

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

**Sistema de Gestión de Eventos Adversos en un centro de atención
primaria en salud, SIME 2017**

Yolanda Cristina Narváez Buitrón

Jaime Ocampo, MD., PhD.

Director de trabajo de titulación

**Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Gerencia de Salud**

Quito, 29 de enero del 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**COLEGIO DE POSGRADOS****HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Sistema de Gestión de Eventos Adversos en un centro de atención primaria en
salud**

Yolanda Cristina Narváez Buitrón

Firmas

Jaime Ocampo, MD.PhD.

Director del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría, MD.PhD.

Director de la Especialización en Salud

Jaime Ocampo, MD.PhD.

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Hugo Burgos, Ph.D.,

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 29 de enero del 2017

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombre:

Yolanda Cristina Narváez Buitrón

Código de estudiante:

00125865

C. I.:

1717550329

Lugar y fecha

Quito, 29 de enero del 2017

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia por ser la razón y motivación de mi vida, el apoyo y cariño que me brindan en todo momento, a mi esposo por su amor leal e infinito, a mis padres por ser un gran ejemplo y a mi hermano por su cariño.

AGRADECIMIENTOS

A Jaime, por el conocimiento impartido en las clases y durante la elaboración de la presente tesina.

A mi esposo por el apoyo que me brinda en todo momento, a mis padres y mi hermano por estar conmigo de manera incondicional.

RESUMEN

Es necesario gestionar los incidentes de seguridad que se presentan en la atención sanitaria para disminuir al mínimo los eventos adversos mediante la identificación, notificación e investigación de los mismos.

El análisis causa raíz determina los factores contributivos para que se presenten las fallas y permite elaborar planes de acción y levantar barreras de seguridad que eviten su recurrencia.

Un cambio en la cultura organizacional del personal sanitario es el eje fundamental para que el sistema de gestión de eventos adversos funcione.

Palabras clave: incidentes de seguridad, eventos adversos, cultura organizacional, seguridad.

ABSTRACT

It's necessary to manage the safety incidents that appear in health care to minimize adverse events by identifying, reporting and researching them.

The "root cause" analysis determines the contributory factors for failure to occur and allows for the development of action plans and safety barriers to avoid the recurrence.

A change in the organizational culture of health personnel is the fundamental axis so that the adverse events management system works.

Key words: safety incidents, adverse events, organizational culture, safety.

TABLA DE CONTENIDO

1 Planteamiento del Problema.....	10
1.1. Antecedentes y Justificación	11
1.2. El proyecto y su articulación con los lineamientos de política y Legislación nacional y/o local.....	16
1.3. Ámbito y beneficiarios del proyecto.....	21
1.4. Definición del problema y sus causas.....	24
1.4.1 Descripción General.....	26
1.4.2 Causas y efectos.....	29
1.4.3 Árbol de Problemas.....	30
2. Análisis de los Involucrados.....	32
3. Objetivos del Proyecto.....	34
4. Productos y/o Resultados Esperados.....	36
5. Matriz del Marco Lógico.....	38
6. Estrategias de Implementación.....	40
7. Organización para la Gestión del Proyecto.....	42
7.1. Marco Institucional.....	42
7.2. Monitoreo y Evaluación.....	45
7.3. Sostenibilidad.....	46
8. Cronograma General de Actividades.....	48
9. Presupuesto y Financiamiento.....	49

10. Referencias Bibliográficas.....	51
11. Anexos.....	53

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los eventos adversos asociadas a la atención sanitaria son un problema de escala mundial que requieren una intervención inmediata para identificar los factores que los originan e instaurar las barreras de seguridad necesarias para que no se vuelvan a repetir.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere que la incorporación de sistemas de información y evaluación sobre el funcionamiento de los servicios de salud y de un registro de los eventos adversos permite mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Es necesario crear datos sobre los eventos adversos que se presentan para poder realizar un análisis en favor de la mejora continua y de reforzar la cultura de seguridad del personal sanitario.

Por lo que el instaurar un sistema de gestión de eventos adversos hará que el personal conozca, se involucre y trabaje sobre la seguridad del paciente en los servicios de atención sanitaria, lo que nos permitirá recoger datos, trabajar sobre ellos y finalmente poder instaurar una cultura organizacional orientada a cuidar la seguridad del paciente.

1.1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La calidad en todos los aspectos ha estado inmiscuida desde el inicio de los tiempos, inclusive los fenicios, egipcios y mayas tenían sus leyes y normas en cuanto a calidad de los productos. Por ejemplo, existían inspectores para verificar la perpendicularidad de los bloques de piedras, los fenicios reconocidos por la gran calidad de sus productos cortaban la mano derecha de los operarios que cometían errores en la elaboración de estos, este era su modo de evitar la aparición de errores. (El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores, Coronado Roberto y otros 2013).¹

Según el artículo Errar es Humano 2011, la condición humana por si misma está ligada a la condición de error en todas las actividades o prácticas y la medicina no es la excepción; la reacción primaria del ser humano ante un error es buscar culpabilidad y castigarla, esta conducta no asegura que el error no se vuelva a repetir; sino que más bien todo lo contrario; perjudica, ya que el castigo se asocia al miedo y al tener miedo las personas tienden a ocultar las cosas lo que no permite realizar la gestión de manera adecuada para que los errores no se vuelvan a repetir.

En Estados Unidos a mediados de los noventa la muerte inesperada en los hospitales llevó a que el gobierno decida investigar a través de un comité, el mismo que publicó el informe “Errar es Humano”; cuyos resultados son: entre 44 000 a 98 000 personas mueren al año en los hospitales a causa de los errores que se producen en el proceso de atención, de estos 7000 son por errores en la administración de medicamentos. Estas cifras hicieron que la mortalidad por errores médicos esté ocupando los primeros lugares inclusive, por arriba de los accidentes de tránsito, cáncer de mama o SIDA. (Errar es humano, Pérez Villareal y colaboradores, 2011).²

En el 2014 se realiza el análisis del Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles, teniendo los siguientes resultados, se analizaron los 245.320 episodios o atenciones de las cuales 16.782 (6,8%) sufrieron algún evento adverso asociado a la atención asistencial. Un 6,1% sufrieron un único evento, mientras que un 0,6% sufrieron dos y un 0,1% sufrieron tres o más. Los pacientes que sufrieron estos eventos adversos tenían mayor edad, mayor estancia hospitalaria y mayor comorbilidad. La proporción de mujeres con eventos adversos fue más alta que la de los hombres (52,1% frente a 45,9%). El 14,3% de los pacientes que sufrieron un evento adverso murieron, frente a un 3,5% de los que no los presentaron, en lo que a consumo de recursos respecta, el coste medio en los pacientes con eventos adversos fue superior al de aquellos que no los sufrieron (12.662 euros frente a 4.797 euros), es decir un paciente que sufre un evento adverso genera un gasto aproximadamente tres veces más que un paciente que no lo presenta. (ALLUE N., Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos, 2014). 13

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria de una gran importancia que fue realizado en Latinoamérica.

Esta investigación se realizó en 58 centros hospitalarios (11379 pacientes) pertenecientes a los países de: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú.

