

MONOGRAFIA
ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESPAÑA

Presentado por:
Aura Rosa García Escobar
Cindy Flórez Duarte
María Suleída Jiménez
Nelson Horacio Cruz

Universidad Santo Tomás
División de ciencias económicas y administrativas
Facultad de Economía
Especialización Auditoria de Salud
Bogotá D.C
2018

MONOGRAFÍA
ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESPAÑA

Directora de Trabajo:
Dra. Alejandra Valenzuela
Magister en Salud Pública

Presentado por:

Aura Rosa García Escobar
Cindy Flórez Duarte
María Suleída Jiménez Garcés
Nelson Horacio Cruz Cruz

Universidad Santo Tomás
División de ciencias económicas y administrativas
Facultad de Economía
Especialización Auditoría de Salud
Bogotá D.C
2018

Agradecimientos

A Dios por permitirnos vivir y llevar a cabo este maravilloso proyecto, a nuestros padres por darnos su apoyo incondicional y a la Doctora Alejandra Valenzuela, por su calidad como docente y tutora en la dirección de esta meta propuesta.

Tabla de contenido

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
2. OBJETIVOS.....	7
2.1. OBJETIVO GENERAL	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. MARCO TEÓRICO:	8
4.1. CONCEPTOS.....	10
4.2. SISTEMA DE SALUD DE ESPAÑA:	16
4.3 MARCO LEGAL DE ESPAÑA EN SALUD RELACIONADO CON SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	16
5. METODOLOGÍA.....	18
6. RESULTADOS	19
7. DISCUSIÓN	25
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
BIBLIOGRAFÍA.....	¡Error! Marcador no definido.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En vista de que, la seguridad del paciente es una de las bases fundamentales de la atención sanitaria en la actualidad, En todo accionar siempre existen ciertos factores relacionados la cotidianidad que se pueden ver afectados por situaciones relevantes en el marco de la salud y en los procesos sanitarios que lleva esta; Accidentes o lesiones que son prevenibles y que se generan durante el proceso de atención en salud. Condensando todas las acciones, procesos, elementos estructurales y metodologías sustentados con base en la evidencia científica, que se producen con el principal objetivo de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la asistencia de un servicio de salud.

Además, menguar los posibles daños que se pueden dar en el presente hacia un futuro cercano, provocando que cada ciudadano en este acobijado bajo los altos estándares de seguridad.

Ahora bien, en el ámbito internacional este tema es liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha estimulado a los países a que "presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, se establezcan y consoliden sistemas con fundamentos científicos, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria" ¹. La seguridad es un principio fundamental para la atención al paciente y un componente esencial para la correcta gestión en los procesos de calidad y por medio de este brindar un sistema integro. Mejorarlo requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, En la que interviene una innumerable cantidad de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo ².

Con respecto a los sistemas de control en España, podemos afirmar que se rige por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) que está encargado de impulsar y promover las estrategias de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) encargados así de los procesos de aplicación y expansión.

Teniendo presente que rigen sus pilares en el cuidado, la prevención y mejora de las falencias que existen en los sistemas de salubridad; Del mismo modo, conocer algunos

aspectos generales que abordan principios fundamentales de la estrategia de seguridad del paciente, incorporando objetivos y recomendaciones nuevas, a partir de la valoración de los modelos, el perfeccionamiento de los conocimientos, las recomendaciones internacionales, y la opinión de expertos, profesionales y pacientes.

Además, los tipos de modelos que se implementan en una sociedad donde la salud es un servicio público en el cual se le proporciona al paciente exclusividad y eficiencia teniendo presente la búsqueda constante de los modelos de desarrollo en temas de calidad en los servicios sanitarios; Incluso, el desarrollo de programas para maximizar la eficiencia y generar una reestructuración en el sistema socio-cultural de las organizaciones sanitarias del SNS y para que por medio de este se logre una transformación efectiva de la mano de los apoderados médicos como fuente que promueve la participación activa y real de los pacientes y sus cuidadores.

Otro rasgo de la estrategia de seguridad del paciente que se presenta y se ve notablemente influenciada bajo las recomendaciones actuales de los organismos internacionales que se fundamentan a través de Comunidades Autónomas y redes de Escuelas de Salud para la Ciudadanía. Teniendo presente que los cuidados de o seguridad del paciente es algo fundamental dentro del sistema de salud, por lo cual se debe asegurar que las entidades accionen bajo conductas estructuralmente organizadas y correctamente ejecutadas para propiciar resultados óptimos brindando así bienestar a toda la comunidad de usuarios y entes que hagan parte de él.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Describir la participación del paciente en la implementación de la política de la seguridad del paciente en España.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar grafica de los procesos que se desarrollan el amplio marco conceptual que abarca el sistema de seguridad del paciente.
- Establecer y sintetizar las recomendaciones y conclusiones de aspectos a resaltar por parte del sistema de salud en España en lo referente a seguridad del paciente.

3. JUSTIFICACIÓN

En pocas palabras, esta investigación tiene como principio fundamental condensar los distintos marcos estructurales que maneja las esferas de la salud en España, así mismo comprender en qué nivel y que procesos de seguridad manejan aquellos; determinando cuáles son sus falencias y proponiendo resultados exponenciales para poder evaluar y presentar soluciones factibles y objetivas para generar una reestructuración de los mismos.

En primer lugar, la seguridad en los sistemas de salud españoles se convierte en pilar fundamental de la salud pública el cual debe recibir atención primaria para mejorar el servicio brindado, teniendo presente que la calidad del cuidado es algo fundamental y uno de los pilares más importantes en la auditoría de salud.

De la misma forma, teniendo presente que pueden ser vulnerables a lesiones especialmente durante el período de dolencia y atención gracias a que pueden tener debilidades funcionales por la discontinuidad que puede ocurrir en la interfase del cuidado agudo y del cuidado ambulatorio. La seguridad del paciente implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado los distintos sistemas de salubridad.

Desde otro punto de vista, el MSSSI, en consonancia con las recomendaciones internacionales, decidió en el año 2005 desarrollar una estrategia de seguridad del paciente para el SNS en colaboración con las Comunidades Autónomas, respetando y complementando las acciones que éstas desarrollan en el ejercicio de su competencia en la provisión de servicios sanitarios.

De donde se infiere que, los objetivos de la estrategia han estado básicamente orientados a mejorar la cultura, la gestión del riesgo sanitario, la formación de los profesionales, la implementación de prácticas seguras, la implicación de los ciudadanos y la participación internacional.

Por consiguiente, siendo este un objeto base de estudio y análisis para poder comprender los distintos enfoques de la auditoría médica, y tener resultados objetivos y concisos del porque se presentan ciertas falencias en la estructura de los sistemas de seguridad. Comprendiendo así las metodologías que se manejan y evidenciando con las tablas estadísticas los efectos adversos e incluso los medios de prevención.

4. MARCO TEÓRICO:

La Auditoria en Salud comprende un campo de acción que está determinado por tres componentes: auditoria de gestión, auditoría de cuentas médicas y auditoria médica; circunscrita al área de la salud, y entrelazadas por determinadas actividades. La literatura sobre el tema de forma mayoritaria se orienta a la praxis de la auditoria médica, y de forma reciente la asocian con el aseguramiento de la calidad.

Morera establece que la Auditoria en Salud comprende solamente dos áreas: la clínica y la administrativa, refiriéndose al ámbito institucional; mientras que Quiróz (2001) la asocia a los procesos de calidad y atención en salud; y finalmente Leuro (2005), la enfoca en el campo de las cuentas médicas.³

Desconociendo, que tanto el campo como las áreas del especialista de Auditoria en Salud, se desarrollan entre los procesos misionales la prestación del servicio médico y los de apoyo haciendo énfasis en la gestión administrativa y financiera; por lo que la esfera de la responsabilidad del auditor marco ético y legal y sus consecuencias son cada vez más amplias.

Ante la diversidad teórica y práctica de la Auditoria en Salud, se presenta a continuación los pilares esenciales en lo referente al análisis metodológico y estructural de los sistemas de seguridad de los pacientes que beneficiados gracias al sistema público de salud y la postura que asume el auditor desde su responsabilidad determinante.

4.1. CONCEPTOS

- 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 las consecuencias de algún evento infortunado en el proceso de atención de salud; Además poder mitigar las consecuencias que estos presenten.⁴

- Atención en salud:

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.⁴

- Indicio de atención insegura:

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente desfavorable. ⁴

- 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. ⁴

- Fallas activas o acciones inseguras:

Son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.). ⁴

- Fallas latentes:

son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo). ⁴

- Evento adverso:

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

- Evento adverso prevenible:

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. ⁴

- Evento adverso no prevenible:

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. ⁴

- Factores contributivos:

Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

Los factores contributivos considerados en el Protocolo son:

- Paciente:

Un paciente que contribuyó al error, Ejemplo: paciente angustiado, inconsciente.⁵

- Tarea y tecnología:

Toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.⁵

- Individuo:

El equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.⁵

- Equipo de trabajo:

Todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).⁵

- **Ambiente:**
Referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.⁵
- **Organización y gerencia:**
Referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.⁵
- **Contexto institucional:**
Referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.⁵
- **Incidente:**
Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.⁵

Otras clasificaciones

- **Error Humano:**
En medicina, la asociación entre el error y la condición humana data desde que Hipócrates enunció «primero no hacer daño». