza su estudio conocido como ENEAS, en donde la incidencia de los eventos adverso (EA) en pacientes hospitalario fue de 8.4%, Siendo mayor en los hospitales pequeños que en los hospitales medianos. Con referencia al impacto de los Eventos Adversos el 16% fueron graves, 38.9% moderado y el 45% (295 Eventos) se consideraron leves. El 42.6% de los Eventos eran evitables, es decir casi la mitad de ellos. Un dato muy significativo para las autoridades sanitarias de este país ibérico (Aranaz et al., 2005).

Por otra parte, en 65 hospitales de 5 países conformados por Colombia, México, argentina, Perú y Costa Rica se efectuó estudio conocido como IBEAS en donde detectaron que de cada 100 pacientes que padecieron incidentes dañinos: 7 fallecieron (2 por causa de dicho incidente), 12 quedaron con incapacidad grave, 17 con incapacidad total y 64 con incapacidad leve o sin incapacidad. Este estudio fue el primero que se llevó a cabo en América latina sobre Eventos Adversos. (Arant et al., 2009).

En el instituto materno infantil de Bogotá, hospital de referencia de atención materno perinatal. Se hizo el Tamizaje de Eventos adversos y se encontró que un 12% de las pacientes presentaron probables eventos adversos durante la hospitalización. Los eventos más frecuentemente tamizados fueron: las complicaciones relacionadas con el trabajo de parto y el parto, la infección nosocomial y la disfunción orgánica de aparición intrahospitalaria. (Gaitán et al., 2002).

A nivel nacional, se encontraron investigaciones como la caracterización de eventos adversos en una Empresa Social del Estado (ESE) de primer nivel en caldas 2007-2009. En donde se pudo concluir, que en la ESE de primer nivel en caldas se encontraron falencias significativas en la calidad de registro, recolección de la información, procesamiento y seguimiento de la misma, lo que se traduce en un programa deficiente en la gestión y prevención de los eventos adversos, implicando un mayor riesgo en la prestación del servicio. Valencia (et al., 2007).

Así mismo, en Bogotá D.C, el profesor del instituto de investigaciones clínicas de la UN Hernando Gaitán, con el grupo de evaluación de tecnologías y políticas en salud, realizó en algunas instituciones de salud de Bogotá un estudio sobre eventos adversos en hospitales. Obteniendo como resultado que los eventos adversos se dan más por fallas del sistema que por negligencia o falta de idoneidad del profesional de la salud, solo cuatro casos se presentaron por problemas de desempeño profesional, las causas estuvieron relacionadas con deficiencias de los procesos de provisión de servicios, problemas de racionalidad técnico-científica, problemas de comunicación entre los servicios hospitalarios, suficiencia administrativa y oportunidad. Hernando (et al., 2006).

En la investigación titulada “análisis de los reportes adversos en una empresa promotora de salud en Bogotá durante el periodo de enero –abril de 2010”, se analizaron e identificaron las causas y consecuencias de los eventos adversos en 5 instituciones hospitalarias,

concluyendo que el 60% de los eventos reportados correspondían a infecciones, el 23% a procesos asistenciales y el 7% a medicamentos. (Bejarano, et al., 2010).

Así mismo, se realizó un estudio sobre el conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad en el hospital del tambo en cauca, donde se concluyó que el conocimiento en cuanto efectos adversos del personal que labora en esa institución fue regular, por la falta de capacitaciones y socialización sobre el tema, ya que debe existir un fundamento teórico basado en la evidencia para ponerlos en práctica a través de habilidades y destrezas que se desarrollan para beneficio de la persona, d de los trabajadores de salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento disminuyéndolo y evitando así la ocurrencia de estos. (Anacona, et al., 2011).

## 1.2. Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud (2007) define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Por su parte, la agencia nacional para la seguridad del paciente de España la define como la identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con paciente para hacer el cuidado de los mismos más seguros y minimizar los posibles daños. (Agencia nacional para la seguridad del paciente, 2003).

La seguridad en la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos, la eliminación de lo innecesario y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en la evidencia científica con demostrada

efectividad. Los principales factores de riesgo de tener un evento adverso están asociados a la atención, a las condiciones de salud propias de los pacientes, en particular la gravedad de la enfermedad de base y otras condiciones concomitantes a intervenciones quirúrgicas y hospitalizadas en unidades de cuidados donde el riesgo de sufrir un daño es La evidencia disponible sobre el daño asociado a la atención en salud destaca que los eventos adversos son frecuentes y que algunos de ellos pueden ser graves causando invalidez permanente o la muerte. (Leape, 1991).

El ministerio de la protección social, define la seguridad del paciente como un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. (Ministerio de la protección social, 2007).

Haciendo un análisis de los diferentes conceptos de Seguridad del paciente, estas llevan inmerso el evitar el daño que pudiera producir al paciente la atención médica (atención en salud) recibida, Los organismos de salud, en la actualidad, tienen una gran preocupación y es la de impactar o minimizar los riesgos a los que se exponen las personas que acuden a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). En consecuencia, en los últimos años se han desarrollados estrategias dentro de las cuales se encuentran la formulación a nivel internacional de metas relacionado con este tema, así (organización mundial de la salud, 2007):

1. Identificar correctamente los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales (órdenes verbales y escritas).
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

4. Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica.

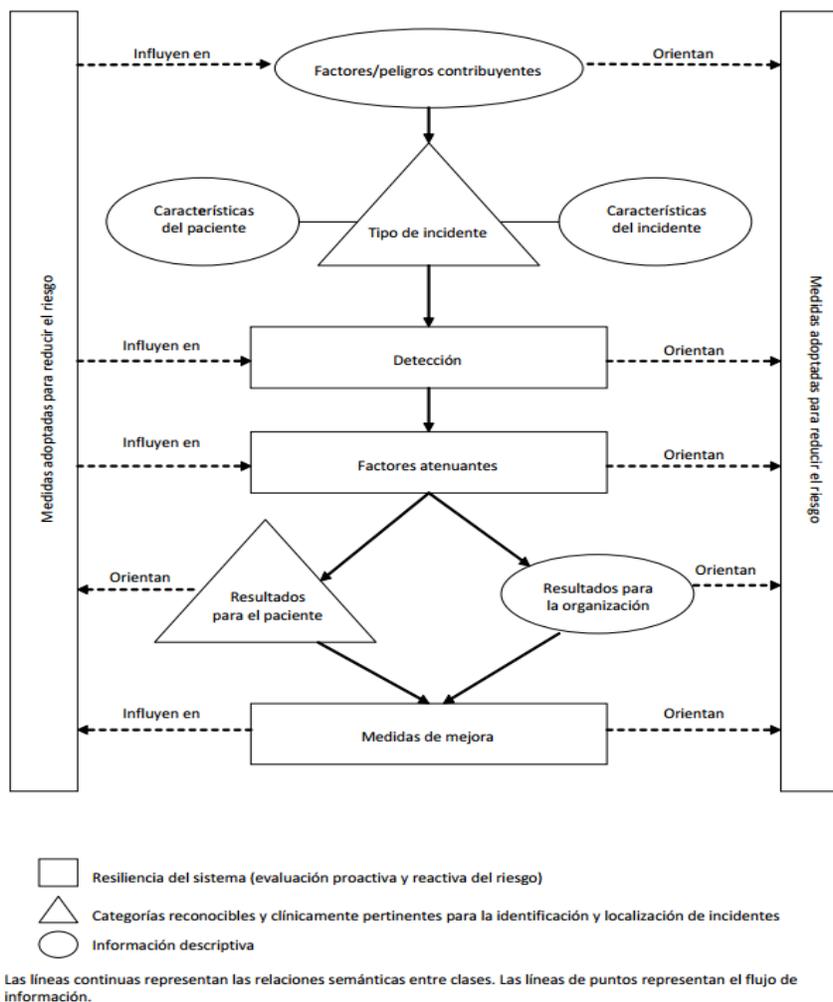
6. Reducir el riesgo de caídas.

Por otro lado, debido a la diversidad cultural, idiomática y de las condiciones sanitarias de cada país, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) desplegó una taxonomía en torno al tema de seguridad del paciente, con el firme propósito de tener definiciones claras, armónicas y ajustadas técnicamente, así como desarrollar la agrupación de conceptos que faciliten al personal de salud el abordaje, estudio, manejo del mismo y sobre todo sus acciones de mejoras. Es así como, se desarrolló el marco conceptual de Clasificación internacional para la seguridad del paciente, el cual está integrado así:

1. Tipo de incidente
2. Resultados para el paciente
3. Características del paciente
4. Características del incidente
5. Factores/peligros contribuyentes
6. Resultados para la organización
7. Detección
8. Factores atenuantes
- 9 Medidas de mejora

## 10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo

Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente



Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2009

## **CONCEPTO DE EVENTO ADVERSO**

Para la presente investigación se asume el concepto emitido por el sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la Atención en Salud de Colombia, define el evento adverso como el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño (Decreto 1011 del 2006). El evento adverso puede ser prevenible y no prevenible, dependiendo de cómo es la utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. La organización mundial de la salud (2007), considera que un evento adverso es un incidente que produce daño a un paciente.

Otra definición es Evento desfavorable, no deseado y generalmente imprevisto, como el fallecimiento de un paciente, un empleado o un visitante en una organización de atención sanitaria. También se consideran eventos adversos incidentes tales como la caída de un paciente o la administración indebida de medicamentos, aunque los efectos en el paciente no sean permanentes. (Joint Commission.1998).

Todas las definiciones tienen un común denominador: Daño. Es decir, que sin daño no hay evento adverso. Máxime, si se tiene en cuenta que la palabra daño tiene inmerso los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

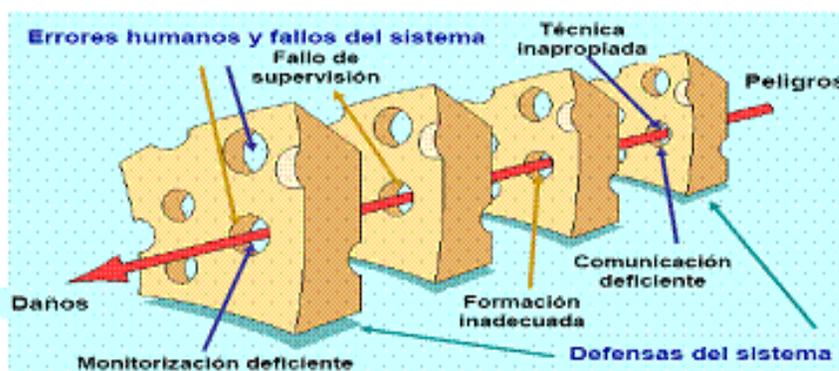
## **MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO.**

Es poco probable que un evento adverso ocurra al zar o aisladamente. Siempre es producto de múltiples factores que confluyen en un determinado momento y que en sus antecedentes deja indicios de que podía ocurrir un daño. Tal como lo ilustró el sicólogo James

Reason cuando en el año 1990 propuso el modelo del queso suizo. El cual, pese a ser un diseño para dar explicaciones en otro campo del saber, resultó ser dicente y de fácil comprensión para las personas, permitiendo ser aplicado sin ningún tipo de problemas al sector salud, en donde independiente de la formación académica ofrece sencillez para asimilar los conceptos. Tanto así, que el mismo ministerio de la protección social en Colombia lo ha utilizado e incluido en varios documentos elaborados por ellos para abordar esta temática, en marco de sus funciones y competencias nacionales. (Reason, 1990).

Este modelo, también es conocida como teoría de dominios, deja ver que el problema no es que ocurran fallas en el sistema, sino que ocurran varios a la vez. Se requiere una alineación en diversas fallas a lo largo de los procesos para que el daño se produzca. Tal como lo deja ver la gráfica que sigue a continuación, si los orificios del queso suizo no están alineados, la flecha no puede atravesarlos. La flecha representa, obviamente el daño producido en el paciente. Los orificios los diferentes errores. (James Reason, 1990).

### Modelo explicativo



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JMP Aranz, C Aibar ©

Por lo anterior, el determinar la causa de un evento adverso, se convierte en el mecanismo principal para poder generar acciones correctivas. Permite atacar la raíz, actuar con fundamento. Por ello, todo evento adverso debe exigir a las instituciones de salud un análisis causal profundo que no puede limitarse solo a los eventos adversos, sino que debe abarcar los

incidentes, acciones inseguras, fallas, entre otros a fin de evitar la aparición de un nuevo evento, es decir, actuar proactivamente, con principios de prevención.

## **HISTORIA, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVENTOS ADVERSOS.**

Desde sus inicios, cuando se atribuían a fuerzas y espíritus supremos la enfermedad, el objetivo de los seres humanos es alcanzar su salud. Sin importar la época, el país o la formación académica las personas que se han dedicado a cuidar a los enfermos, se esfuerzan por poder sacarlos de ese estado de la mejor manera. Por ende, se asumía que su intención nunca ha sido la de dañar, antes por el contrario, es sanar. Por ello, se observa la preocupación en el tiempo por disminuir los riesgos para la seguridad de los sujetos.

Si se revisa en la historia, se encuentran documentos y personajes interesantes que manifiesta la salud y el bienestar como misión del personal de salud frente al Cuidado de calidad y seguro del enfermo, como se referencia en los diferentes códigos y juramentos. (Historia curiosa de la medicina Madrid-España, 1994).

### □ **Código Hammunrabi** (1750 a.C.).

Lo que pareciera ser un código de ética recibido del dios Marduk para fomentar el bienestar el pueblo babilónico, incluye aspectos relacionados con la responsabilidad del médico frente a sus servicios y aun que, se enfatiza en la ley del talión: “ojo por ojo y diente por diente” deja ver la preocupación por evitar daños en el ejercicio de la profesión en los demás. Ejemplo de ello es la ley 218 que reza: 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. (Hammunrabi, 1750 a.C.)

□ **Juramento hipocrático.** (siglo V a.C.).

Apartes de este juramento indican la razón de ser del personal sanitario en relación a la misión de cuidar, preservar la salud y el bienestar del enfermo. Describe el compromiso que se adquiere con la persona enferma para su proceso de recuperación y mejora en su estado de salud, resaltando la intención de no causar daño sino ayudar (Juramento hipocrático, siglo V a.C.).

□ **Juramento de iniciación** (¿siglo I a.C?)

En él se muestra como debe ser el comportamiento del médico, su compromiso, modales, exposición personal y el trato con la gente, estipulando:

Noche y día, cualquiera sea la forma en que te veas comprometido, te esforzarás por aliviar al paciente con todo tu corazón y con toda tu alma. No desertarás o lastimarás al paciente en nombre de tu vida o tu pasar.

□ **Florence Nigthingale** (1820-1910).

Esta revolucionaria británica considerada como pionera de la enfermería profesional moderna, se destacó por sus aportes durante la guerra de Crimea (1855-56). En donde, basada en la observación y el entorno, introdujo mejoras en el sistema sanitario de la época, que abarcaba entre otras, la educación en salud, tanto para médicos, militares y paciente.

□ **Abraham flexner** (1866-1959).

Sus ideas rápidamente se difundieron por el mundo entero, considerándolo junto a Ernesto Amory Codman sembradores de las raíces de la acreditación al estandarizar procesos. El flexnerismo” en el ámbito de salud se refiere a la modalidad formativa superior consistente

en un período o ciclo de inicio en ciencias básicas, claramente deslindado del siguiente en el que se desarrollan las disciplinas clínicas asistenciales.

□ **Ernesto Amory Codman** (1869-1940).

Cirujano estado unidense con aportes importantes a la radiología, anestesiología, la cirugía de úlcera duodenal, cirugía de hombro y ortopedia oncológica. Constituye en el primer intento de evaluación sistemática de la calidad de la asistencia. Básicamente consistía en tratar de hallar, a través de los resultados obtenidos, posibles errores y sus causas, de modo que pudieran servir para evitar su repetición en futuros casos similares.

□ **Avedis Donavedian** (1919-2000).

Médico Libanes cuyo nombre es sinónimo de calidad en los servicios de salud. Hablar de este tema sin mencionarlo, es imposible, dado el gran aporte que hizo. Escribió 8 libros y se cree que más de 50 artículos. Introdujo conceptos de estructura, proceso y resultados utilizados en la evaluación de la calidad de la atención en salud.

□ **Asamblea 55 de la organización mundial de la salud** (Suiza 2002).

En esta resolución, la Asamblea de la Salud expresa su preocupación por que la incidencia de eventos adversos en la atención de salud es una causa importante y evitable de sufrimiento humano e impone un elevado tributo en pérdidas financieras y en costo de oportunidad para los servicios de salud. Por tal motivo, insta a los Estados miembros a que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establezcan y consoliden sistemas de base científica para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria.

La resolución pide a la Directora General que elabore normas, patrones y directrices mundiales sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de atención de salud; que promueva la formulación de políticas fundamentadas en pruebas científicas; que apoye los esfuerzos de los Estados Miembros para promover una cultura de la seguridad en el seno de las organizaciones de atención de salud; que aliente las investigaciones en materia de seguridad de los pacientes; y que informe sobre los progresos realizados al Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud.” (Organización mundial de la salud, 2002).

□ **Alianza mundial de seguridad del paciente** (Suiza 2004).

Esta alianza es promovida por la organización mundial de salud en busca de una coordinación, difusión y aceleración en la implementación de mejoras en lo relacionado a la seguridad del paciente. Con ello se destaca la importancia que toma el tema de seguridad del paciente en el entorno internacional, Por lo que los gobiernos miembros de la Organización mundial de la salud deben incluirlas dentro de sus agendas y políticas sanitarias. (Organización mundial de la salud, 2004).

### 1.3.Marco Conceptual.

**Evento adverso:** Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia, es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Estos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

**Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema. Proviene de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

**Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

**Evento centinela:** evento no deseado que señala que algo serio ocurrió y requiere una investigación más profunda.

**Daño:** alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

**Evento sin daños:** Se produce un incidente que alcanza al paciente, pero no le causa daño. Se evita el daño por casualidad o debido a circunstancias atenuantes.

**Lesión:** daño producido a los tejidos por un agente o un evento.

**Grado de daño:** gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente

**Notificación de evento:** Principal medio por el que se identifican los eventos adversos por medicamentos y otros riesgos. Los objetivos de la notificación de eventos son mejorar la atención dispensada a un paciente, identificar y corregir fallos de los sistemas, prevenir la repetición de eventos, ayudar a crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos y la mejora de la calidad, contribuir a ofrecer un entorno seguro para la atención de los pacientes, proporcionar un registro del evento y obtener consejo médico y asesoramiento jurídico inmediatos.

**Resultado adverso:** Se consideran resultados adversos una hospitalización prolongada, una discapacidad o la muerte en el momento del alta.

**Seguridad:** Grado en el que se reducen el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno asistencial para el paciente y para otras personas, incluidos los profesionales de la atención sanitaria.

**Seguridad del paciente:** Evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. Esos eventos comprenden «errores», «desvíos» y accidentes, La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge esta de las interacciones entre los componentes. La seguridad del paciente es un subconjunto de la calidad de la atención sanitaria.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 1.4. Marco Legal

En el año 2006, el marco normativo en Colombia se direcciona hacia los procesos de calidad en salud, Inicia con el decreto 1011/2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), el gobierno Colombiano orienta a mejorar la calidad y los resultados en la

atención en salud. Tomando como características la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.

**La resolución 446/2006:** se orientó hacia los sistemas de información y monitoreo dentro del SOGCS estableciendo indicadores de monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores para los instituciones prestadores de los servicios de salud (IPS) como para los empresas administradores de planes de beneficios (EAPB). Confiere a la superintendencia nacional de salud la facultad para establecer los mecanismos y procedimientos por medio del cual se efectuarán el reporte de la información en mención.

**La circular 030/2006:** da a conocer la estructura, características y plazos refleja el interés del gobierno colombiano por contar con información generada de los mismos actores del sistema de salud. La circular establece como obligatorio el reporte de varios indicadores que van de la mano con el proceso de seguridad del paciente como son: Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados, Tasa de mortalidad intra-hospitalaria después de 48 horas, Tasa de Infección intra-hospitalaria, Proporción de vigilancia de Eventos adversos, Razón de Mortalidad Materna.

**La Resolución 1446/2006:** debido a los bajos porcentajes de los reporte por parte las entidades obligadas a realizarlo, el ministerio de la protección social emite la circular 051, dirigida a los directores de salud de los distritos, departamentos y municipios para que, en cumplimiento de sus competencia, realicen asistencia técnica y requerimientos a los instituciones prestadores de servicios de salud, a fin de lograr un cumplimiento satisfactorio en dichos reporte.

Para ese mismo año, publica una herramienta para promover la estrategia de seguridad del paciente en el SOGCS, en donde socializa resultados de estudios sobre eventos adversos, refuerza conceptos técnicos por medio de una revisión bibliográfica nacional e internacional sobre terminología de seguridad del paciente y comparte una caja con 8 herramientas sobre el tema.

En el 2008, se contaba una política concreta sobre seguridad del paciente con la que se buscaba crear en la alta gerencia la responsabilidad frente al manejo de los eventos adverso e introducir en los funcionarios y empresas de salud la cultura de la seguridad, sistemas de reportes y la unificación de conceptos y definiciones claves. La política, además, ofrece los siguientes elementos estratégicos para mejorar la seguridad del paciente.

- Estrategia 1: Estrategia Educativa.
- Estrategia 2: Promoción de herramientas organizacionales.
- Estrategia 3: Coordinación de actores.
- Estrategia 4: Estrategia de información.
- Estrategia 5: Articulación de componentes del SOGC.

La superintendencia de salud, para realizar un mejor seguimiento y análisis a los indicadores, emite la circular 056/2009 en donde define los indicadores de alerta temprana, los cuales debe ser reportado por las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB) con una frecuencia trimestral. Como parte integral de dicha resolución, al igual que la circular 030/2006, incluye dentro de los indicadores varios relacionados con la seguridad del paciente asa de infección intra-hospitalaria (por cada 100 pacientes hospitalizados), Razón de mortalidad materna, Tasa de mortalidad en menores de 5 años, Tiempo de espera consulta urgencias Triage II.

Así mismo, con el lema “la calidad de la atención en salud un compromiso de todos”, comienza a funcionar el observatorio de la calidad de la atención en salud en Colombia. El cual se trata de un sitio virtual, bajo la dirección técnica del ministerio de la protección en salud, en donde crean espacios para compartir experiencias e investigaciones en el tema, socializan resultados de indicadores a nivel nacional, normas y noticias, permitiendo el acceso a información variada, documentos, y estadísticas etc. en marco de esta temática.

De otra parte, con la aparición de la ley anti-trámite/2012, los ajustes en las circulares para el reporte de información no se hicieron esperar, dando origen a la circular 09/2012, que avanza más en el tema de eventos adversos que las anteriores. Estableciendo el reporte de los siguientes indicadores: Índice de eventos adversos, Índice de eventos adversos: caída de pacientes, Índice de eventos adversos: en administración de medicamentos, Índice de eventos adversos: úlceras por presión, Tiempo de espera consulta urgencias Triage II, Tasa de infección intrahospitalaria, Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas.

En este mismo año, 2012, el gobierno nacional modifica los estándares de acreditación, estableciendo manuales más exigentes que ayudan a intervenir en el tema de eventos adversos y seguridad del paciente; con la aprobación de la resolución 1441 se dio el cambio más significativo de la normatividad en beneficio de la seguridad del paciente. En donde se modificaron los estándares de habilitación para los prestadores de servicios de salud en el país, ofreciendo mayor importancia en el estándar de procesos prioritarios al tema en mención. Tanto que convirtió en una exigencia y requisito para la habilitación, la existencia del programa de seguridad del paciente, así como la identificación, prevención y gestión de los eventos adversos.

Los cambios son frecuentes en aras de mejorar este tema, de allí que el pasado 28 de Mayo de 2014, el ministerio de la salud y de la protección social expide la resolución 2003 modificando el proceso de inscripción y habilitación de las instituciones prestadoras de salud en Colombia. En dicha resolución se mantiene vigente el tema de seguridad del paciente.

## **SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SUCRE Y CONTEXTO DE LA INVESTIGACION**

Aun cuando el tema de seguridad del paciente y eventos adversos requiere fortalecimiento en Sucre, se ha observado que se está ofreciendo más importancia al tema en las

instituciones de educación, tanto que, se oferta como tema de capacitaciones por diversas empresas y se observa asistencia por parte del personal de salud, no solo del asistencial sino también del administrativo.

Por su parte, el reporte de los indicadores de calidad se ha incrementado. En el observatorio de calidad del Ministerio de la Protección Social 2006-2001, se puede observar como cada año se incrementó el número de prestadores que realizaron reportes en el municipio de Sincelejo, pasando de 306 registros en el 2006 a 551 en el 2011, lo que refleja mejoras en la cultura del reporte. Para el caso específico de las instituciones objeto del trabajo se realizaron reportes todos los años en mención excepto en el 2008, del cual no se encontró registro.

Por otro lado, se pudo verificar que la Empresa social del Estado: Unidad de salud San Francisco de Asís, tiene en proceso de construcción su programa de seguridad del paciente. Aun no lo ha desarrollado del todo, pero cuenta con avances en el tema. De hecho la presente investigación servirá a la institución como insumo para la implementación de acciones y medidas en el futuro.

Ampliando un poco más sobre el contexto de la investigación se tiene que se realizó en dos Instituciones prestadoras de servicios de salud que pertenecen a la Empresa Social del Estado Unidad de Salud San Francisco de Asís De Sincelejo. La cual fue creada mediante acuerdo municipal N°008 de mayo 08 de 1997, como una entidad de categoría especial descentralizada del orden municipal dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa sometida al régimen jurídico previsto en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y cuyo objeto es la prestación de servicios de salud de baja complejidad, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud Actualmente. Cuenta con 8 Instituciones prestadoras de servicios en la zona urbana así:

Ips San Francisco de Así, La Campiña, Las Américas, Libertad, Ips San Luis San Vicente, Argelia, Centro de Promoción y Prevención 20 de Enero.

Por su parte la zona rural está cubierta por 10 Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, ubicada estratégicamente:

Ips Chochó, Las Palmas, La Gallera, La Arena, Cruz del Beque, San Antonio, Buena Vista, Laguna Flor, Cerrito La Palma, Las Huertas.

Con relación a los empleados vinculados para el normal funcionamiento de la empresa, cuenta con 530, de las cuales 112 los tienen como personal de planta y 418 personal vinculadas mediante externalidad.

Para el presente estudio se tomaron 2 de sus IPS Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, debido a son las atienden el mayor número de pacientes y cuentan con servicios de hospitalización y urgencias.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1. Enfoque

La investigación se desarrolló según el enfoque cuantitativo, ya que “utilizó preferentemente información cuantitativa o cuantificable para describir o tratar de explicar los fenómenos que estudia, en las formas que es posible hacerlo en el nivel de estructuración lógica en el cual se encuentran las ciencias sociales actuales” (Briones, 2002, p.17).

#### 2.1.1. Tipo de estudio.

Descriptivo “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.”(Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 57).

**DISEÑO.** Transversal, “cuando se recolectan datos en un solo momento en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar los hechos tal y como se dan”. (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, p. 262).

**UNIVERSO.** Todo el personal de salud asistencial que labora en la IPS San Francisco de Asís e IPS San Luis (145 personas).

**MUESTRA.** La muestra fue probabilística estratificada. Se calculó la proporción de cada estrato con relación a la población total de funcionarios de las dos IPS. Luego se estableció la razón entre la cantidad de funcionarios por estrato y el total de toda la población de

funcionarios. Después se multiplicó la razón por el N° de funcionarios por estrato, dando como resultado 36 colaboradores (ver tabla 1):

Tabla 1. Procesamiento de la muestra

ESTRATO	N° DE PERSONAS	RAZON	MUESTRA POR ESTRATO	N° PERSONAS SELECCIONADAS
MEDICOS	32	0,22	7,06	7
BACTERIOLOGOS	17	0,12	1,99	2
ENFERMERAS	12	0,8	0,99	1
AUX. DE ENFERMERIA	58	0,4	23,2	23
AUX. DE LABORATORIO	9	0,06	0,56	1
OTROS	17	0,12	1,99	2
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	-----	-----	<b>36</b>

Es decir que, para que la muestra tuviese validez desde el punto de vista estadístico, como mínimo debía estar conformada por 36 personas. Sin embargo, al final se tomaron 43 personas, por decisión de las investigadoras.

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Personal asistencial que labora en cualquier de las dos institución de salud (San Luis y San Francisco de Asís).
- Que acepte participar voluntariamente en éste proyecto.

#### CRITERIO DE EXCLUSION:

- Personal del área administrativa en las instituciones de salud.
- Personal extramural (home Care).

- Personal pensionado.

### **VARIABLES DEL ESTUDIO**

- socio demográficas: Edad , Genero
- Conocimientos de Eventos Adversos

### **INSTRUMENTO Y TECNICA:**

El equipo investigador diseñó una encuesta estructurada en 2 ítems principales: datos socio-demográficos y conocimientos sobre eventos adversos, con un total de 17 preguntas dentro de las cuales 13 eran cerradas, 2 abiertas y 2 de selección múltiple, con el objeto de establecer el nivel de conocimiento que presentaban los funcionarios de salud de la ESE San Francisco de Asís, relacionado con los eventos adversos. (Ver anexo 1).

### **PROCEDIMIENTO:**

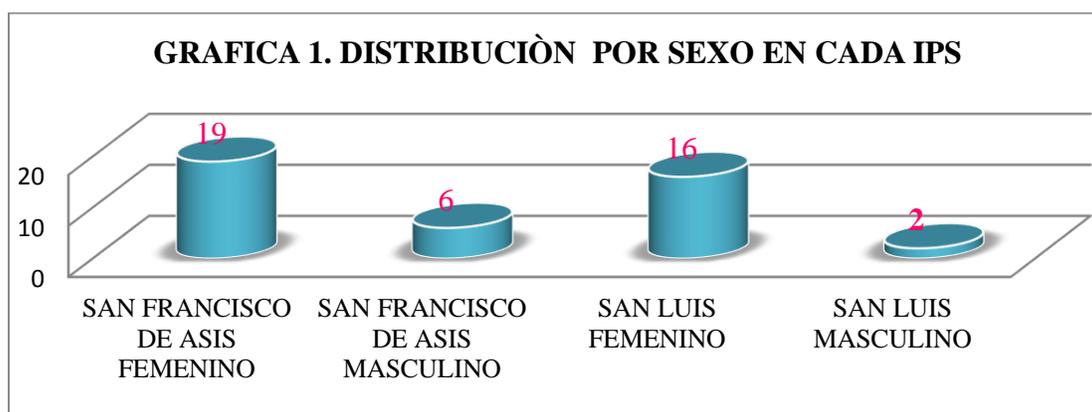
La investigación se desarrolló en las siguientes fases:

- Solicitud a la ESE Unida de salud San Francisco de Asís para la realización del trabajo.
- Revisión del instrumento por parte de los expertos.
- Aplicación de la prueba piloto del instrumento
- Aplicación del Instrumento
- Procesamiento de los datos con el programa *estadístico* informático SPSS 15.0 en español,
- Construcción del informe final

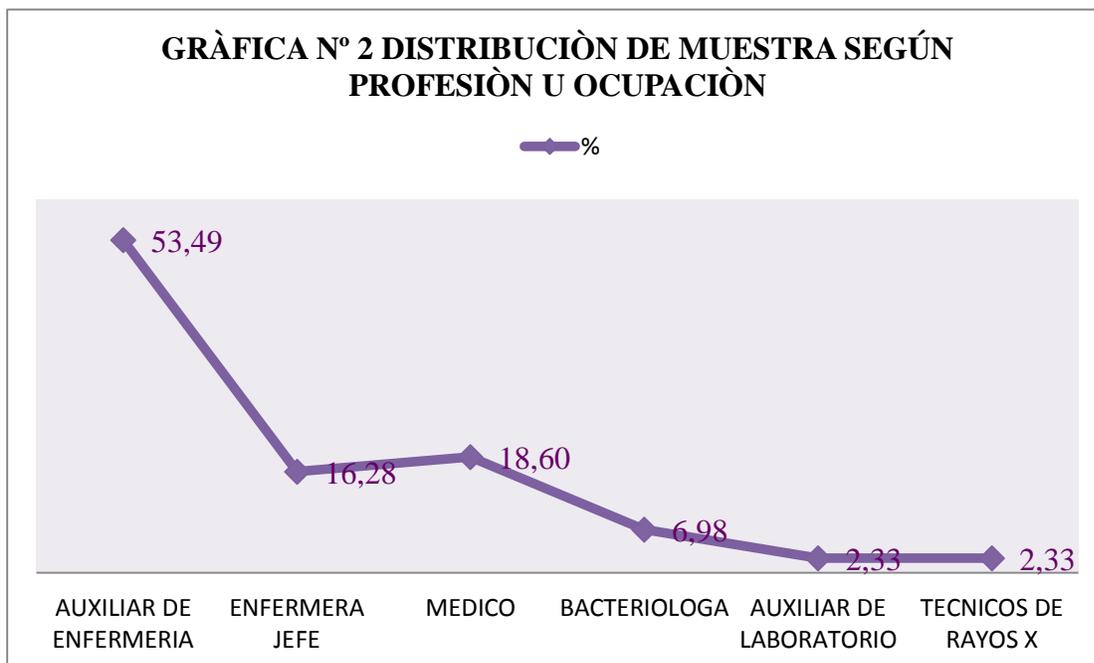
### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Resultados Sociodemográficos

Participaron 43 funcionarios de la Empresa Social del Estado Unidad de Salud San Francisco de Asís de Sincelejo. De éstos un 58.1 % labora en la IPS San Francisco y 41.8 % San Luis (ver anexo 2). Por su parte, en lo relacionado a la distribución por sexo, se observó que el 81% es de sexo femenino, mientras que el 19% restante es de sexo masculino. (Ver grafica 1).



Al analizar las edades se encontró que la persona más joven cuenta con tan solo 18 años y la de mayor edad es de 55 años. La edad promedio fue de 36 años. El grupo etario con más número de personas fueron 22, 28 y 35. (Ver anexo 3), en cuanto a la ocupación o profesión más común fue la de auxiliar de enfermería (53.49 %) seguida del médico con 18.6 %.(ver grafica 2).

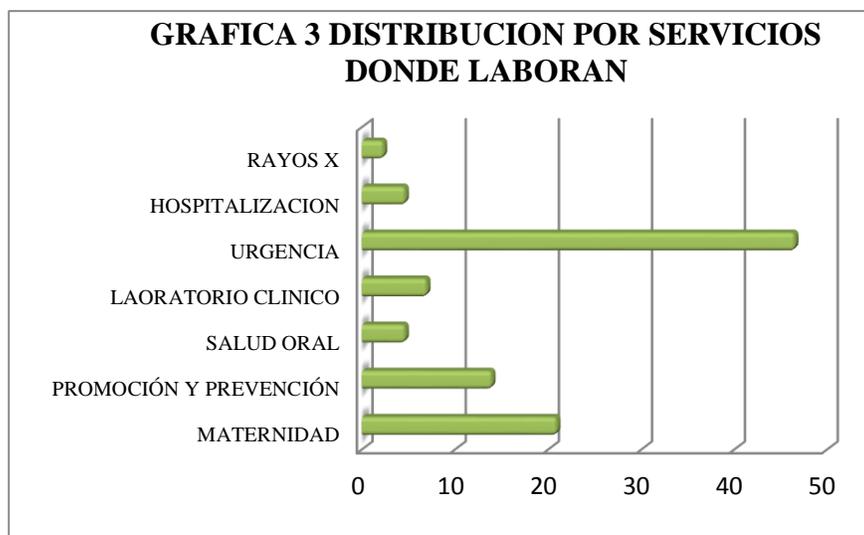


Por su parte, el tiempo de egresado de las personas encuestadas oscila ente 0 años a 37 años (ver anexo 4).

Se observa en la categorización por quinquenios, que el 29.4 % de los funcionarios cuentan con experiencia de más de 15 años y un 26.4 % de 1 a 5 años.

La vinculación laboral deja ver que existe un alto porcentaje de funcionarios sin experiencia o con experiencia entre 1 a 5 años (38.89 %). El 5.56% se ubicó en el rango de mayores de 15 años. (Ver anexo 5).

Con relación al servicio más común en la muestras evaluada, se encontró predominio del servicio de urgencia, el cual representa un 46.5 % y maternidad con un 20.9%. (Ver grafica N° 3)

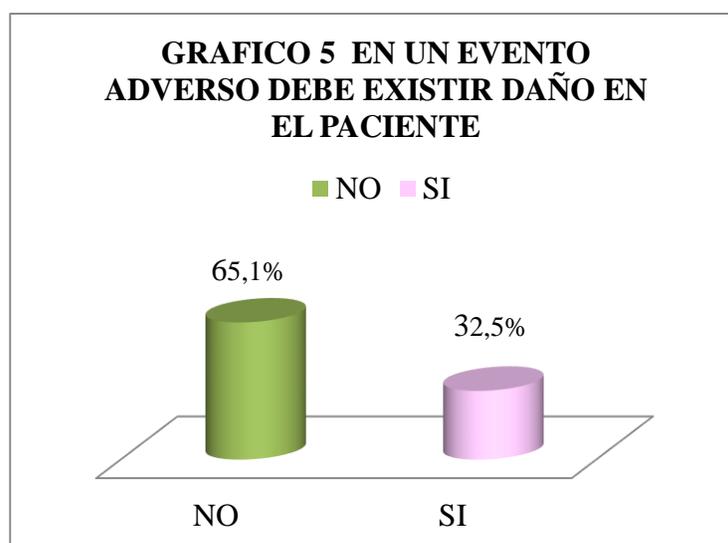
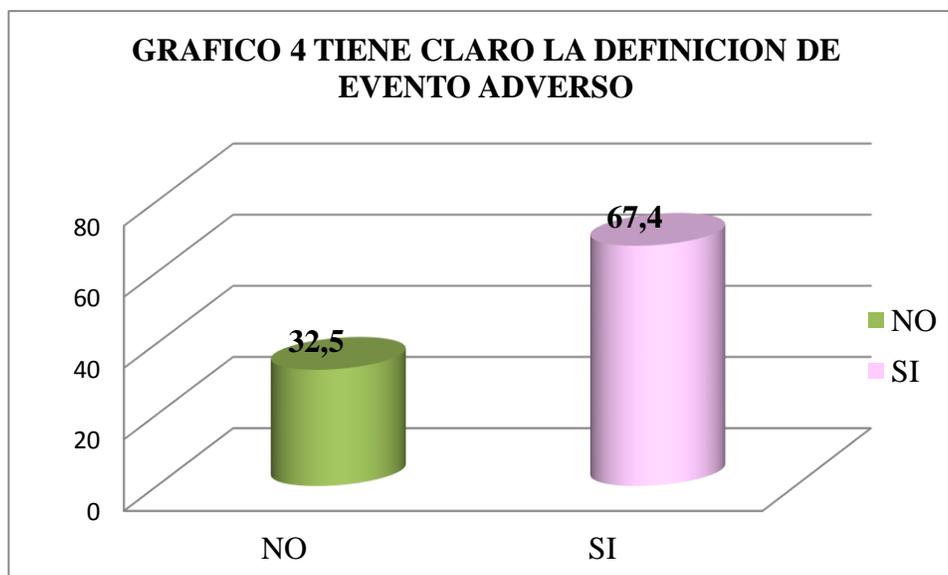


### 3.2. Resultados de conocimientos sobre eventos adversos.

Con relación a conocimiento de eventos adversos Un 44% considera que no existe programa de seguridad del paciente en la IPS donde labora y el restante (56%) considera que si. (Ver anexo 6), además La mayor parte de los funcionarios desconoce el programa de seguridad del paciente de la Institución donde laboran en un 60% y el restante 40% lo conoce. (Ver anexo N° 7).

Un alto porcentaje (88%) de las personas encuestadas no ha recibido capacitación en los últimos 6 meses sobre temas de seguridad del paciente y eventos adversos, mientras que el 12% si ha recibido capacitación. (Ver anexo 8).

En cuanto a la definición de eventos adversos El 67.4% dice tener clara la definición, pero al comparar con otras preguntas se pueden evidenciar confusiones. (Ver gráfico N°4).



En la gráfica se observa que el 65.12% creen que no debe existir daño para que un evento sea considerado como adverso.

La pregunta relacionada con las acciones inseguras de la institución, Las respuestas más frecuentes fueron el reingreso al servicio de urgencia antes de las 72 horas (25%), falta de insumos, equipos o dispositivos médicos y falta de recursos humanos con un 15% cada uno, seguido de entrega equivocado de un reporte de laboratorio y registros clínicos ilegible, confuso o incompleto con un 13% cada uno.

Tabla 2. Acciones inseguras presentados en su IPS

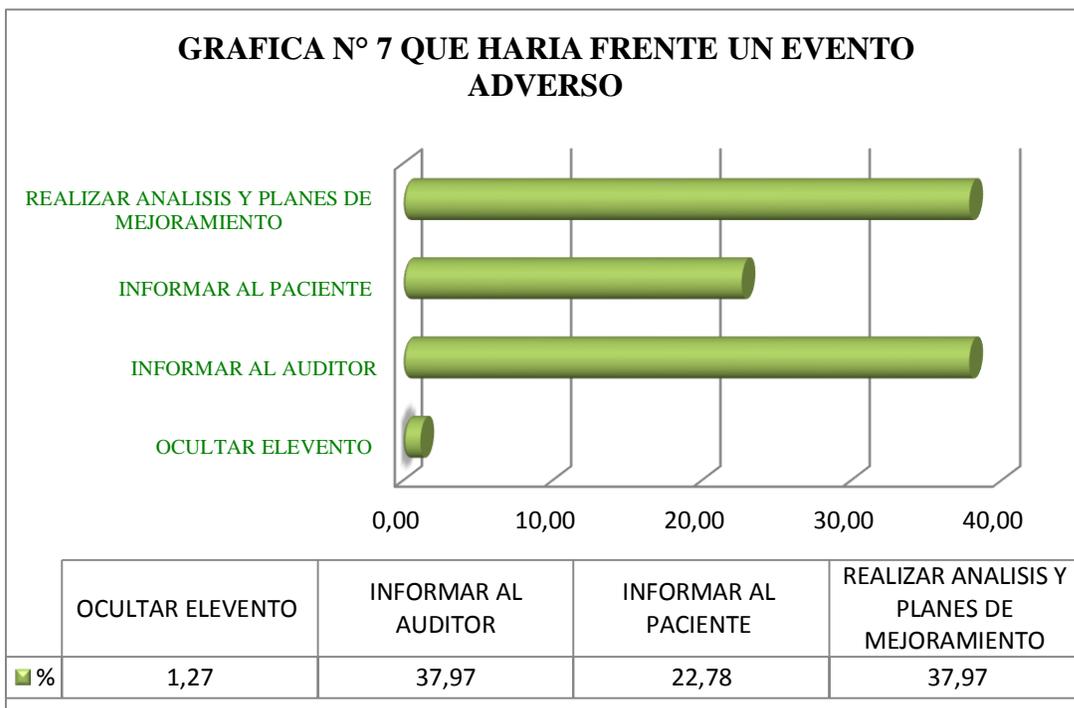
<b>ACCIONES INSEGURAS</b>	<b>%</b>
Reingreso al servicios de urgencia antes de las 72 horas	25
Entrega equivocada de reporte de laboratorio	13
Procedimientos que no se efectuaron cuando estaban indicados	8
Equivocación de paciente, procedimiento o tratamiento	6
Falta de disponibilidad de insumo, equipo o dispositivos médicos	15
Falta de cama o recursos humanos	15
Registros clínicos ilegible, confuso o incompleto	13
Ninguno	1
Todos	3
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

Para los funcionarios de la IPS San Francisco de Asís e IPS San Luis, el 53% de los encuestados no conocen los eventos adversos que se presentan en su institución. El 18.6% creen

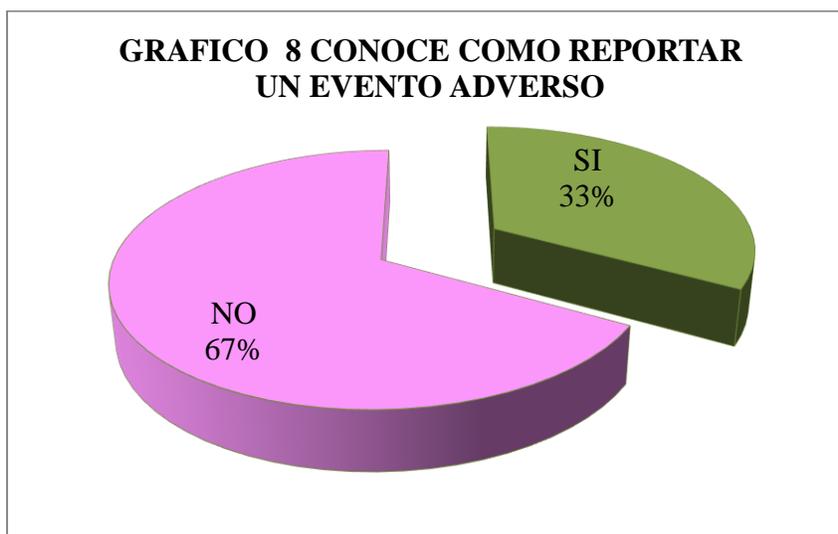
que el medico es el responsable de la seguridad del paciente, e incluso un 8.97% deja en manos del vigilante este tema (ver grafica N°6).



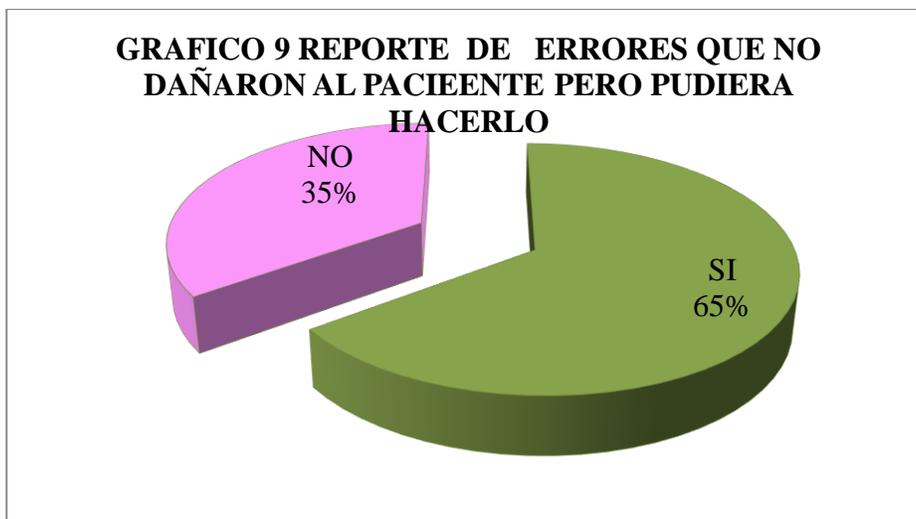
Por su parte la reacción más común que muestran los encuestados ante un evento adverso es realizar análisis y planes de mejoramiento e informar al auditor (37.9%). Solo un 22.78% informaría al paciente, mientras que 1.27 % ocultaría el evento



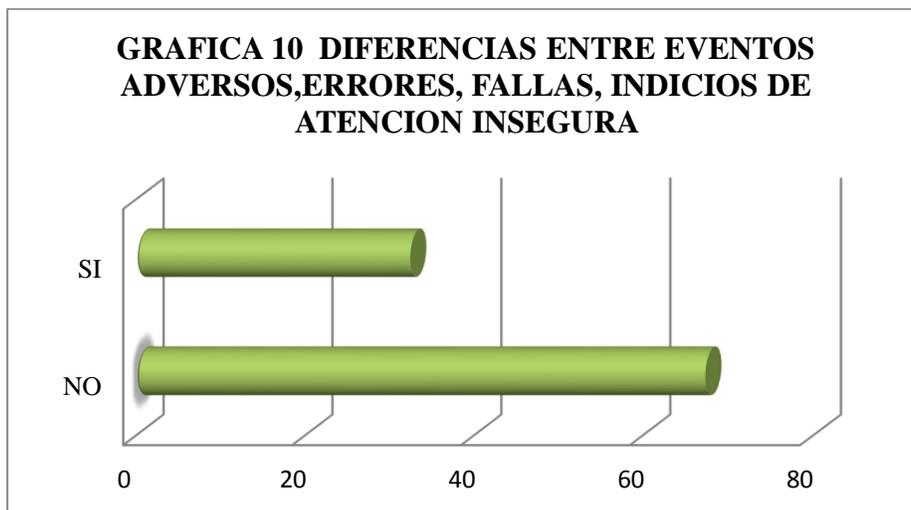
Las personas evaluadas presentan desconocimiento sobre el proceso estipulado en la institución donde laboran, para realizar la notificación de los eventos adversos. Solo un 33% expresó conocerlos, mientras que el 67% lo desconoce.



Existen errores que pudieran causar daños al paciente, pero no lo hacen, frente a estos acontecimientos, los encuestados consideran que no deben hacer el respectivo reporte en un 35% y el 65% considera que se debe reportar.



El 67.44% no logra establecer ninguna diferencia entre eventos adversos, errores de la atención, fallas e indicio de atención insegura.



Un alto porcentaje no siente miedo de reportar sus errores cometidos (76.74%), pero es significativo que el 23.26% si sienta miedo.

Tabla 3. Siente miedo de reportar los errores cometidos?

RESPUESTA	%
NO	76,74
SI	23,26

Respecto a la socialización de los análisis de los eventos adversos, se pudo establecer que a un 83.72% no se los han socializado y solo el 16.28% los conocen.



En cuanto a la presentación de propuestas para mejorar la seguridad del paciente en las 2 instituciones en donde laboran solo un 30.23% la ha presentado mientras que un 69.77% no han presentado ninguna propuesta. (Ver anexo 10).

## RESULTADOS SOBRE CUALES SON LOS EVENTOS ADVERSOS.

Al solicitar a los encuestados que enumeraran los eventos adversos que ellos conocían, se logró establecer que un total de 11 personas no respondieron dicha pregunta, mientras que 32 decidieron emitir sus conceptos y enumeraron alrededor de 47; en consecuencia se compilaron las más comunes.

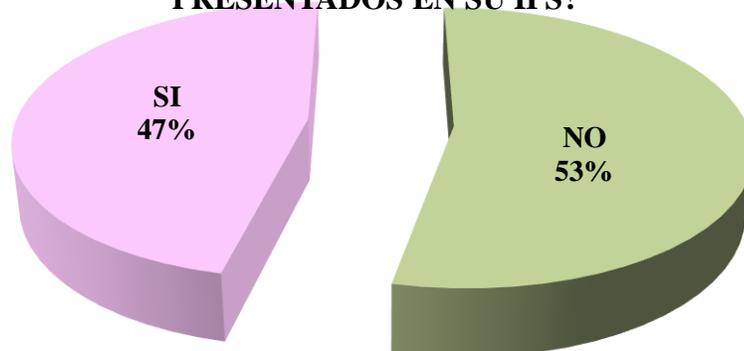
Tabla 4. Eventos considerados como adversos más comunes dentro de los encuestados

EVENTO	Nº DE PERSONAS QUE RESPONDIERON
Reacciones alérgicas	15
Caída del paciente	12
Uso de medicamentos no ordenados	8
Reingreso al servicios de urgencia antes de las 72 horas por la misma causa	6
Error en transcripción de examen de laboratorio	4
Diagnóstico equivocado	4
falta de medicamento	3
Mal procedimiento médico quirúrgico	3
Entrega de laboratorio equivocado	3
Fuga de pacientes	3
Evento adversos post vacúnales	3
Rotulación equivocada	2

Entrega equivocado de recién nacido	2
Infección en sitio operatorio	2
Muestras sin nombres	2
Infección nosocomial	2

En cuanto a las reacciones alérgicas respondieron 15 personas, caídas del paciente 12 y uso de medicamentos no ordenados 8 estas fueron las respuestas más comunes. En total 31 respuestas no se relacionaron, dado que fueron respuestas únicas. Respecto a los conocimientos que poseen los colaboradores sobre los eventos adversos que se presentan en la institución el 53% respondieron que no tiene conocimiento y el 47 % si.

**GRAFICA 12. CONOCE LOS EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN SU IPS?**



#### **4. DISCUSIÓN**

Es la primera vez que se realiza un estudio como éste en las instituciones prestadoras de servicios (IPS) de la Empresa Social del Estado Unidad San Francisco de Asís de Sincelejo. Incluso, a nivel departamental, no se encontró evidencia de algún tipo de investigación previa. Por lo tanto, este trabajo servirá de marco de referencia para los futuros trabajos, que sobre esta temática se desarrollen.

En cuanto al género predominante en esta investigación, fue el femenino (81%), contrario a lo ocurrido en el estudio de la ESE hospital el Tambo en el Cauca (abril a mayo 2011), en donde el 56% es de género masculino. No obstante, existieron similitudes como el de tener una población relativamente joven en su mayoría, con predominio del personal auxiliar de enfermería y médicos.

Por otro lado, en las IPS San Luis y San Francisco, resulta llamativa la confusión que existe en torno al programa de seguridad del paciente en los encuestados: Un 56% cree que existe en sus IPS, incluso un 40% afirmó conocerlo, cuando en realidad se encuentra en proceso de construcción. Esta confusión y otras más detectadas durante la investigación, es probable se deba a que un 88% del total de los encuestado no ha recibido capacitación sobre esta temática en los últimos 6 meses, además una cantidad representativa posee poco tiempo de vinculación a la institución (22.22% menos de un año y 38.9 % de 1 a 5 años). En consecuencia, es imperativo que se concrete la formulación del programa de seguridad del paciente.

Como consecuencia de lo anterior, (pocas capacitaciones, inexistencia del programa de seguridad del paciente y poca antigüedad) no es extraña la falta de claridad que tienen referente a los eventos adversos. Pues, aun que el 67.4 % cree que conoce del tema, se puede determinar que no es así, dado que el 65.1% desconoce que para que un evento sea considerado como tal debe producir daño en el paciente. En consecuencia no logran establecer ninguna diferencia entre eventos adversos, errores de la atención, fallas e indicio de atención insegura. Este comportamiento es igual de marcado para ambas IPS y para el personal de enfermería tanto auxiliar como profesional.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en el estudio que realizaron en la ESE hospital el Tambo en el Cauca 2011, se observa que éstos tienen mayor claridad en el conceptos sobre eventos adversos, dado que solo el 27% la desconoce. Lo cual refuerza la importancia del proceso de capacitación, pues contrario a Sincelejo, ellos solo dejaron in capacitar sobre eventos adversos al 17% de los encuestados.

Por otra parte, llama la atención que el 47% expresará que conoce los eventos adversos que se presentaron en su IPS, genera a las investigadoras el interrogante de ¿cómo hicieron para enterarse, si solo el 16.2% manifestó que los habían socializados con ellos? Es probable, debido a la débil claridad en los conceptos, asumen como eventos adversos, eventos que no lo son. Dado que al momento de solicitarles que enunciaran los eventos adversos que conocían un 25.5% no lo hizo, mientras que dentro de las respuestas de los que sí lo efectuaron, se encontraron algunas llamativas como facturación fraudulenta, no uso del guardián y mal diligenciamiento de la papelería. Por ello, uno de los objetivos específicos de la presente investigación que fue determinar cuáles son los eventos adversos más conocidos por los funcionarios de salud, no se pueden cumplir a cabalidad. Sin embargo, se efectuó el ejercicio de consolidar los eventos considerados como adverso con más frecuencia, dentro de los cuales se encuentran varios que sí lo son tal como se refleja en la tabla N° 4.

Otro dato de importancia es el arrojado ante la pregunta quién es el responsable de la seguridad del paciente. Pues la carga la dejan, en su mayoría al médico tratante (18.62 %), incluso al vigilantes le brindan un aporte del 8.97% y el 0.69% cree que nadie puede responder por eso. Al personal de enfermería (jefes y auxiliares) son tenidas como responsables de la seguridad en un 13.79 % y 13.10% respectivamente, muy por encima de la percepción que les merece a los funcionarios del Hospital Departamental Mario Correo Renginfo en Cali, en donde el 0.5% creen que la responsabilidad en la seguridad del paciente está a cargo del personal de enfermería. Esta diferencia puede estar dada por los niveles de complejidad en la atención, que presentan las 2 instituciones comparadas.

Para el caso de la Empresa Social del Estado Unidad San Francisco de Asís de Sincelejo su nivel es I. Es decir, que desde el punto de vista de funcionarios asistenciales, solo existen los básicos. En general, la presencia del personal de enfermería (sobre todo auxiliar) es numerosa en los servicios y está en contacto permanente con los pacientes, asumiendo un gran número de actividades relacionadas con su cuidado. Por lo tanto, se le relaciona más con la seguridad del paciente que en el Cali, en donde el Hospital Departamental Mario Correo Renginfo es de II nivel, y existe presencia de variedad de especialistas médicos y otras profesiones del sector salud que agigantan el abanico de opciones al escoger un responsable en la atención.

Dentro de las conclusiones del estudio titulado seguridad del paciente quirúrgico (Lovera,2010) en asunción (Paraguay) está transformando la cultura punitiva, por aprendizaje de las fallas enfocándonos en el sistema y no en las personas, con lo que se percibe que existe la cultura punitiva, es decir juicios, ataque al funcionario y búsqueda de personas como culpables. Esa misma situación pudiera estar ocurriendo en Sincelejo, dado que un número considerable (23.26%) sienten miedo de comunicar los errores cometidos. Dentro de este grupo que siente miedo de reportar sus errores, el 60% son los auxiliares de enfermería, quienes académicamente son dentro del personal asistencial, los funcionarios con menor nivel de formación.

Por su parte los médicos y enfermera representan cada uno por separado el 20%. Referente al lugar de trabajo se encontró que en la IPS San Luis, sienten más miedo de reportar sus errores que en la IPS San Francisco de Asís. A lo que el grupo de investigadores, basados en su experiencia profesional, es factible que existe relación con el hecho de que la IPS San Luis sea una IPS de atención materna. Hecho que sumado a la declaratoria de alerta amarilla emitida por la secretaria de salud departamental de Sucre durante el mes de abril de 2013, por el incremento de los casos de muertes maternas durante el I trimestre del mismo año (211.9 por 100.000 nacidos vivos) y a todas las consecuencias tanto epidemiológicas, como sociales, económicas y jurídicas que existen alrededor de una muerte materna, genera que los funcionarios eviten estar involucrados en errores relacionados con la atención a gestantes. Máxime cuando una muerte materna siempre la acompañan “avalanchas” y abordajes periodísticos de los que ninguno desea hacer parte.

Lo anterior deja ver que Sucre esta sensible con las muertes maternas, debido a cambios significativo presentados en las tasas de mortalidad materna en los últimos tres años así: 2010 (61.2 por 100.000 nacidos vivos), 2011(84.1 por 100.000 nacidos vivos), 2012 (53.2 por 100.000 nacidos vivos).

En relación con el análisis del reporte de errores, se estableció que el 35% no reporta los errores que pudieran haber causado daño, pero que al final no lo hacen. Es decir, que un porcentaje significativo de los errores son desconocidos por los líderes de los procesos en la institución. En consecuencia, se pierde información valiosa para la seguridad del paciente, sobre todo si se tiene en cuenta la Pirámide de Heinrich donde cada evento adverso grave tiene como base varios incidentes. Por lo tanto, si se interviene la base se puede disminuir la presencia del evento.

## 5. CONCLUSIONES

- No existe claridad en los funcionarios de las IPS San Luis y San Francisco sobre el concepto de evento adverso.
- Las capacitaciones impartidas a los funcionarios de las IPS San Luis y San Francisco sobre eventos adversos no cuentan con una periodicidad que permita el afianzamiento sobre la temática de evento adverso; la cual exige re-aprendizajes, cambios de esquemas y hábitos inadecuados creados a lo largo de los años de ejercicio profesional. Según los encuestados, en los últimos 6 meses no han recibido ninguna capacitación al respecto.
- Las capacitaciones desarrolladas sobre eventos adversos carecen de impacto y recordación por parte de los funcionarios de las IPS San Luis y San Francisco, lo que demanda una revisión de las metodologías utilizadas y los capacitadores vinculados al proceso.
- La socialización de los eventos adversos es débil; en primera instancia debido a que los funcionarios no poseen cultura del reporte de los eventos. Incluso, desconocen los mecanismos institucionales existentes para su realización. En segunda instancia, los eventos identificados y reportados no son dados a conocer, por ende no se facilita el aprendizaje de las experiencias vividas

## REFERENCIAS

- Aranaz, J.M. et al. (2008). Estudio y desarrollo de estrategias seguridad del paciente. *Gaceta Sanitaria*; 22(Supl. 1):198-204.
- Aranaz, JM, Aibar-Remón C, (2009). Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Recuperado de [http://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME\\_IBEAS.pdf](http://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf).
- Anacona, Imbacuan, (2011). *Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad. Hospital del Tambo Cauca, Abril – Mayo 201* (Trabajo de grado). Universidad EAN. Popayán.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2006). *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005*. Recuperado de <http://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- Aranaz, J. M.; Vitaller, J.(2004). Identificación de Efectos Adversos De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. [http://www.eves.san.gva.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=fd9097fe-2bb2-4eb3-bd4d-fb314490b103&groupId=10128](http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=fd9097fe-2bb2-4eb3-bd4d-fb314490b103&groupId=10128)
- Bejarano, Pentevez, Sanabri. (2010) *Análisis de los reportes adversos en una empresa promotora de salud* (trabajo de grado). Universidad EAN. Bogotá.

- Gaitán, et al. (2003). Tamizaje de eventos adversos en atención obstétrica y del puerperio en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia.
- Gaitán, et al. (2006). Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, Revista Salud Publica.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. (1998). Lexikon, Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations.
- Ministerio de salud y de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Recuperado de [www.minsalud.gov.co/.../Resoluciòn%200112%20de%202012%20-%20...](http://www.minsalud.gov.co/.../Resoluciòn%200112%20de%202012%20-%20...)
- Ministerio de salud y de la Protección Social. (2012). Resolución 123( 26 de Enero). Recuperado <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Res123%20ene26de2012%20modificRes1445.pdf>
- Manrique, Ibáñez, Robayo. (2007). Factores asociados al tiempo de ocurrencia de los eventos adversos, en dos instituciones de tercero y cuarto nivel, Bogotá, D.C.
- Otálora, Valencia, Cardona. (2009). Caracterización de eventos adversos en una ESE de primer nivel de Caldas. Recuperado [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16%281%29\\_7.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16%281%29_7.pdf)
- Superintendencia Nacional de Salud (2006). Circular 030( 2 de Septiembre). Recuperado de [http://www.supersalud.gov.co/normatividad/documentos/CIRCULAR\\_30\\_2006.pdf](http://www.supersalud.gov.co/normatividad/documentos/CIRCULAR_30_2006.pdf)
- Superintendencia nacional de salud (200). Circular 056 ( 6 de Octubre). Recuperado de <http://epscomfamiliar.com/wp-content/uploads/2013/12/Circular-externa-056-de-2009.pdf>

Superintendencia nacional de salud (2012). Circular 009. Recuperado de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=82>.

Thomas, et al. (2000) Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care.

Ministerio de salud y de la Protección Social.(2014). Resolución 2003 (28 de mayo). Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

## 6. ANEXOS

### ANEXO 1.

#### ENCUESTA SOBRE EVENTOS ADVERSOS DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL DE LA ESE DE SALUD SAN FRANCISCO DE ASIS

**Objetivo:** Establecer el nivel de conocimiento que presentan los funcionarios de salud de la ESE San Francisco de Asís de Sincelejo, relacionados con los eventos adversos

#### I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

Nº DE ENCUESTA

NOMBRES							
EDAD	SEXO	F	M	PROFESION U OCUPACION			
Tº DE EGRESADO EN AÑOS				IPS DONDE LABORA			
Tº DE VINCULACION A LA IPS				SERVICIO DONDE LABORA			

#### II. CONOCIMIENTO SOBRE EVENTOS ADVERSOS.

- La IPS donde labora cuenta con programa de seguridad del paciente? SI  NO
- Conoce el programa de seguridad del paciente de su IPS? SI  NO
- Ha recibido capacitación sobre seguridad del paciente y evento adverso en los últimos seis meses?  
SI  NO
- Tiene clara la definición de un eventos adverso? SI  NO
- Cree usted que para que un evento sea adverso, debe haber daño en el paciente?  
SI  NO
- Enumere los eventos adversos que conoce:  
A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_  
C \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_

E \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

G \_\_\_\_\_ Observaciones \_\_\_\_\_

7. Conoce cuales con los eventos adversos que se presentan en sus IPS? SI  NO 

Si su respuesta es sí, indique cuales: \_\_\_\_\_

8. Indique cual de los siguientes acciones inseguros se han presentado en su IPS:

- a) Reingreso al servicio de urgencia antes de las 72 horas por la misma causa \_\_\_\_\_
- b) entrega equivocada de un reporte de laboratorio \_\_\_\_\_
- c) Procedimientos que no se efectúan cuando están indicados \_\_\_\_\_
- d) Equivocación en paciente, procedimiento o tratamientos \_\_\_\_\_
- e) Falta de disponibilidad de insumos, equipos o dispositivos médicos en la IPS \_\_\_\_\_
- f) falta de cama o recurso humano \_\_\_\_\_
- g) Registros clínicos ilegibles, confusos o incompletos \_\_\_\_\_
- h) ninguno \_\_\_\_\_ i) Todos \_\_\_\_\_

9. Para usted quien es el responsable de la seguridad del paciente en su IPS?

- a) Medico tratante \_\_\_\_\_ b) jefe de turno) \_\_\_\_\_ c) auxiliares de turno \_\_\_\_\_ d) auditor \_\_\_\_\_
- e) Vigilante \_\_\_\_\_ f) administrador \_\_\_\_\_ g) Cada funcionario \_\_\_\_\_ h) el paciente \_\_\_\_\_ i) ninguno \_\_\_\_\_

10. Si usted se encuentra frente un evento adverso, que haría?

---



---



---



---

11. Conoce cuál es el procedimiento para reportar un evento adverso y aspectos que tengan relación con la seguridad del paciente? SI NO  12. Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, lo reporta? SI NO  13. Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, los reporta? SI  NO 14. Cree usted que existan alguna diferencia entre eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura? SI  NO

Si su respuesta es sí, indique cuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Siente miedo de reportar errores cometidos? SI  NO

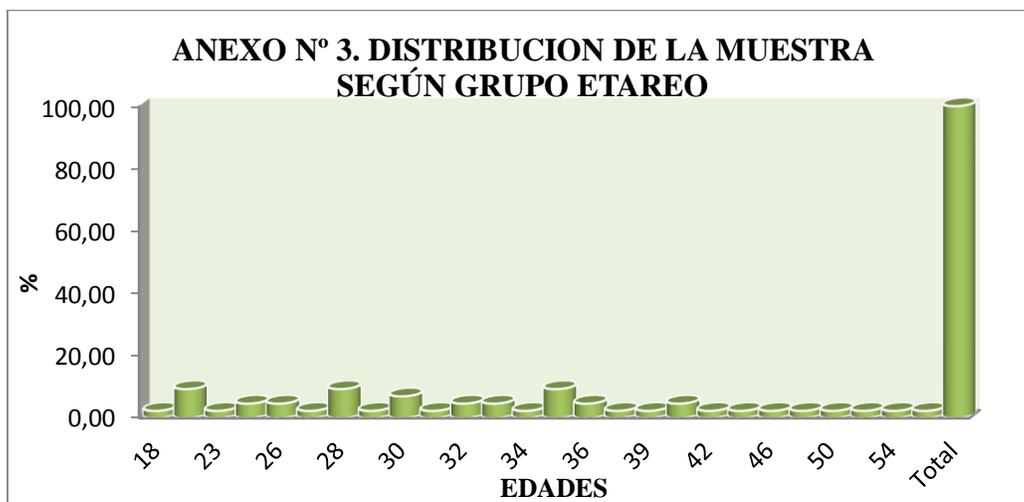
16. Han socializado con usted análisis de los eventos adversos ocurridos en su IPS? SI  NO

17. Ha propuesto ideas para mejorar la seguridad de los pacientes en su IPS? SI  NO

Muchas Gracias por su colaboración

### ANEXO 2. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR IPS DONDE LABORAN



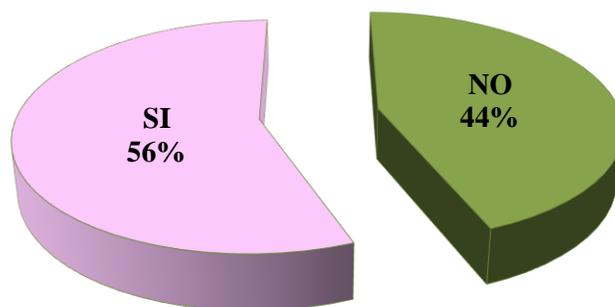


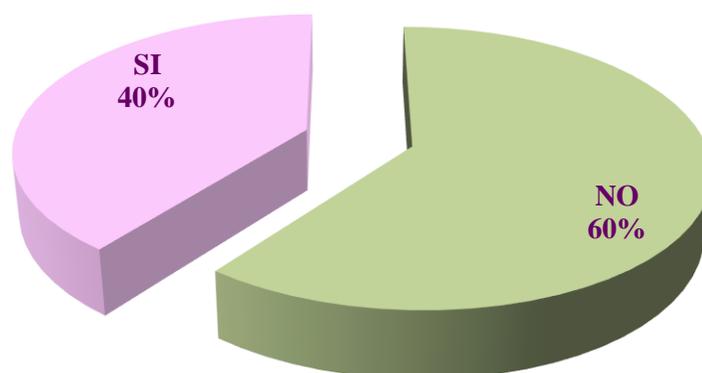
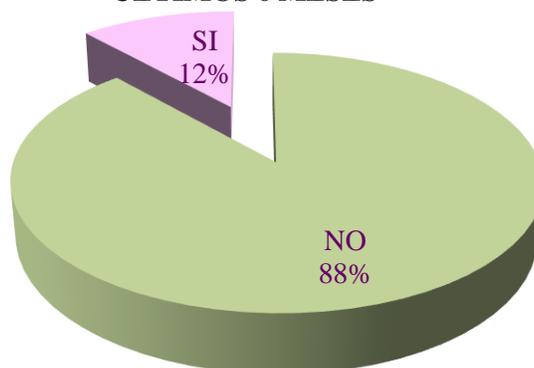
#### ANEXO N°4. TIEMPO DE EGRESADOS

TIEMPO DE EGRESADOS	%
menor de 1 año	2,9
De 1 a 5 años	26,4
De 5 a 10 años	23,5
De 10 a 15 años	20,5
mayor de 15 años	29,4
TOTAL	100

**ANEXO N° 5. TIEMPO DE VINCULACION DE LOS FUNCIONARIOS A LA IPS**

<b>TIEMPO DE LABOR EN IPS</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	22,22
De 1 a 5 años	38,89
De 5 a 10 años	16,67
De 10 a 15 años	16,67
mayor de 15 años	5,56
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

**ANEXO 6. LA IPS DONDE LABORA CUENTA CON PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**ANEXO N° 7. CONOCE EL PROGRAMA DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE DE SU IPS****ANEXO N° 8. HA RECIBIDO CAPACITACION  
SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS  
ULTIMOS 6 MESES**

**ANEXO 10.HA PROPUESTO IDEAS PARA MEJORAR  
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**