Los resultados encontrados fueron impactantes, ya que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados de salud, riesgo que se duplicaba si consideráramos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado; por lo que 20 de cada 100 pacientes

ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital.

El impacto en la salud de estos pacientes es que de cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos, 7 murieron, 17 quedaron con una incapacidad total, 12 con una incapacidad severa y 64 con incapacidades leves o sin incapacidad.

Las consecuencias en la estancia hospitalaria son que de cada 100 incidentes, 63 alargaron la estancia en el hospital, 18 dieron lugar a un reingreso y sólo 19 no tuvieron efectos sobre la estancia en el hospital

Los incidentes que causaron daño aumentaron la estancia en el hospital más de 16 días por paciente con variación entre los países que formaron parte del estudio que va desde 13 a 19 días; de cada 10 incidentes producidos por los cuidados sanitarios que produjeron daño, casi 6 podrían haberse evitado, cifras que llevan a pensar en los eventos adversos asociados a la atención sanitaria como un problema de Salud Pública. (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2011). 3

Los sistemas de notificación, registro y gestión de eventos adversos fueron creados inicialmente en el ámbito no sanitario, con el objetivo de poder acumular datos referentes a incidentes (sin daño) o accidentes (con daño) y de este modo poder tener un perfil de los problemas más frecuentes en la institución y generar una fuente de aprendizaje de los errores.

Históricamente, los problemas de seguridad en el ámbito sanitario se han tratado desde la perspectiva de morbilidad y mortalidad, y con la notificación de las quejas y sugerencias de los pacientes. Si bien éstas son fuentes de información importantes, así como los procesos de auditoría de historias clínicas u otros registros clínicos que nos ayudan a visualizar los problemas de seguridad en la atención sanitaria y en muy pocas ocasiones,

las causas. La creación de sistemas de registro, notificación y gestión de problemas de seguridad debería complementar las fuentes anteriormente señaladas.

El informe del IOM (Institute of Medicine) de 1999 mencionó que los sistemas de notificación son una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia

En Australia en el año de 1996 se puso a andar el Australian Incident Monitoring System (AIMS) (<http://www.hunter.health.nsw.gov.au/clinicalgovernance/aims.htm>), un sistema de registro y notificación informático. Acorde a las necesidades del grupo que utilice el sistema, el AIMS puede ser anónimo y confidencial o de dominio público; puede ser obligatorio o voluntario; recoger eventos adversos incidentes, quejas, casos médico-legales.

En el Reino Unido otra experiencia importante es el Incident Reporting & Information System (IRIS) fundado por el National Health Service (NHS) que involucra a todo tipo de incidentes, incluyendo las quejas y también los datos sobre demandas judiciales.

Por mayor seguridad el sistema se basa en la experiencia y en el software australiano para registrar lesiones, enfermedades e incidentes, logrando un amplio registro y con unas posibilidades de análisis gráfico muy actualizadas. El IRIS se puede utilizar en todos los hospitales del Reino Unido gratuitamente desde 1994 y fue el primer sistema mundial en incluir una metodología estandarizada para el análisis de causa raíz (ACR).

En Estados Unidos el Medication Error Reporting Program (MER) es un sistema voluntario que está dirigido a los profesionales asistenciales (que pueden hacerlo a través de: teléfono, correo electrónico o internet) y fue desarrollado por el Institute for Safe Medication Practice (ISMP), fundado en 1975; esta información se comparte entre la comunidad asistencial, la industria y la Food and Drug Administration (FDA), desde 1993 se han recibido 3.000 informes.

MedMarx es un sistema voluntario iniciado en 1998 aplicado a hospitales suscriptores. Está basado en internet y es anónimo, donde el personal puede remitir informes estandarizados y también tienen la posibilidad de agregar resultados del propio hospital y de otros hospitales participantes.

Para poder disminuir la frecuencia de presentación de los incidentes de seguridad en la atención sanitaria es indispensable encontrar las causas y crear métodos que nos permitan detectarlos antes de que causen algún daño en los pacientes o prevenirlos. Una de las maneras de conseguir esto es mediante un sistema de gestión de eventos adversos, que nos permita ver lo que está sucediendo para poder implementar estrategias que nos ayuden a reducirlos al máximo.

Un evento adverso es un daño no intencional producido durante la atención sanitaria y que no tiene que ver con la patología de base, la diferencia entre evento adverso con el resto de incidentes de seguridad se encuentra básicamente en que en el evento adverso ya hay un daño producido al paciente.

Heinrich pionero de la salud ocupacional y la seguridad señalaba que por cada evento adverso hay 30 incidentes menores y 300 casi errores por lo que los eventos adversos son solo la punta del iceberg. (Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. España, Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores, 2005). 4

1.2. EL PROYECTO Y SU ARTICULACIÓN CON LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA Y LEGISLACIÓN NACIONAL Y/O LOCAL

En lo que a seguridad del paciente respecta la normativa técnica consta en:

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR:

Art.32.- “...La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Art.154.- “A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión...”

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la Información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

- Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
- Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
- Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
- Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
- Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución. - Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
- Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
- Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de

salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2013-2017

Objetivo 3.

Mejorar la Calidad de vida de la población, Política 3.1 Política 3.2

3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.1.a Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios.

3.1.e Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.1.h Definir la institucionalidad y la estructura orgánica necesaria para la operación de los sistemas de calidad de servicios sociales.

3.1 Reforzar o crear mecanismos de control social de la gestión y la calidad de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 180.- La autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento. Regulará los procesos de licenciamiento y acreditación. Regulará y controlará el cumplimiento de la normativa para la construcción, ampliación y funcionamiento de estos establecimientos de acuerdo a la tipología, basada en la capacidad resolutoria, niveles de atención y complejidad.

Art. 181.- La autoridad sanitaria nacional regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina prepagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad según los enfoques y principios definidos en esta Ley.

Art. 201.- Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio

para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos.

ACUERDO MINISTERIAL N. 00004499 (sujeto a modificaciones)

Art. 2.- “Disponer que la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, El Manual de Aplicación de la Lista O.M.S. de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009”, y Cirugía Segura Salva Vidas, sean aplicados a nivel nacional obligatoriamente como una Normativa del Ministerio de Salud Pública, para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública de Salud y Red Complementaria). Mediante el cual, la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, vigila y controla el cumplimiento de dicha disposición, asegurando así que se adopte medidas de seguridad esenciales, que sirvan para minimizar los riesgos evitables más comunes, que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos y de su aplicación en los Hospitales del Segundo y Tercer nivel de Atención. (“MSP, 2015, Norma técnica de seguridad del paciente sistema nacional de salud del Ecuador.”) 5

1.3. ÁMBITO Y BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

El proyecto está dirigido a un centro de atención primaria en Salud ubicado en el sector de Cumbayá perteneciente al Cantón de Quito sin que por esto se descarte que en un futuro se pueda aplicar al resto de Centros Médicos pertenecientes a la misma red.

En cuanto a los beneficiarios del proyecto son todos los pacientes y profesionales de la salud involucrados en la atención sanitaria, el sistema de gestión de eventos adversos está enfocado en cuidar y mejorar la seguridad del paciente durante la atención sanitaria.

De acuerdo a: El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores, 2012., el concepto de calidad en el ámbito sanitario ya no es nuevo, incluso las más antiguas civilizaciones se preocupaban por este aspecto, en los antiguos papiros egipcios en el código de Hammurabi y en el Tratado la Ley de Hipócrates podemos evidenciar su interés por la calidad.

La calidad ha ido evolucionando a la misma velocidad que las sociedades, ha pasado por la inspección, el control y un proceso de mejoramiento continuo, varios de los conceptos de calidad enfocados en el ámbito de salud se orientan hacia el grado en que los procesos de atención médica aumentan las probabilidades de los resultados esperados y reducen los riesgos al máximo, lo cual se pretende en gran parte con la implementación del sistema de gestión de eventos adversos.

Un sistema de gestión de eventos adversos pretende en primera fase que se identifique dicho evento adverso para poder identificarlo y reportarlo, una vez que se haya reportado se lo debe analizar para buscar el evento causal; y sobre esto establecer barreras de seguridad para que no se vuelvan a repetir.

La mayoría de eventos adversos han sido identificados en los hospitales, sin embargo, esto no quiere decir que en los otros ámbitos sanitarios no existan, más bien es que el conocimiento recopilado en esta área es aún limitado. Por lo que este proyecto se enfoca en instaurar el sistema de gestión de eventos adversos en un centro de atención ambulatoria en salud, que si bien es cierto la literatura no dispone de mayor información sobre este tipo de eventos en estos centros; conocemos que en la atención primaria en

salud está la base de un buen sistema sanitario. (CORONADO R., El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores, 2012.) 8

De acuerdo a la Agencia Nacional para la Seguridad del paciente de España existe una tendencia ascendente al uso de servicios de atención primaria más que los hospitalarios por la creciente capacidad resolutive de estos centros en varias enfermedades inclusive las crónicas, a pesar de esto la investigación de seguridad del paciente en este ámbito es limitada. Unos investigadores en Manchester publicaron una revisión de estudios en el ámbito ambulatorio, en la que las categorías más comunes de errores tienen que ver con los diagnósticos 50% tenía que ver con un fallo o retraso en el diagnóstico, además otros errores comunes encontrados fueron retraso o fallo en derivar al paciente, errores de prescripción de la medicación y no alertar o reconocer los efectos secundarios de los medicamentos, con una frecuencia del 5% cada uno.

Los resultados de estos errores en orden de frecuencia son: 21% la muerte del paciente, deterioro en su condición clínica 6% y dolor innecesario 4%.

Un estudio realizado en los Estados Unidos demuestra que la mayoría de los errores asociados a la práctica clínica están en dos categorías: en los sistemas de prestación de la atención como por ejemplo comunicación inadecuada e incompleta; como por ejemplo una secretaria que no realiza una cita con la brevedad que el paciente necesita, fallas administrativas y en la falta de habilidades y conocimientos clínicos.

Por tanto, se evidencia que las áreas trascendentales para mejorar la seguridad del paciente son diagnóstico, prescripción, dispensación de medicamentos y comunicación entre diferentes profesionales.

Por lo que este proyecto está enfocado en un centro de atención primaria en salud. (Agencia Nacional para la seguridad de paciente, Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria). 12

Los beneficiados del proyecto serán todos los pacientes que acudan a este centro de salud, ya que en base al análisis de los datos que el sistema nos provea, se realizará una gestión continua y permanente de los errores presentados aprendiendo de ellos y aprovechando de los mismos para poder implementar planes de acción que impidan que se vuelvan a repetir, los profesionales de salud que laboran en el centro de atención ambulatoria también serán beneficiados pues tendrán gran oportunidad de aprendizaje, no solo sobre calidad y seguridad de los servicios sanitarias, sino también se abre una gran oportunidad para revisar y estar siempre actualizados en la literatura médica, buscando siempre no causar daño o en su defecto el menor daño posible durante un procedimiento o atención médica. Por lo que existen grandes oportunidades en la atención primaria en salud para poder poner a funcionar este sistema de gestión de eventos adversos y así lograr buscar la causa de los errores para no volver a repetirlos.

1.4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y SUS CAUSAS

Los eventos adversos asociadas a la atención sanitaria son un problema de escala mundial que requieren una intervención inmediata por la magnitud del problema, además de cada

10 eventos adversos presentados al menos 6 se pudieran prevenir mediante la implementación de barreras de seguridad efectivas, datos tomados del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2010, Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.

La falta de conocimiento sobre los eventos adversos presentados en el paciente, no nos permite tener en cuenta que estos incidentes pueden ser causados por múltiples factores; generalmente se maneja el concepto equivocado de que el error humano es el único causal y por tanto se adoptan conductas de culpabilidad frente a los profesionales.

Se debe cambiar la visión de una sola persona como culpable a un enfoque más sistémico e integral, tomando en cuenta que hay varios factores contributivos relacionados con los incidentes, el profesor James T. Reason que propuso el modelo de causalidad de los incidentes, defiende esta posición pues él asevera que todo este tipo de incidentes de seguridad del paciente están precedidos por algún tipo de acción insegura y para llegar a las causas es necesario realizar un análisis profundo y tener en cuenta todas las condiciones que se encuentran alrededor del proceso de atención.

Hay que tomar en cuenta los siguientes términos en cuanto a incidentes de seguridad:

Evento adverso evitable: es un daño no intencional ocasionado al paciente, que no tiene que ver con su patología de base y que es producto de la atención sanitaria.

Evento adverso no evitable: es un daño no intencional producido en el paciente que no tiene que ver con la patología de base y es producto de la atención sanitaria llevada a cabo sin error.

Acción insegura: es una conducta que se da durante el proceso de atención en salud que se produce por acción u omisión de los miembros del equipo.

Error: es el uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado.

Error por acción: es hacer lo que no se debía hacer.

Error por omisión: es no hacer lo que se debía hacer.

Casi evento adverso: aquellas intervenciones asistenciales ejecutadas con error donde la actuación de una barrera de seguridad o una intervención oportuna impide que se presente daño en el paciente.

Fallas activas: son los errores resultantes de decisiones o acciones tomadas por parte de las personas que están involucradas en un proceso.

Fallas latentes: son las que se encuentran en los sistemas o en los procesos.

Factor contributivo: son factores que predisponen o facilitan a una acción insegura. De acuerdo al ámbito donde se originan tenemos algunos factores contributivos:

1. Paciente:

Complejidad y gravedad, lenguaje y comunicación, personalidad y factores sociales.

2. Tarea y tecnología:

Diseño de la tarea y claridad de la estructura, disponibilidad y uso de protocolos, confiabilidad y disponibilidad de las pruebas diagnósticas, ayuda para la toma de decisiones.

3. Individuo:

Habilidades, conocimientos y competencia. Salud física y mental.

4. Equipo de trabajo:

Comunicación verbal y escrita, disponibilidad de soporte y supervisión, estructura del equipo (consistencia, congruencia, equilibrio etc).

5. Ambiente:

Suficiente personal, mezcla de habilidades, carga de trabajo, patrón de turnos, diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos, soporte administrativo y gerencial, clima laboral, ambiente físico (espacio, luz y ruido).

6. Organización y gerencia:

Recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas, estándares y metas, prioridades y cultura organizacional.

7. Contexto institucional:

Económico y regulatorio, contactos externos.

De lo cual se desprende que varios de los eventos adversos son producto de fallas latentes del propio sistema y de no implementar la barrera de seguridad que corrija estas fallas esto se seguirá repitiendo. (Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2010, Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.) 6

1.4.1. Descripción general

De acuerdo al Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2010, los eventos adversos asociados a la atención sanitaria son un problema que genera varios daños en el paciente y pérdidas económicas altas, a pesar de esto aún la mayoría de instituciones de salud no disponen de sistemas de gestión de los mismos, lo que causa que estos eventos adversos cada vez sean de mayor frecuencia y gravedad.

Un sistema de gestión de eventos adversos debe tener las siguientes características:

- a) **No punitivo:** La persona que notifica no debe estar intimidada o con temor a represalias, sanciones o castigos, el sistema no debe estar basado en la culpabilidad, si por ejemplo durante la realización de una terapia física se produce

una quemadura en el paciente por compresa caliente, los planes de acción a seguir serán verificar y actualizar el protocolo de manejo para este tipo de terapias y socializar lo encontrado; más no sancionar al individuo involucrado

- b) **Voluntario:** Se pretende crear una cultura de seguridad del paciente por lo que el reporte y notificación del evento adverso no debe ser de manera obligatoria, sino que el profesional involucrado o testigo del incidente debe reportarlo por su propia voluntad, si por ejemplo durante la realización de una terapia física de columna, el terapeuta deja mucho tiempo una compresa caliente y produce una quemadura en la piel del paciente estamos ante un evento adverso, lo que se pretende es que sea el propio terapeuta quien reporte este incidente de manera voluntaria, de donde probablemente se analizará los protocolos usados para realizar esta terapia con compresas calientes, se revisará y actualizará los conocimientos o en caso de que no haya un protocolo de manejo se deberá crear uno para minimizar el riesgo en los pacientes
- c) **Confidencialidad:** Ni el incidente, ni la persona que notifica ni la institución implicada pueden ser revelados a personas que no forman parte del sistema de gestión de calidad, salvo casos autorizados por la ley. En el caso del terapeuta, el incidente será analizado por el auditor médico y los implicados, esta información deberá ser manejada de manera muy confidencial.
- d) **El análisis debe ser llevado a cabo por expertos técnicos:** Es necesario que el análisis de los reportes sea llevado a cabo por profesionales con conocimiento sobre seguridad del paciente, los incidentes que se presentan y las causas, de ser necesario y si el caso lo amerita se puede armar equipos de investigación que incluya a un experto técnico en la rama de la especialidad o especialidades médicas que se requiera y un profesional experto en seguridad de la atención

sanitaria, en el caso analizado probablemente sea necesaria la presencia de un terapeuta física como experto técnico del caso

- e) **Oportunidad de los análisis:** Los análisis deben ser llevados a cabo de manera oportuna en el tiempo establecido, y a su vez los resultados deben ser socializados con el personal involucrado para que las recomendaciones sean difundidas de manera rápida y evitar problemas futuros, son la gerencia en conjunto con el equipo de calidad quienes deben determinar el tiempo que será considerado necesario para la elaboración el análisis técnico. (6)
- f) **Socialización de los resultados:** Es necesario informar a todo el personal sanitario el evento sucedido las consecuencias y los respectivos planes de acción que se van a implementar para que no vuelva a presentarse los errores encontrados, de manera que todos estén involucrados y todos tengan la oportunidad de aprendizaje que nos genera cada evento, en el caso de la quemadura será necesario socializar el nuevo protocolo de manejo en caso de que no hubiere; o sus actualizaciones en caso de que lo tengamos a todo el personal implicado del área de terapia física con esto buscamos impedir que este incidente vuelva a suceder y disminuir el riesgo de quemaduras en los pacientes durante la terapia.

1.4.2. Causas y efectos

Casi nunca los eventos adversos son consecuencias de un solo error, por lo que todos los sectores que trabajan mundialmente en la seguridad del paciente han reconocido un modelo de multicausalidad.

Por tanto, existen varias circunstancias concatenadas que interactúan entre sí para que resulte un evento adverso, a este concepto se le ha llamado modelo del queso suizo, puesto que varios factores se alinean o coinciden para que se presente el evento; para poder prevenirlos debemos investigar todas las causas por las que aparecen y poder evitarlos en un futuro.

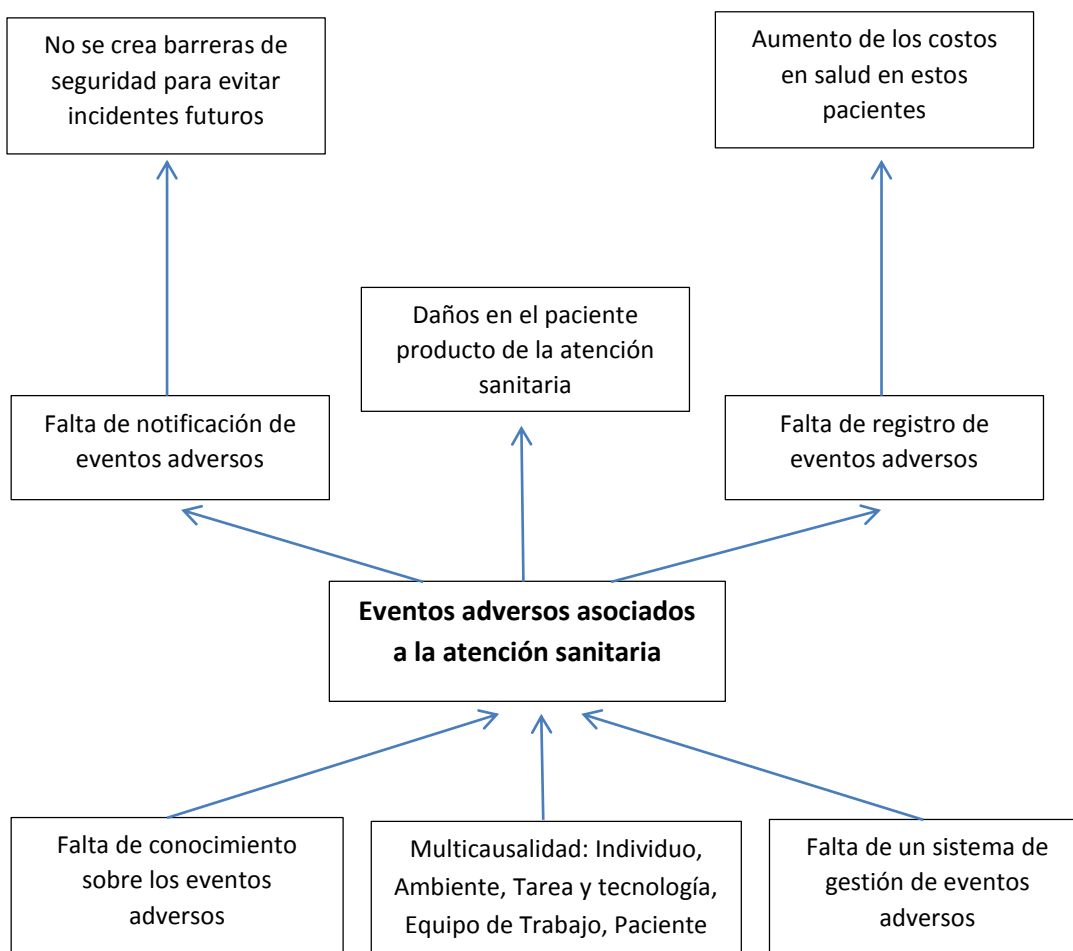
Existen varias herramientas para realizar el análisis causal, como, por ejemplo: el análisis de causa raíz (ACR), las espinas de pescado (modelo de Ishikawa), la lluvia de ideas, el protocolo de Londres, que son usados en función de la experiencia del analizador y de la complejidad del caso.

Por métodos didácticos las causas se han agrupado de varias maneras, causas organizacionales, de equipos, de personas, del ambiente, de la tarea y tecnología entre otras.

Según el libro Seguridad del paciente un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud, de Fundación Corona, 2009; de los 35 millones de pacientes aproximadamente que se hospitalizan anualmente en los Estados Unidos, se considera que 44000 por lo menos hasta 98000 mueren como consecuencia de los eventos adversos, si tomamos como referencia la cifra más baja los 44000 es más alta que la mortalidad considerada por SIDA, cáncer de seno y accidentes automovilísticos en este país, datos más que suficientes para entender que estamos ante un problema de Salud Pública que requiere intervención inmediata. Fundación Corona, 2009, Seguridad del

paciente un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. 7

1.4.3. Árbol de problemas



Fuente: Cristina Narváez

El problema principal son los eventos adversos asociados a la atención sanitaria, sin duda estos eventos son multicausales, teniendo en cuenta además que si no tenemos alguna estrategia para reducir la presentación de estos errores los eventos adversos se harán más frecuentes cada vez, además de que no tenemos datos sobre estos eventos y al no conocerlos no podemos investigarlos y evitarlos.

2. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

Para poder diferenciar de mejor manera hemos dividido a los involucrados en dos grupos:

- **Involucrados internos:** Son todas las personas que forman parte del proyecto y laboran en los centros de atención sanitaria, los profesionales de la salud y los profesionales administrativos. Todo un grupo de profesionales con el perfil y la actitud necesaria para aprender y trabajar en el sistema de gestión de eventos adversos, sistema que pretende ser bastante práctico y amigable con los profesionales para que ellos puedan realizar el reporte sin ningún problema e involucrarse en todas las actividades encaminadas a cuidar y reforzar la seguridad del paciente.

Se debe tener en cuenta que absolutamente todo el personal que labora en el centro de salud debe estar al tanto y comprometerse a formar parte del sistema de gestión de eventos adversos, y que la identificación y notificación de un evento adverso es responsabilidad de todos los profesionales (secretarias, jefe de la central, médicos, enfermeras, laboratoristas y todos los profesionales que laboran en el centro de atención ambulatoria).

- **Involucrados externos:** Son todos usuarios del centro médico, es decir todos los pacientes que acuden sea a consulta médica o a realizarse cualquier procedimiento, es necesario que el personal del centro médico ante cualquier evento adverso que se presente en el paciente le informe sobre el sistema de gestión de eventos adversos, y que se investigará el caso para finalmente determinar cuál fue el error o errores en la atención para instaurar barreras de seguridad y evitar que vuelvan a suceder.

Matriz de análisis de los involucrados

Involucrados	Interés	Expectativa	Fuerza	Índice = Expectativa * Fuerza	Observaciones
Director Administrativo	Aprobar la creación de un departamento de calidad y auditoría médica	+5	+2	+10	Interés con alto poder de resolución y de ejecución
Trabajadores	Recibir capacitaciones sobre seguridad del paciente	+5	+3	+15	Interés en que se cumpla el objetivo de reducir al mínimo los eventos adversos
Pacientes	Recibir una atención enfocada en seguridad del paciente	+5	+2	+10	Interés en que se cumpla el objetivo de reducir al mínimo los eventos adversos

Fuente: Series de Manuales No.7, Preparación para la ejecución, SEPAL.

Se usó una escala de 1 a 5, donde el 1 indica el menor grado de importancia del involucrado para el proyecto y el menor grado de involucramiento del mismo; por su parte el 5, indica el mayor grado de importancia del involucrado para el proyecto y el mayor grado de involucramiento.

3. OBJETIVOS DEL PROYECTO

a. Objetivo General

Determinar los requisitos básicos para elaborar un sistema de gestión de eventos adversos asociadas a la atención en un centro de atención ambulatoria, para el año 2017.

b. Objetivos Específicos

- Establecer las fases para implementar un sistema de gestión de eventos adversos en un centro de atención ambulatoria.
- Determinar los insumos necesarios para el sistema de gestión de eventos adversos en la atención sanitaria.
- Establecer las directrices de registro, notificación, análisis y prevención de eventos adversos.

El sistema de gestión pretende ser un modelo metodológico para poder implementar de manera sistemática en el Centro de atención primaria en Salud un conjunto articulado de: estrategias, conceptos, políticas y herramientas que causan sinergia en conjunto para poder disminuir los riesgos asociados a la atención sanitaria y así obtener los mejores resultados en un entorno seguro para el paciente.

Los requisitos básicos para establecer el Sistema de Gestión de Eventos Adversos se pueden dividir en dos componentes: el levantamiento de los procesos para identificación, registro y notificación de eventos adversos y la cultura de seguridad, tomando en cuenta que estos dos elementos son dependientes y deben apalancarse el uno al otro además de darse de manera continua y paralela a través del tiempo.

El uno no podrá sobrevivir sin el otro, es decir una cultura de seguridad no se podrá sostener sin procesos claros de registro y notificación y viceversa los procesos no se llevarán a cabo si las personas no poseen una cultura de seguridad.

Dentro de estos dos elementos se implementan varias herramientas que han sido clasificadas como duras y blandas. Las duras tienen que ver con todo lo referente a identificación, análisis e intervención de eventos adversos; todo esto se apoya en la literatura y evidencia con el objetivo de diseñar procesos claros, seguros y que involucren a todo el equipo, mediante estrategias en las que se elaboren políticas y directrices que formen parte de las prioridades organizacionales.

Las herramientas blandas están enfocadas en crear una cultura de seguridad del paciente, seguramente esta es la parte que requiere más trabajo para poder implementar, pues el llegar hacia la consciencia de las personas, mostrarles la realidad y poder lograr que ellos sepan no solo aceptar sus errores sino también puedan notificarlos es una cuestión que necesita tiempo y varias estrategias.

Sin embargo, si podemos integrar las estrategias, gestión de procesos y cultura de seguridad adecuada, podemos lograr que el Sistema de Gestión de Eventos adversos funcione y contribuya a disminuir los errores en la atención sanitaria y a mejorar la calidad y seguridad de la atención. (Fundación Corona, 2009, Seguridad del paciente un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud). 7

4. PRODUCTOS Y/O RESULTADOS ESPERADOS

Los cambios que se esperan en la institución, luego de la implementación del sistema de gestión de eventos adversos son:

- Generar datos para investigación y gestión de calidad, es necesario conocer las fallas para poder evitarlas, con el sistema de gestión de eventos adversos podremos tener datos sobre cuantos se generan, en qué áreas, de que tipo, los involucrados y así poder investigar la causa e implementar una barrera de seguridad para que estos no se vuelvan a repetir. Estos datos serán obtenidos a partir del análisis de los formatos de reporte de eventos adversos que deberán ser llenados con cada incidente identificado y notificado.
- Monitorización de los incidentes ocurridos, se debe identificar todos los eventos adversos.

Crear una cultura organizacional en el personal centrada en la seguridad del paciente, que permita el involucramiento y compromiso completo de todos los profesionales. Una cultura de seguridad es el resultado de varios factores, es el resultado de valores individuales y de grupo, competencias, percepciones, actitudes y los objetivos que indican el grado de comprometimiento de las organizaciones con reducir al mínimo el daño al paciente, sin embargo estos sistemas nos sirven como herramientas que ayudan a mejorar esta cultura ya que la información que se genera del sistema y las resoluciones a los problemas permiten a los individuos tanto poder identificar como aprende de las experiencias y sentirse involucrados y comprometidos con una mejor atención que disminuye al mínimo los riesgos asociados. (Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2010, Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.) 6

Según la seguridad del paciente en siete pasos de la Agencia Nacional para la seguridad del paciente, para construir una cultura de seguridad es necesario que las personas estén

conscientes de que las cosas pueden ir mal, tengan la capacidad de reconocer sus errores, aprender de ellos y actuar para que no se vuelvan a repetir. Tener en cuenta que la seguridad del paciente debe estar incluida en la Misión, Visión, Estrategia, Proyectos, Indicadores y Objetivos de la organización.

Cada organización tiene su tipo especial de cultura, que son el resultado de comportamientos, valores y creencias, que definen la forma en que trabajan; en los centros de atención primaria tienen que afrontar diversas situaciones complejas y cada vez con más volumen de trabajo que impactará sobre la cultura de seguridad de la organización. Una cultura ideal sería aquella capaz de reconocer sus errores, aprender de ellos y actuar para mejorar las cosas. (Agencia Nacional para Seguridad del paciente, La seguridad del paciente en siete pasos, 2005.) 12

- Reducir costos, en un futuro cuando se pueda reducir al mínimo la aparición de eventos adversos finalmente se reducirán los costos, ya que cada evento adverso que se presenta genera gastos en la atención sanitaria.
- Aumentar la satisfacción del usuario, cuando un sistema que tiene como objetivo primordial mejorar la seguridad funciona, los pacientes lo notarán y se sentirán confiados y seguros de usar estos servicios.
- Actualización y mejora continua de los profesionales, cada evento adverso tiene fallas y cada falla deberá ser investigada y finalmente socializada con todo el personal para que no se vuelva a repetir en ocasiones futuras, por tanto los profesionales estarán continuamente siendo retroalimentados sobre las guías y protocolos más actuales de manejo.

5. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

El marco lógico es una herramienta que nos ayuda a reforzar el diseño, ejecución y evaluación del proyecto.

Resumen narrativo	Indicadores verificables	Medios de verificación	Supuestos (Riesgos)
Fin - Implementar un sistema de gestión de eventos adversos en un centro de atención primaria en salud	Impactos - Tener un registro de los eventos adversos presentados en los seis meses de ejecución del proyecto, realizar su investigación y poner barreras de seguridad para que no se vuelvan a repetir	Medios de verificación - Auditoría Interna	Sostenibilidad - Aprobación del proyecto por parte del Director Administrativo
Propósito - Establecer las fases para la implementación del sistema - Determinar los recursos necesarios - Lograr el involucramiento de todos los profesionales	Resultados - Crear una cultura organizacional enfocada en la seguridad del paciente	Medios de verificación - Registros de notificación de eventos adversos	Propósito a fin - Resistencia a mantener una cultura centrada en la seguridad del paciente
Componentes/Productos - Registro, notificación y gestión de los eventos adversos	Productos - Número de eventos adversos presentados en un	Medios de verificación	Componentes/Productos a propósito

	centro de atención primaria en salud durante seis meses	Indicadores de incidentes de seguridad	Gestión en calidad
Actividades - Primera fase de socialización con capacitación al personal sobre concepto de evento adverso, implementación y la fase de monitorización	Presupuestos - Capacitación al personal sobre cómo identificar y notificar un evento adverso - Creación de un departamento de calidad que estará encargado del análisis de los eventos adversos, y la implementación de barreras de seguridad para que no vuelvan a ocurrir - Verificación de la efectividad de las barreras de seguridad implementadas - Retroalimentación a todo el personal sobre las experiencias adquiridas	Medios de verificación - Evaluación al personal - Registros de notificación de eventos adversos	Actividades a componentes - Adherencia de todo el personal involucrado al sistema de gestión de eventos adversos - Aprobación del proyecto por parte del Director Administrativo

Fuente: Cristina Narváez

6. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

El sistema de gestión de eventos adversos consta de varios pasos que se deben ejecutar:

a) Identificación del evento: es necesario conocer y poder identificar un evento adverso para iniciar la gestión del mismo. Tener presente que un evento adverso es un daño no intencional en el paciente producto de la atención sanitario y que no tiene que ver con la patología de base, (Anexo No. 3).

b) Reporte del evento: la notificación del evento se realiza mediante el llenado del formulario de eventos adversos (Anexo No. 1), el mismo que puede ser diligenciado de manera física o electrónica y enviado al departamento de calidad.

- **Persona que notifica:** Personal sanitario o administrativo que estuvo involucrado o fue testigo del incidente, lo puede realizar mediante el llenado del formulario físico o electrónico.
- **Período de notificación:** la notificación debe ser realizada el mismo día del evento, o de tener alguna dificultad hacerlo lo más temprano posible.
- **Lugar de notificación del evento:** la notificación se realiza dentro del centro de atención ambulatoria.

c) Análisis del evento: El equipo de calidad designará un auditor médico encargado de realizar la investigación del evento, para el análisis del incidente se usará el formato de Análisis de Causa Raíz (Anexo No.2), donde se debe analizar los siguientes aspectos:

- Tipo de evento adverso (evitable o no evitable)
- Área donde se produce el evento

- Personal involucrado
- Factores contributivos
- Plan de acción
- Barreras de seguridad

d) Ejecución y seguimiento del plan de acción: Se debe realizar una verificación del cumplimiento de las barreras de seguridad establecidas en el plan de acción, y seguimiento de la efectividad de las medidas adoptadas.

e) Retroalimentación al personal sanitario: Realizar reuniones con el personal, para socializar el evento presentado y explicarles el plan o planes de acción a ponerse en marcha para que esto no vuelva a ocurrir.

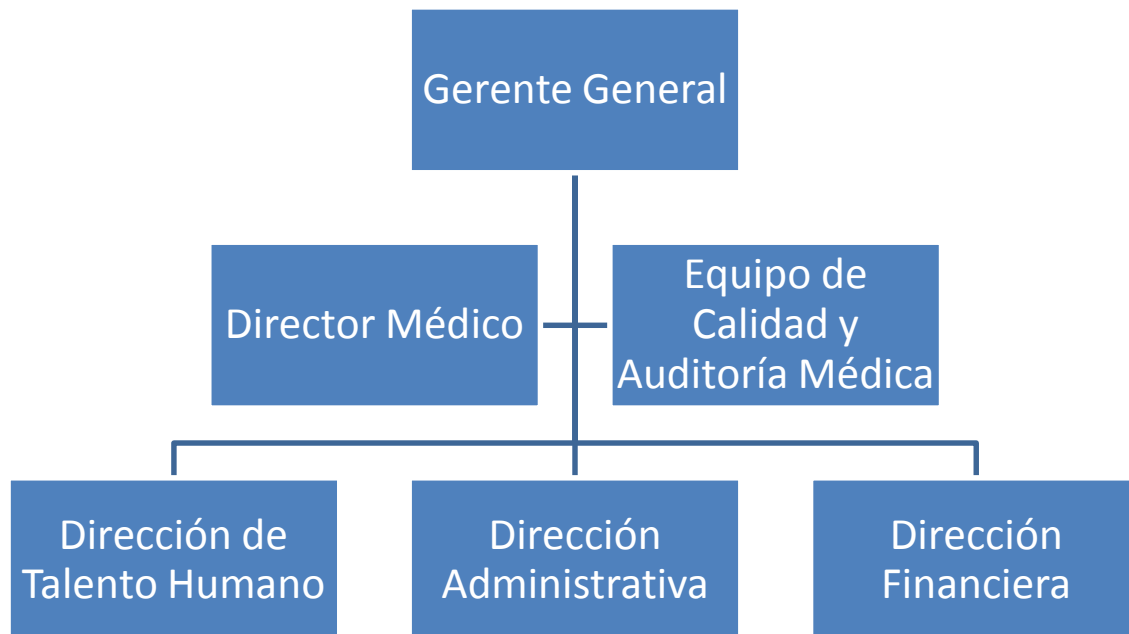
7. ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO

Para poder llevar a cabo el proyecto nos apoyaremos de:

7.1.- MARCO INSTITUCIONAL

La legislación y la normativa nacional y local vigente en el país que les corresponde a los Sistemas Médicos además de su propio reglamento interno. El proyecto necesita de un equipo de calidad y auditoría médica, que se dedicará al análisis de los eventos adversos reportados y adicionalmente a instaurar las barreras de seguridad para que estos no se vuelvan a repetir.

El organigrama propuesto es el siguiente:



Fuente: Cristina Narváez

El equipo de Calidad y Auditoría Médica debe ser un ente autónomo con capacidad de toma de decisiones y funcionará como un organismo de apoyo y control para el resto de áreas operativas.

El equipo se compone de:

Jefe de calidad (1)

Auditores médicos de calidad (2)

Jefatura de Calidad:

Definición de funciones: Se encarga de todo el equipo de calidad de su correcto funcionamiento y desempeño, realizar la organización y distribución de tareas, liderar el análisis de resultados obtenidos con la implementación del sistema de gestión de eventos adversos, crear políticas y estrategias de seguridad, generar reportes e informes del avance y evolución de los indicadores del sistema.

Desarrollar e implementar el sistema de gestión en su área de responsabilidad, asegurar el cumplimiento de la legislación, asegurar la mejora continua y la disminución de los peligros y riesgos, asegurar la ejecución de las acciones de mejoramiento del Sistema de gestión de eventos adversos, aprobar los procesos y documentos del área, reportar todos los accidentes e incidentes, utilizar los implementos de protección personal.

Conocimientos requeridos: Manejo de la Normatividad Vigente, Sistemas de Gestión de Calidad en salud, administración de servicios de salud, técnicas y Prácticas de auditoria en Salud, planeación y desarrollo de proyectos, normas de Administración de personal, herramientas de sistemas de información, herramientas o Instrumentos propios del trabajo.

Estudios requeridos: Título profesional en Medicina, postgrado en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud o Auditoría en Servicios de Salud.

Experiencia: 2 años de experiencia relacionada con las funciones del cargo.

Audidores médicos:

Definición de funciones: Auditorías y seguimiento del cumplimiento de las políticas de calidad de la organización. Auditorías de historias clínicas y adherencia a guías de práctica clínica, visitas y acompañamientos de supervisión al centro médico.

Análisis de eventos adversos, elaboración de protocolos, procesos, guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica y adaptadas al medio.

Retroalimentación a los profesionales de salud con respecto al funcionamiento del sistema de gestión de eventos adversos, los resultados obtenidos y las barreras de seguridad a instaurarse para evitar errores en la atención.

Conocimientos requeridos: Manejo de la Normatividad Vigente, Sistemas de Gestión de Calidad en salud, administración de servicios de salud, técnicas y Prácticas de auditoría en Salud, herramientas o Instrumentos propios del trabajo.

Estudios requeridos: Título profesional en Medicina, postgrado en Auditoría en Salud o Auditoría en Servicios de Salud.

Experiencia: 2 años de experiencia relacionada con las funciones del cargo.

7.2.- MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proyecto propuesto está basado en gestión de calidad y seguridad del paciente en la atención sanitaria, el monitoreo y evaluación estará a cargo del equipo de calidad y será continuo, es importante tener claro que inicialmente los datos no podrán ser comparados con un histórico pues al momento los centro médicos no disponen de registro y notificación de eventos adverso, por lo que los datos obtenidos serán los iniciales, adicionalmente debemos estar conscientes que una verdadera cultura de calidad se puede ver cuando el número de reportes aumenta pues recordemos que todos los procedimientos y atenciones en salud van de la mano con un riesgo, por lo que si tenemos un número bajo o nulo de notificaciones no quiere decir que no hay eventos adversos sino que no se están reportando.

La verificación de la efectividad de las barreras de seguridad instauradas tras la investigación de cada evento adverso también es permanente y continua, el fin es lograr disminuir los riesgos de la atención al máximo por lo que las barreras de seguridad son la herramienta que nos permite que los errores no se vuelvan a repetir.

La efectividad de la barrera se pone de manifiesto cuando el error no volvió a ocurrir caso contrario se debe instaurar otra barrera de seguridad diferente y se volverá a reevaluar su efectividad posteriormente.

7.3 SOSTENIBILIDAD

Un cambio de cultura organizacional en los profesionales orientada a cuidar la seguridad del paciente garantiza que el sistema de gestión de eventos adversos sea práctico, funcione y se mantenga en el tiempo, aunque en un inicio los resultados no sean los esperados debemos permanecer constantes en el refuerzo del sistema de gestión, recordar que un cambio de cultura en los profesionales lleva algún tiempo pero que se puede lograr si tenemos los objetivos claros y la paciencia y constancia necesaria.

Se propone mantener el sistema de gestión de eventos adversos y mejorarlo en el tiempo mediante la aplicación del ciclo de la mejora continua o PHVA: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.

La planificación consiste en elaborar todas las actividades que se deben llevar a cabo para la realización del proyecto, una vez realizada toda la planificación del sistema debemos ponerlo en marcha, es decir ejecutar todas las actividades indicadas en la planeación, es decir Hacer, luego de llevar a cabo las actividades debemos evaluar los resultados obtenidos, mediante revisión de documentos, auditorías de las que obtendremos resultados, la verificación y finalmente realizar las mejoras y cambios que se requieren para poder lograr mejores resultados, conocemos que todos los sistemas son perfectibles por lo que luego de analizar las mejores necesarias volveremos a planificar en base a las experiencias adquiridas para iniciar nuevamente el ciclo.

El carácter no punitivo, voluntario, de mente abierta que propone el sistema está direccionado a crear un ambiente de confianza y respeto con los profesionales para que ellos sin temor a castigos puedan identificar los incidentes que se presentan y logren reportarlos, entendiendo que no somos inmunes a los errores pero que debemos reconocerlos para poder analizarlos y evitarlos en futuras oportunidades. El crear un

ambiente de confianza, seguridad, mejora continua, pretende generar las condiciones necesarias para que los profesionales se involucren en el sistema y trabajen en conjunto para mejorar la seguridad del paciente y la calidad en la atención sanitaria.

8. CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES

Actividad	2017																															
	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planificación del proyecto																																
Aprobación del proyecto																																
Socialización del proyecto																																
Creación del equipo de calidad y auditoría médica																																
Implementación de los registros de notificación de eventos adversos																																
Reuniones de retroalimentación para los profesionales																																
Evaluación y monitoreo																																

El cronograma elaborado está basado en el diagrama de Gantt, mediante el cual se pretende identificar en el tiempo las actividades previstas conforme al proyecto propuesto.

9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Todo proyecto, más aún cuando está direccionado a ofrecer una mejora en la calidad con respecto a la seguridad del paciente, necesita de un financiamiento adecuado.

En la siguiente tabla se indican las actividades a realizar que representen posibles gastos: en la primera columna se indica la actividad, en la segunda el detalle, en la tercera el valor unitario y en la cuarta el valor mensual. El financiamiento total del proyecto estaría a cargo de “Sistemas Médicos San Francisco”.

Presupuesto general, elaborado para el período de un año:

Actividad	Gastos			Valor Anual (dólares)
	Detalle	Valor Unitario (dólares)	Valor Mensual (dólares)	
Contratación de un equipo de calidad	Jefe de Calidad	2500	2500	30000
	Audidores Médicos (1)	1800	1800	21600
			4300	51600
Mobiliario oficina de calidad	Mesas (3)	600	1800	1800
	Sillas (3)	300	900	900
	Computadoras (3)	700	2100	2100
			4800	4800
Refuerzos positivos al personal (Trimestral)	Horas extras (hasta 40)	20	800	3200
	Auspicio en capacitaciones	70	700	2800
			1500	6000
Capacitación al personal y socialización del proyecto(semestral)	Sala de conferencias	-	-	
	Refrigerio	40	40	80
	Materiales didácticos	20	20	40
			60	120

Reuniones mensuales de retroalimentación	Sala de conferencias	-		
	Refrigerio	40	40	480
	Materiales didácticos	20	20	240
			60	720
TOTAL			10720	63240

Fuente: Cristina Narváez

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores, Coronado Roberto y otros 2013.
 - 2.- Errar es humano, Pérez Villareal y colaboradores, 2011.
 - 3.- Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2011.
 - 4.- Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. España, Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores, 2005.
 - 5.- MSP, Norma técnica de seguridad del paciente sistema nacional de salud del ecuador, 2015.
 - 6.- Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2010, Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.
 - 7.- Fundación Corona, 2009, Seguridad del paciente un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud.
 - 8.- Coronado R., El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores, 2012.
- Pérez V, ELSEVIER, Errar es Humano, 2011.
- 9.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. Series de Manuales N° 7. En CEPAL, Preparación de la Ejecución.
 - 10.- OMS, La investigación en seguridad del paciente, 2008.
 - 11.- Agencia Nacional de seguridad del paciente, Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria.

- 12.- Agencia Nacional para Seguridad del paciente, La seguridad del paciente en siete pasos, 2005.
- 13.- ALLUE N., Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos, 2014.

11. ANEXOS

Anexo No. 1: Registro de Notificación de Eventos Adversos

REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	
1.- Datos generales (favor llenar los casilleros en blanco o marcar con una x)	
Fecha de notificación:	
Fecha real del incidente:	
Nombre de la persona que notifica:	
Correo electrónico de la persona que notifica:	
Tipo de reporte:	Queja ____ Reporte voluntario ____
Área:	
Relación del incidente:	Medicamentos ____ Procedimientos ____ Laboratorio Clínico ____ Consulta ____ Otros ____
2.- Datos del incidente	
Realice un resumen del evento ocurrido:	
3.- Datos del paciente	
Nombres y Apellidos:	
Historia Clínica:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

Elaboración: Cristina Narváez

Anexo No. 2: Herramienta para el análisis de eventos adversos

Análisis causal de Eventos Adversos	
Datos Generales	
Nombres y Apellidos:	
Edad:	
Cédula de identidad:	
Fecha de análisis:	
Fecha de reporte:	
Tiempo de elaboración:	
Responsable del análisis:	
Descripción del incidente:	
Factores Contributivos	
Factor Contributivo	Causas
Equipo de trabajo	
Tarea y Tecnología	
Individuo	
Paciente	
Organización y Gerencia	

Ambiente						
Contexto institucional						
Error analizado						
Plan de acción						
	Actividad	Cómo	Cuando	Responsable	Respaldo	Estado
1						
2						
3						
4						

Elaboración: Cristina Narváez

Anexo No. 3 Conceptos Clave

TERMINOLOGÍA DE SEGURIDAD	
Evento adverso evitable:	Es un daño no intencional ocasionado al paciente, que no tiene que ver con su patología de base y que es producto de la atención sanitaria.
Evento adverso no evitable:	Es un daño no intencional producido en el paciente que no tiene que ver con la patología de base y es producto de la atención sanitaria llevada a cabo sin error.
Acción insegura:	Es una conducta que se da durante el proceso de atención en salud que se produce por acción u omisión de los miembros del equipo.
Error:	Es el uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado.
Error por acción:	Es hacer lo que no se debía hacer.
Error por omisión:	Es no hacer lo que se debía hacer.
Casi evento adverso:	Aquellas intervenciones asistenciales ejecutadas con error donde la actuación de una barrera de seguridad o una intervención oportuna impide que se presente daño en el paciente.
Fallas activas:	Son los errores resultantes de decisiones o acciones tomadas por parte de las personas que están involucradas en un proceso.
Fallas latentes:	Son las que se encuentran en los sistemas o en los procesos.
Factor contributivo:	Son factores que predisponen o facilitan a una acción insegura.

Elaboración: Cristina Narváez