Diseño y propuesta de una estrategia de seguridad del paciente, basada en sistemas de gestión Integral, en instituciones prestadoras de servicios de salud de las ciudades de Cali e Ibagué

Integrantes:

Alexander Usurriaga Rivera.

Ángela Constanza López Giraldo.

Bernardo Marín Martínez.

María Yineth Morales Barreto.

Universidad Católica de Manizales

Facultad de Administración

Especialización Gerencia de Calidad

Manizales

2017

Diseño y propuesta de una estrategia de seguridad del paciente, basada en sistemas de gestión Integral, en instituciones prestadoras de servicios de salud de las ciudades de Cali e Ibagué

Integrantes:

Alexander Usurriaga Rivera.

Ángela Constanza López Giraldo.

Bernardo Marín Martínez.

María Yineth Morales Barreto.

Universidad Católica de Manizales

Especialización Gerencia de Calidad

Manizales

2017

Tabla de Contenido

Introducción 6
1. Problema de Investigación 8
1.1 Planteamiento del problema. 8
1.2 Formulación del problema 10
2. Antecedentes. 11
3. Justificación. 13
4. Objetivo general 15
5. Objetivos específicos. 15
6. Marco De Referencia. 16
6.1 Marco Teórico 16
6.2 Marco Conceptual 20
6.3 Marco Espacial 22
6.4 Marco Temporal 22
7. Diseño Metodológico. 23
7.1 Aspectos Metodológicos 23
Las causas asociadas a los errores de la atención en salud que generan daño al paciente están 23
7.1.1 Fuentes y Técnicas para la Recolección de Información: 24
7.1.2 Tratamiento de Información: 25
7.2 Beneficiarios. 25
7.3 Matriz de marco lógico 25
7.4 Plan de Grantt 27
7.5 Presupuesto: 28
7.6 Financiación del proyecto: 29
7.7 Relación con otros proyectos o procesos 29
8. Desarrollo metodológico: 30
8.1 Base de datos 32
8.1.1 Calculo de la muestra: 33
8.2 Análisis de Causas: 33
8.3 Guía de Recomendaciones 34

9. Conclusiones: 35
10. Recomendaciones 36
11. Anexos 37
12. Bibliografía 38

Tablas.

Tabla 1. Matriz de Marco Lógico. 25

Tabla 2. Tabla de Grantt. 27

Tabla 3. Presupuesto de la Investigación. 28

Tabla 4. Número de eventos adversos según cause mapping en relación a infecciones en el periodo de Enero del año 2016 y Abril de 2017. 31

Gráficos.

Grafico 1. Distribución absoluta de tipo de evento adverso en Ibagué –Cali en el periodo de Enero del año 2016 y Abril de 2017. 30

Ilustraciones

Ilustración 1. Modelo Organizacional de Causalidad de Incidentes Clínicos. 24

Ilustración 2. Ejemplo de análisis causal a través de cause mapping. 33

Introducción

Los temas de seguridad en pacientes internados en los diferentes servicios de salud es una prioridad de vital importancia, los eventos adversos son alertas sobre la existencia de una atención insegura; por todo esto la seguridad del paciente se debe monitorizar de manera permanente y en forma proactiva ya que son muchos los riesgos asociados a la atención en salud.

En Colombia la resolución 2003 de 2014 es de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadores de servicios de salud y profesionales independientes; en ella se describe y expresa las condiciones y procedimientos de seguridad mínimos que deben poseer para garantizar seguridad y evitar incidentes durante la atención en salud esto debido a la alta vulnerabilidad.

Es por ello que todas las instituciones de salud deben laborar en pro de una atención segura, donde todos ganen (el usuario) al recibir la atención deseada con una estancia menor y (la institución) la cual ahorra costos (evita glosas en la facturación, demandas, hace una utilización adecuada de medicamentos y recursos, optimización en horas de profesionales etc.) todo esto creando confianza y credibilidad generando un mayor good will.

Pero para mejorar, se debe trabajar en equipo y romper paradigmas, generando un trabajo sistémico con todos las áreas se puede lograr un plus en toda la cadena de valor, por lo tanto con esta investigación se sugiere involucrar en el manejo de los eventos adversos al área de salud ocupacional ya que es clave para generar cultura de seguridad, ayuda a crear mejoras, y

logra generar acompañamiento en el manejo de los incidentes, esta área puede ayudar a monitorizar y controlar todos los eventos que pueda ocurrir como: (adecuado manejo de medicamentos, el correcto uso de dispositivos médicos, el cansancio o fatiga del personal, riesgos en caídas, pacientes con estancias prolongadas controlando ulceras o escaras , medidas de bioseguridad en temas de aislamientos por infecciones intrahospitalarias, fomentar el lavado de manos); pero todo este manejo se puede lograr con el apoyo de la administración o gerencia.

Es por esto, el plus de este trabajo investigativo, es mostrar como por medio de guías de seguridad podemos aportar a la seguridad del paciente y como el área de salud ocupacional es importante y puede intervenir en el mejoramiento y mitigación de los diferentes eventos adversos generados en los servicios de salud.

1. Problema de Investigación

1.1 Planteamiento del problema.

Desde hace más de 2500 años, se tratan temas de seguridad del paciente, Hipócrates,(Siglo V a.c) en su escrito Sobre las Fracturas define un concepto que hace referencia estrictamente al pilar que cualquier cultura de seguridad del paciente debe tener como principio el reporte, y dice "debo en consecuencia mencionar los errores médicos que quiero enseñarles para que ustedes no los cometan" y en su frase emblemática incluida en el juramento hipocrático "*Primum non nocere*" que traduce: " lo primero es no hacer daño", siendo estos elementos importantes para futuras reflexiones relacionadas con la seguridad del paciente durante la atención sanitaria, pero que hoy no solo debe ser direccionadas por el grupo medico sino por todo el equipo que hace parte directa o indirectamente de la atención en salud, Sin embargo, el trabajo por la seguridad del paciente no terminan ahí, los últimos estudios realizados al respecto muestran cifras realmente alarmantes, en el año 2000 el estudio del Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos señala que entre 44000 y 98000 pacientes morían como consecuencia de los errores en la atención, (kohn LT, 1999); De acuerdo a esta publicación se encendieron las alarmas y otros países latinoamericanos incluido Colombia a través del estudio IBEAS iniciaron mediciones al respecto, para tener una realidad más ajustada al contexto local; los resultados son muy dicientes, las conclusiones del estudio afirman que "La incidencia global de pacientes con algún Evento Adverso fue de un 19,8%. Las variables que explican que un paciente sufra un incidente durante la hospitalización son: el servicio donde está ubicado (mayor riesgo en

servicios quirúrgicos y Unidad de Terapia Intensiva), si ha ingresado de forma urgente, el tiempo total de hospitalización y si ha sido expuesto a factores de riesgo extrínseco (vías de entrada) o presenta algún tipo de co-morbilidad[1]" (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, 2009).

Las causas asociadas a los errores de la atención en salud que generan daño al paciente están ligadas a diferentes factores, dentro de los cuales se encuentra la organización, la tecnología, el equipo, el ambiente, incluso el propio paciente.

Las anteriores referencias dejan claro el riesgo que corre la vida de los pacientes que acuden a cualquier institución de servicios de salud, más aún cuando dentro de la organización no está definida una estrategia clara para reducir el riesgo asociado a los eventos adversos derivados de la atención en salud.

Hasta el momento no se han hallado evidencias que correlacionen la implementación de sistemas integrados de gestión con la seguridad del paciente, aun cuando la seguridad es una de las más importantes dimensiones de la calidad; por lo tanto, esta investigación se desarrollará en las ciudades de Cali e Ibagué, en instituciones prestadoras de servicios de salud con diferentes niveles de complejidad y de índole público y privado, con el propósito de analizar la situación actual de los sistemas integrados de gestión y correlacionarlos con la seguridad del paciente para finalmente definir una estrategia que permita reducir la incidencia de eventos adversos.

[1]EA: Eventos Adversos
UTI: Unidad de Terapia Intensiva

1.2 Formulación del problema.

¿De qué manera influye la Seguridad y Salud en el Trabajo sobre la seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud objeto de esta investigación?

1.3 Sistematización del Problema

1. ¿Cuál ha sido la cantidad y calidad de reporte de los eventos adversos en las IPS objeto de estudio entre Enero del año 2016 y Abril de 2017?

2. ¿Cuál ha sido la Incidencia de actos inseguros que ocasionaron lesiones a los pacientes asociadas factores humanos prevenibles?

3. ¿Cuál es el impacto de la política de calidad institucional sobre la seguridad del paciente?

4. ¿Están Definidas las rutas de los procedimientos para la prevención de eventos adversos en las IPS objeto de estudio?

1. Antecedentes.

El manejo de la seguridad para los pacientes hospitalarios a través del control de los eventos adversos generados en clínicas y hospitales es un tema complejo, el cual cada vez en nuestro país toma más importancia en la comunidad y el clúster de la salud; toda persona que sea internada en un hospital está expuesta a múltiples factores de riesgo que pueden ser generados tanto por el personal médico y paramédico como también por las instalaciones y equipos utilizados; es por esto que los procesos hospitalarios y clínicos deben tener un correcto seguimiento, monitoreo y control en pro del mejoramiento continuo en beneficio siempre de la calidad de la atención y fidelización de los usuarios generando confianza y valor en toda la cadena de atención del paciente hospitalario.

Es un hecho que al velar por la prestación fundamental de los servicios de salud como lo indica nuestra constitución política, la seguridad dentro de estas instituciones es vital, ya que sin ella no puede existir calidad en el servicio, la seguridad del paciente se debe gestionar y anticipar en forma constante para mantener un enfoque global y multifactorial e identificar y gestionar los riesgos potenciales en cada ámbito y lugar de forma proactiva, por lo anterior actualmente se puede incrementar la seguridad tanto hospitalaria como clínica si se trabaja y se enfocan los esfuerzos de la dirección en estos objetivos:

1. Prevenir siempre los eventos adversos lo máximo posible.

2. Identificar, analizar y medir los eventos adversos que se generen

3. Reducir sus efectos y controlar la no repetición del mismo.

Para lograr la eficiencia de estos objetivos estas instituciones deben orientar sus procesos asistenciales basándose en guías y los protocolos existentes involucrando a todo el personal asistencial en el control de los eventos adversos y así holísticamente puedan ejercer proactividad en la mitigación del riesgo hospitalario; actualmente en nuestro país solo el control de estos riesgos recae en el área de calidad de clínicas y hospitales; pero es hora de dar un cambio y abordar integralmente los riesgos de los pacientes que afectan su seguridad de manera integral es por esto que debemos involucrar a salud ocupacional en este control ya que en gran porcentaje los eventos adversos están siendo originados por causales de errores involuntarios generados por el personal asistencial y medico contratado.

Se ha evidenciado que no es suficiente poseer protocolos de atención, y que es necesario abordar de manera proactiva los riesgos que pueden generar los eventos adversos, con guías y estrategias concretas, para potenciar en el personal el conocimiento sobre la seguridad de los pacientes de manera integral. De esta manera se podrían identificar los problemas de seguridad para aprender de ellos mediante sistemas de registro y medición implementando prácticas seguras en todos los niveles de prestación de servicios de salud; si utilizamos estas guías podemos ejercer control sobre los principales eventos adversos mencionados en la investigación (errores en procedimientos, infecciones, administración errónea de medicamentos) siendo proactivos y reaccionando a tiempo frente a estos posibles riesgos y manteniendo una constante comunicación con los pacientes factor primordial para ellos mismos contribuyan sobre su propia seguridad se pueden lograr instituciones de salud más seguras y con alta calidad en la prestación de los servicios de salud.

2. Justificación.

Por medio de la elaboración de esta investigación, se pretende ofrecer una herramienta, que complemente el estudio realizado en el año 2000, por el estudio del Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, en la cual muestran, el número de eventos adversos (muerte) que presentaron los pacientes al recibir una atención en las diferentes instituciones de salud, dando enfoque al origen del problema, que conlleva a que el equipo de salud, incurra en actos inseguros al prestar una atención a un paciente.

A pesar de todos los cuidados que el personal de salud tenga en la prestación del servicio, los pacientes pueden verse afectados, ya que la aparición de eventos adversos se debe a múltiples causas, por lo tanto es necesario la construcción de una cultura institucional en seguridad clínica, en la que todos los trabajadores reconozcan sus errores, los informen y aprendan de ellos, en donde toda la institución funcione como un todo y de manera armónica y en la que el personal de salud adopte practicas seguras, para mitigar al máximo posible la incidencia de eventos adversos.

Establecido lo anterior, se realizara análisis de eventos adversos ocurridos en diferentes instituciones de Salud del país, donde se atiende pacientes con diferentes patologías y de diferentes especialidades, con ayuda de la herramienta cause mapping, donde se analizarán las causas más comunes en la aparición de los eventos adversos y de donde se presentará una estrategia, para mitigar el riesgo de aparición del mismo.

Así, el presente trabajo permitirá direccionar los esfuerzos administrativos a aquellas rutas críticas de atención donde se identifique menor adherencia y por ende mayor riesgo de error,

con el propósito de minimizar el costo en las intervenciones para instaurar una cultura de seguridad basada en datos institucionales reales y de esta manera favorecer al equipo directivo respecto a inversión de tiempo y dinero.

Para finalizar, es necesario plantear las consecuencias de no intervenir en las causas que promueven los eventos adversos; principalmente por el desconocimiento de la realidad institucional en temas referentes a seguridad del paciente y la deficiente estandarización de procesos, la cual no deja ver más allá del error; cada punto de enlace en la cadena de atención de un paciente representa un riesgo de muerte. Así, las intervenciones que se realicen estarán dispersas en todos los procesos, servicios, especialidades, etc. Generando desgaste administrativo y asistencial del personal y los recursos, sin lograr resultados positivos para la institución y el paciente.

3. Objetivo general

- Diseñar una estrategia de seguridad del paciente, basada en el marco de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, aplicable en instituciones prestadoras de salud en diferentes regiones de Colombia.

4. Objetivos específicos.

- Realizar un análisis de los eventos adversos documentados en las instituciones de salud con el fin de elaborar el marco de referencia del proyecto.
- Establecer las causas que dan origen a los eventos adversos en las instituciones de salud a partir de la herramienta cause mapping.
- Definir acciones correctivas y de control que conlleven a la disminución de los eventos adversos en las instituciones de salud.

5. Marco De Referencia.

Para el entendimiento y desarrollo de la presente investigación, es necesario dar claridad a toda la parte normativa y descriptiva que rige la prestación de los servicios de salud, la seguridad del paciente, así como la seguridad y salud en el trabajo, con el fin de buscar un desenlace, una interrelación de los mismos y tener como resultado el desarrollo final de los diferentes objetivos, propuestos dentro de la misma.

5.1 Marco Teórico

Historia de la seguridad del paciente:

Como se mencionó al inicio de este documento, desde los siglos VI y V A.C, Hipócrates habló del compromiso de cuidar al prójimo y los médicos juraron dar beneficios a los pacientes que lo necesitasen.

Desde ese entonces se entienden que el personal de salud, debe procurar, prestar una atención segura y con calidad a los pacientes que atienden en las diferentes instituciones de salud que existen.

Por otra parte la práctica de la medicina estaba preferentemente en manos de los monjes, donde la iglesia tuvo una enorme influencia, cuando se tenía el concepto de que la enfermedad era un castigo divino.(Podio, 2008)

Luego vemos la aparición del médico americano Thomas Bond, quien fue el padre de la medicina clínica, mencionó que el admitir los errores ayudaba a mejorar la calidad de la atención, mientras Benjamín Rush medico norteamericano del siglo XVII, les hablaba a sus estudiantes que si combinaban las virtudes de la personalidad y humildad con la observación

empírica y el compromiso de mejorar continuamente la medicina les resultaría una nueva medicina y una era de felicidad de la humanidad.

Posterior a los conceptos que brindaron estos importantes actores de la medicina y de dar a conocer sus visiones sobre esta ciencia, salieron otros conceptos, que derivaron la temática de la atención de los pacientes, hacia la seguridad de los mismos, en el momento de ingresar a una institución de salud.

La seguridad en los servicios de salud fue una realidad poco y nada discutida hasta comienzo de los años noventa, donde Brennan y Leape, quienes fueron investigadores de la época, publicaron en el The New EnglandJournal of Medicine una de las más celebres revistas del mundo científico, los resultados de su revisión de treinta mil historias clínicas escogidas al azar, en las que encontraron lesiones infringidas a los pacientes, por la atención médicas, y que muchas de estas son producto de atención subestandar.

Del anterior estudio, dedujeron los investigadores Norteamericanos mencionados anteriormente, que la reducción de los eventos adversos, requería estudiar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias.

Por este motivo en el mismo país (Estados Unidos), varios miembros de la comunidad científica se reúnen y sale a la luz el documento “Errar es Humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, donde se reportó, que solo en este país ocurren entre 44 mil y 98 mil muertes anuales a consecuencia de errores médicos, cifras que estuvieron por encima de accidente automovilísticos, cáncer de mama y SIDA, a partir de este estudio, se prendió alarma al resto de los países, para investigar e iniciar intervención en este tema, el cual es de gran interés para el mundo entero.

Este estudio fue producto del proyecto denominado: “Quality of HealthCare in América”, el cual tenía como propósito desarrollar una estrategia para alcanzar una mejora en el sistema de

seguridad de salud en ese país en los siguientes años. Los eventos adversos se detectaron en el 4% de los paciente hospitalizados de los cuales el 70% provocan incapacidad temporal y el 14% accidentes eran mortales.

El primer estudio publicado que cumplió con la metodología adecuada, fue realizado en 1984 en Nueva York (Harvard Medical PracticeStudy) sus características le dieron validez suficiente, para ser reconocido como modelo.

En este trabajo la incidencia de los eventos adversos fue de un 3.8%; de los cuales, el 70% de estos pacientes se produjo incapacidad leve o transitoria, el 3% fue permanente y en el 14% provocó la muerte. El objetivo de la revisión era primordialmente establecer la posible negligencia en los eventos adversos. Las áreas más afectadas en este estudio fueron cirugía y procedimiento diagnósticos y terapéuticos, entre estos las reacciones a los medicamentos (19%), seguido de las infecciones de heridas quirúrgicas (14%) y de las complicaciones técnicas (13%) como las más frecuentes. Es importante resaltar que el 58% de estos eventos eran prevenibles.

Después de ver los resultados de estos estudios realizados en Estados Unidos, el Reino Unido iniciará una política de identificación y reducción de errores médicos, de donde se da a conocer “una organización con memoria” del Servicio Nacional de Salud (NHS), se ha implementado un plan de gobierno con el propósito de promover la seguridad del paciente, integrado a un programa prioritario “construyendo un sistema seguro”, la cual integra a participantes del Reino Unido, Estados Unidos y Australia, de donde nace un sistema obligatorio para la notificación de los diferentes eventos adversos.

Para el año 2005, en España el Ministerio de Sanidad desarrolla una Política Social, que tiene como objetivos 1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de la seguridad del paciente, entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria incluyendo la

difusión de los proyectos desarrollados entre ellos, el estudio ENEAS, 2. Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, 3. Promover la implantación de prácticas seguras en los centro sanitarios del Sistema Nacional de Salud y 4. Facilitar la participación de los pacientes y ciudadanos.

En Latinoamérica, el estudio IBEAS el cual se desarrolló con 5 países, en los cuales participaron Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, en éste, se incluyeron 11.555 pacientes ingresados en 58 instituciones de salud, se reportó un nivel de 11.85% de eventos adversos y la probabilidad de prevención de estos fue de un 60%, descritos así: el 13.27% relacionado con los cuidados, el 8.235 con el uso de medicación, el 37.14% con infecciones nosocomiales, el 28.69% con algún procedimiento realizado al paciente y el 6.15% con el diagnóstico del paciente.[2]

En lo que hace referencia a la relación entre los eventos adversos relacionados con factores humanos intervenibles, se habla de la antes denominada Salud Ocupacional, relacionando el hombre con el entorno, influenciado por los medios de producción y que se expresa por los niveles de bienestar físico, mental y social, (Allende 2006) la Salud Ocupacional se constituye en una rama de la Salud Pública cuyo objeto esencial de estudio e intervención es la relación entre la salud del hombre y su trabajo.

La declaración de esta disciplina, se direcciona a cumplir con los unos objetivos primordiales: el mantenimiento y la promoción de la salud de los trabajadores y de su capacidad de trabajo; el mejoramiento de los ambientes de trabajo y del trabajo mismo conducentes a mayor seguridad y salud; y al desarrollo de organización y culturas de trabajo[3].

[2]IBEAS Red Pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica "hacia una atención hospitalaria más segura"
[3]Red Mundial de Salud Ocupacional, COHNET. Nº 5. 2003.

Fue en el año 2014, mediante el Decreto 1443, el Ministerio de Trabajo de Colombia, se establecen unos requisitos mínimos de orden técnico y legal que deben implementar las empresas o entidades contratantes, como la planificación de la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, y verificar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados esperados.

5.2 Marco Conceptual.

5.2.1 Análisis de Causas: Método para la resolución de problemas que intenta evitar la recurrencia de un problema o defecto a través de identificar sus causas.

5.2.2 Atención en Salud: Conjunto de servicios que se prestan a un usuario, para la resolución de un problema de salud, así como los procedimientos, actividades e intervenciones asistenciales en las etapas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

5.2.3 Calidad de Atención en salud: Realizar las actividades que se estipulan dentro de la atención en salud, con estándares que permitan la prestación del servicio al individuo, dando el máximo potencial por parte del personal que lo atiende y utilizando la tecnología y recursos propios y de la institución de la mejor manera.

5.2.4 Cause Mapping: Método simple y eficaz de analizar, documentar, comunicar y resolver un problema- muestra cómo las relaciones individuales de causa y efecto se conectan y conducen al incidente final. Puede tomar cualquier tema que involucre a múltiples personas, grupos, departamentos, incluso las diferentes perspectivas expresadas por los involucrados, y organizar todo en un mapa visual que señala el camino a las mejores soluciones.

5.2.5 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.

5.2.6 Estrategias de Control: Es el instrumento por el cual, se mantiene bajo control las diferentes actividades dentro de una organización.

5.2.7 Evento adverso: Daño o lesión ocasionada al paciente de manera intencional o no intencional y estos se dividen en dos, las cuales son los prevenibles y los no prevenibles.

5.2.8 Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

5.2.9 Evento Adverso no Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

5.2.10 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.

5.2.11 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 lo procesos de atención.

5.2.12 Investigación de accidentes: Busca descubrir todos los factores que intervienen en la génesis de los mal llamados "accidentes", buscando causas y no culpables. El objetivo de la investigación debe ser neutralizar el riesgo desde su fuente u origen, evitando asumir sus consecuencias como inevitables.

5.2.13 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.

5.2.14 Prevención de Eventos Adversos: Realización de acciones que ayuden a evitar que ocurra un daño o lesión a un paciente, en la prestación de servicios de salud.

5.2.15 Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.[4]

5.2.16 Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo: Consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo. Su ejecución es permanente, como un proceso de mejoramiento continuo de las condiciones de trabajo.[5]

5.3 Marco Espacial

Esta propuesta de investigación, está orientada a realizarse en instituciones prestadoras de servicios de saludes tanto públicas como privadas de las ciudades de Cali e Ibague.

5.4 Marco Temporal

La duración total de la investigación, teniendo en cuenta recolección, análisis y depuración de la información, hasta llegar al diagnóstico y la propuesta para las entidades de salud, será en un plazo no mayor a tres (3) meses.

[4]Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, Ministerio de protección Social.
[5]Decreto 1443 del año 2014, ministerio de trabajo

6. Diseño Metodológico.

6.1 Aspectos Metodológicos

Las causas asociadas a los errores de la atención en salud que generan daño al paciente están ligadas a diferentes factores, dentro de los cuales se encuentra la organización, el recurso humano, la tecnología, el equipo, el ambiente, incluso el propio paciente.

En el planteamiento del problema, se muestra el riesgo que corre la vida de los pacientes que acuden a cualquier institución de servicios de salud, más aún cuando dentro de la organización no está definida una estrategia clara para reducir el riesgo asociado a los eventos adversos derivados de la atención en salud.

No existen pruebas documentadas que correlacionen la implementación de sistemas integrados de gestión con la seguridad del paciente, aun cuando la seguridad es una de las más importantes dimensiones de la calidad.

Por esta razón, se considera realizar una investigación de *Tipo Retrospectivo,* en la cual se estudiarán los eventos adversos presentados, en las instituciones de salud de diferentes regiones de Colombia en los periodos comprendidos entre Enero del año de 2016 y Abril del año 2017, para que sean de ayuda en la mitigación de futuros incidentes que involucren al paciente.

El Método de Investigación utilizado es el descriptivo, ya que ayuda de manera sistemática a identificar las causas principales, para la detección de los eventos adversos ocasionados en los pacientes de manera no intencional.

6.1.1 Fuentes y Técnicas para la Recolección de Información:

La herramienta a utilizar para la recolección de información, es el Protocolo de Londres, el cual es implementado por las Instituciones de Salud objeto de este estudio, en el reporte y análisis de los diferentes eventos.

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos"[6]. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa. Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

Ilustración 1. Modelo Organizacional de Causalidad de Incidentes Clínicos.

Fuente: Tomado de Ministerio de protección social, protocolo de Londres

6.1.2 Tratamiento de Información:

Los eventos adversos recolectados de cada una de las Instituciones de Salud objeto de estudio, se procesará con la herramienta Cause Mapping (método de análisis de causa raíz que mejora la forma en que las personas analizan, documentan, comunican y resuelven problemas), donde se estudiaran las diferentes causas identificadas por los investigadores y se discutirán las variables más destacadas.

Luego de obtener estas variables (causas) se verificara la manera de realizar un plan de mejora, que será de opción voluntaria en la aplicación, por parte de las instituciones que participaron en la investigación.

6.2 Beneficiarios.

6.2.1 Directos: los beneficiarios directos serán tanto las Instituciones de Salud, para mejorar su posicionamiento y nivel de calidad en la prestación de los servicios de salud y las Entidades de Salud, ya que por medio de los altos niveles de atención de las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud), se disminuirá el costo de una hospitalización de los pacientes atendidos en los diferentes centros de atención.

6.2.2 Indirectos: Los beneficiarios indirectos, serán los usuarios, que día a día acuden a los servicios de salud, para recibir atención de su enfermedad o problema de salud.

6.3 Matriz de marco lógico

Tabla 1. Matriz de Marco Lógico

Objetivos y Actividades	Indicadores Verificables Objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos

Fin: Diseñar una herramienta de seguridad, derivada del estudio de los eventos adversos analizados, para mitigar o disminuir los eventos adversos de las instituciones de salud, participantes del presente estudio y así elevar su nivel de calidad y posicionamiento.	➢ Numero de eventos adversos analizados con la herramienta de Cause Mapping de acuerdo al estudio presentado, en el periodo de Enero de 2016 a Abril de 2017/ Numero de eventos reportados, en el periodo de Enero de 2016 a Abril de 2017.	Datos entregados, por las entidades de salud. Datos analizados por el equipo de investigación.	Evitar la alta rotación de personal, para minimizar la ocurrencia de los eventos adversos. Inducción y reinducción permanente, enfocados en protocolos y guías de atención en salud
Propósito: Mantener en un porcentaje mínimo, de los eventos adversos presentados en las diferentes instituciones de salud y realizar constantemente planes de mejora, para dar manejo a los posibles eventos que se presente al pasar el tiempo, previniendo de manera oportuna, que se produzcan daños irreversibles a los pacientes.	➢ Porcentaje de satisfacción de los usuarios, durante el periodo de Enero de 2016 a Abril de 2017/porcentaje de satisfacción de los usuarios, en todo el año 2017.	Encuestas de satisfacción gratificantes, por parte de los usuarios.	Perdida de contratos, con diferentes Entidades de Salud, para la prestación de servicios de salud a sus afiliados. Insatisfacción de los pacientes atendidos y solicitud de parte de los mismos, en cambio de centros de atención.

			Cierre de las instituciones de salud, por falta de estándares de calidad.

Fuente: Propia.

6.4 Plan de Grantt

Tabla 2. Tabla de Grantt

Actividades	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Total	% de cumplimiento	Total	Responsables
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4				
Solicitud de comunicaciones para autorización de información a la Universidad Católica			**P**	**P**													2	0%	14	Dirección de Especialización - Jhon Jairo Angel
																	0		12	
Envío de comunicaciones a las diferentes IPS solicitando la información				**P**													1	100%	9	Alexander Usurriaga
				P													1		6	
Reunión de seguimiento con Asesor de Trabajo de Grado					**P**	**P**	**P**	**P**	**P**	**P**	**P**	**P**					8	0%	0	Alexander Usurriaga- Bernardo Marin- Yineth Morales- Angela López
																	0		0	
Recolección de información para análisis				**P**	**P**	**P**	**P**										4	0%	0	Yineth Morales - Alexander Usurriaga
																	0		0	
Selección de información y análisis de la misma					**P**	**P**	**P**	**P**									4	0%	0	Alexander Usurriaga- Bernardo Marin- Yineth Morales- Angela López
																	0		0	
Debate de las posibles herramientas de control y seguimiento a cumplir en la IPS ASOTRAUMA					**P**												1	0%	0	Alexander Usurriaga- Bernardo Marin- Yineth Morales- Angela López
																	0		0	
Entrega de información al Asesor de Trabajo de Grado					**P**												1	0%	0	Angela López - Alexander Usurriaga- Bernardo Marin- Yineth
																	0		0	

																			Morales-Angela López
Retroalimentación de Asesor en avances de envío de información						**P**		**P**		**P**		**P**					4	0%	0	Juan Manuel Mejía
																	0		0	
Análisis de casos bajo herramienta de investigación de eventos por Seguridad y Salud en el Trabajo					**P**		**P**										2	0%	0	Angela López - Alexander Usurriaga- Bernardo Marin- Yineth Morales- Angela López
																	0		0	
Diseñor de estrategia para definir acciones correctivas y de control que conlleven a la disminución de los eventos adversos en las instituciones de salud.											**P**	**P**	**P**				3	0%		
																	0			
Organización y ampliación de marco teórico y Diseño Metodológico						**P**		**P**		**P**							3	0%	0	Angela López - Alexander Usurriaga- Bernardo Marin- Yineth Morales- Angela López
																	0		0	
Elaboración de la introducción e impacto social de la investigación. Organización de tabla de contenido y portada con las normas APA.							**P**				**P**		**P**				3	0%	0	Angela López - Alexander Usurriaga- Bernardo Marin- Yineth Morales- Angela López
																	0		0	
Rediseño de Justificacion y Bibliografia											**P**						1	0%	0	Angela López - Alexander Usurriaga- Bernardo Marin- Yineth Morales- Angela López
												P	**P**				0		0	

Fuente: Propia.

6.5 Presupuesto:

Tabla 3. Presupuesto de la Investigación

Presupuesto de la Investigación			
Ítem	**Cantidad**	**Tiempo**	**Total**

A. Personal			
Honorarios de los investigadores	4 investigadores	6 meses	$ 0
B. Equipos			
Computadores	4 equipos	6 meses	$ 0
Internet	10 GB al mes	6 meses	$ 930.000
Impresora	2 impresoras laser	6 meses	$ 0
Papelería	2 resmas de papel bond	6 meses	$ 30.000
Memorias	4 memorias de 8 GB	6 meses	$ 80.000
C. Desplazamientos			
Transporte	8 desplazamientos nacionales y 3 urbanos		$ 2.000.000
Total de la Investigación			$ 3.040.000

Fuente: Propia

6.6 Financiación del proyecto:

Para la realización del proyecto, se utilizaran recursos propios de cada uno de los participantes del mismo, ya que todo se realizara por medios magnéticos y los costos son más de dedicación en tiempo y utilización de los sistemas informáticos, para el análisis de los diferentes eventos adversos y el diseño de la estrategia de seguridad, para la mitigación o disminución de los diferentes incidentes y eventos adversos, en las diferentes entidades de salud.

6.7 Relación con otros proyectos o procesos

Este proyecto de desarrollo, se relaciona con otros, tales como el Proyecto IBEAS, Errar is human, entre otros mencionados dentro del marco teórico de este proyecto, debido a que lo que se busca, es llegara las causas de los eventos adversos y a estudiar, de qué manera podemos llegar a erradicar o disminuir la presencia de estos, en los pacientes que acuden a

diario, a las instituciones de salud. Se debe de tener en cuenta, que no se ha obtenido ningún estudio, que relacione 2 sistemas de gestión como lo son el sistema de calidad y el sistema de seguridad y salud en el trabajo, donde se busquen causas, en los profesionales de salud, que prestan atención a los pacientes, y esto solo se realiza de manera superficial, en los demás proyectos.

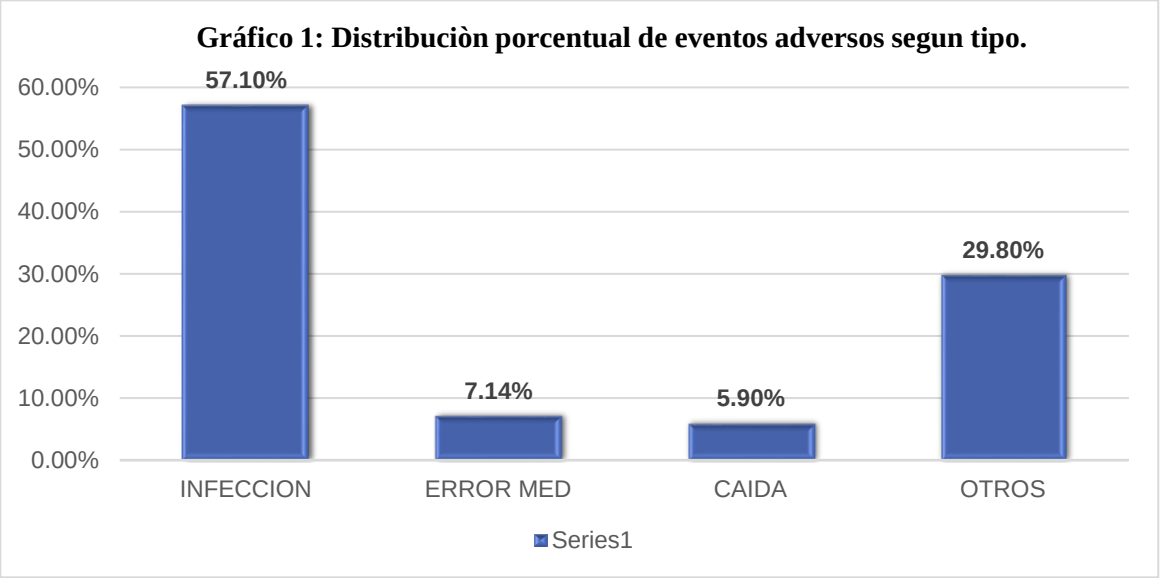
7. Desarrollo metodológico:

Para el alcance de los objetivos propuestos, se realizó la solicitud de información de cada entidad de la ciudad de Cali e Ibagué, en cuanto a los eventos adversos presentados, los cuales se analizaron con la herramienta Cause Mapping, en donde se obtuvieron las causas de acuerdo a la herramienta y las causas Raíz, para la intervención real del problema y así mismo poder dar las recomendaciones y estrategias, para la solución de las mismas.

Cabe destacar, que las causas se basan en las falencias que se tienen en los procesos de inducción y re inducción, para mantener al personal que labora dentro de ella, actualizado en los protocolos y procesos que se desarrollan dentro de la misma, al igual que ofrecer la oportunidad al personal, de mantenerse actualizado en los cambios que se puedan llegar a dar, para mejorar la calidad de atención de los pacientes, de acuerdo a cada una de sus necesidades.

La obtención de información se extrajo de los archivos de calidad de las instituciones de las ciudades de Cali e Ibagué, observando cada evento de nuestra muestra representativa y aplicando la herramienta anteriormente mencionada, para obtener las causales de los diferentes eventos que se presentan, para de estas causas presentar o plantear las estrategias y así mejorar los servicios prestados.

Grafico 1. Distribución absoluta de tipo de evento adverso en Ibagué –Cali en el periodo de Enero del año 2016 y Abril de 2017.



Fuente: Propia

Análisis: la grafica 1 muestra marcada inclinación hacia el desarrollo de eventos adversos tipo infecciones con un porcentaje de 57,10 % seguido de otro tipo de eventos donde se compilan las quemaduras, fugas de pacientes, errores en entrega de resultados, entre otros; los errores en medicamentos son los siguientes con 7.14% y por último las caídas que representan 5.9% de los eventos identificados en el periodo de Enero del año 2016 y Abril de 2017 en las ciudades de Cali e Ibagué.

Tabla 4. Número de eventos adversos según cause mapping en relación a infecciones en el periodo de Enero del año 2016 y Abril de 2017

Causa cause mapping	Caura raíz	Cant	%
Entrenamiento y reentrenamiento insuficiente	Falta de conocimientos	18	37,5
Falta de incentivos	Motivación deficiente	9	18,8
Fatiga debida a la carga o la duración de la tarea	Tensión física o fisiológica	7	14,6

Asignación de responsabilidades poco claras y/o conflictivas	Liderazgo / supervisión deficientes	4	8,3
Rutina, monotonía, exigencias para un cargo sin trascendencia	Tensión mental o psicológica	3	6,3
Exposición a riesgos contra la salud	Tensión física o fisiológica	2	4,2
Incumplimiento de protocolos para pacientes aislados	Liderazgo / supervisión deficientes	2	4,2
Operación esporádica	Falta de cuidado habilidad	2	4,2
Mantenimiento deficiente de las instalaciones	Uso y desgaste	1	2,1

Fuente: Propia

Análisis: La tabla 1 muestra la cantidad de eventos relacionados con cada una de las causas raíz y causas según el análisis de Cause Mapping siendo el entrenamiento y reentrenamiento deficiente la causa más importante pues representa el 37.5%, seguido de falta de incentivos, que representa un 18,8 % y la fatiga debida a la carga o duración de la tarea representa un 14,6%.

7.1 Base de datos

Cada institución, nos solicitó la información de los eventos adversos, presentados, del periodo comprendido, entre Enero de 2016 y Abril de 2017, de los cuales se tomo una muestra representativa con la siguiente fórmula:

7.1.1 Calculo de la muestra:

Se realizó el cálculo de la muestra de la población objeto de estudio (1500) con un margen de confianza del 94%, margen de error del 10% y un nivel de heterogeneidad del 50%; dando una muestra para análisis de 84.

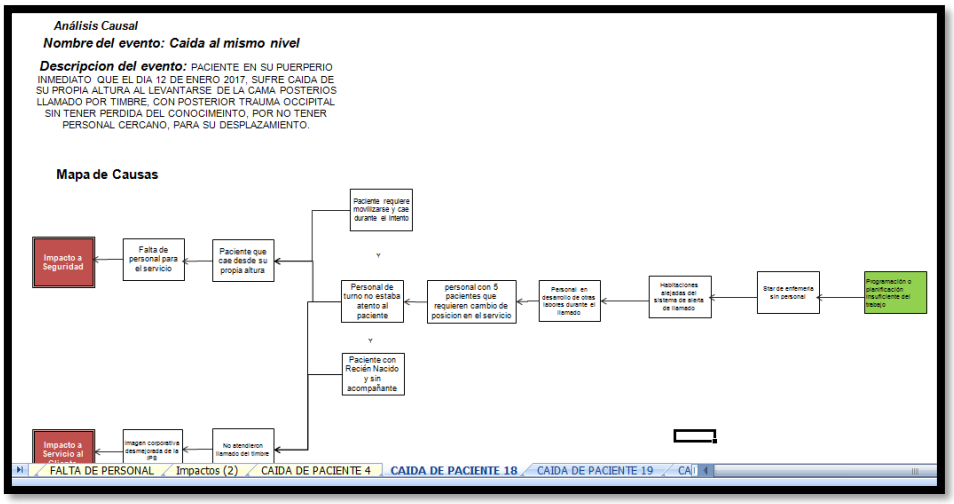
A los eventos obtenidos y tomados de manera aleatoria, se les aplico la herramienta Cause Mapping, con las que se obtuvieron las causas según la misma y la causa raíz, teniendo como resultados de la misma, que el personal que labora dentro de las instituciones, tiene falencias en las inducciones de ingreso a la institución y por otra parte, que no se tiene en cuenta los programas de capacitaciones continuas dentro de las mismas. Luego de tener esta información, se realizó una guía, que se encontrara adjunta a esta investigación, donde se plantean algunas estrategias, para el mejoramiento de las falencias obtenidas en cuanto a las causas de los eventos adversos.

7.2 Análisis de Causas:

Las causas que se obtuvieron de acuerdo con el resultado de la aplicación de la herramienta Cause Mapping, se encontraran en el documento anexo (Tabla de causas), donde se describe cada una de las causas y el respectivo porcentaje que contribuye a las falencias que se presentan en las instituciones de salud participantes del estudio.

Por otra parte se tomaron las causas más relevantes y que más afección tienen, sobre las falencias que se presentan en las diferentes instituciones, dando unas estrategias para el mejoramiento de las mismas y agrupando datos de interés junto con las de menor prevalencia y así abarcar toda la problemática.

Ilustración 2. Ejemplo de análisis causal a través de cause mapping.



Nota: Fuente Propia

7.3 Guía de Recomendaciones

La guía de recomendaciones planteada de esta investigación, se tomo de los resultados, obtenidos de la relación con la herramienta Cause Mapping y los datos de los eventos adversos que se presentaron en las Instituciones de la Ciudad de Cali e Ibagué. Por otra parte se tomaron las causas afectantes en cada uno de los eventos adversos y se relacionó con las causas según cause mapping y las causas raíz, para tener más sencillez al momento de plantear las estrategias y dar posibles soluciones o mitigación en los eventos conocidos en cada institución.

Las recomendaciones y/o estrategias se dieron de acuerdo a la experiencia que se tiene desde los diferentes campos de los participantes de esta investigación, en los diferentes ámbitos hospitalarios y desde las diferentes perspectivas que se deben tener en cuenta, al momento de abordar la problemática existente.

8. Conclusiones:

- Se diseñó una estrategia de seguridad del paciente, basada en el marco de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, aplicable en instituciones prestadoras de salud.
- Se establecen las causas que dan origen a los eventos adversos en las instituciones de salud a partir de la herramienta cause mapping.
- Se elabora guía con estrategias basadas en las causas obtenidas, por la herramienta Cause Mapping y así prevenir eventos adversos asociados al personal de la salud.
- Se observo la importancia de mantener al personal de las diferentes instituciones, capacitado y con los instrumentos necesarios, para la realización de sus tareas diarias.

9. Recomendaciones

Las recomendaciones se encuentran consolidadas en la guía de manejo de eventos adversos asociadas al personal de salud.

11. Anexos

1. Tabla Dinámica en la que se definen los eventos adversos analizados

2. Guía para prevenir eventos adversos asociados al personal de la salud

12. Bibliografía.

FRANCO, A. (2013). *LA SEGURIDAD DEL PACIENTE de la teoria a la realidad.* Bogota: punto aparte.

HERRERA, A. L. (2013). *La seguridad del paciente, de la teoria a la realidad.* Bogota: .punto aparte.

kohn LT, C. J. (Noviembre de 1999). To err is Human: Building a safer health system. *To err is Human: Building a safer health system* . Washintong DC, EEUU.

2008 *La Seguridad del Paciente en la Prestacion del servicio de Salud*Bucaramenga

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. (2009). *Ministerio de Salud y Proteccion Social.* Recuperado el 15 de agosto de 2016, de Ministerio de Salud y Proteccion Social: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RESULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf

Red Mundial de Salud Ocupacional, COHNET. Nº 5. 2003

BIBLIOGRAPHY COLOMBIA, M. D. (2015). *MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÒN SOCIAL*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf

HERALDO, P. E. (11 de 11 de 2015). Obtenido de https://www.elheraldo.co/salud/profesionales-de-la-salud-declarados-como-los-mas-estresados-227644

Nacional, M. d. (2004). *Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004, Ley 911*. Obtenido de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Seguridad y salud en el trabajo. (2012). Recuperado el 09 de 09 de 2017, de http://norma-ohsas18001.blogspot.com.co/2012/12/la-fatiga-laboral.html

Social, M. d. (2014). *Resolucion 2003 de 2014*. Recuperado el 06 de 09 de 2017, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%20 2014.pdf

SURATEP, R. G. (2014). *PROCESOS DE INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO.* Recuperado el 2017 de 09 de 03, de https://www.arlsura.com/pag_serlinea/distribuidores/doc/documentacion/induccion.pdf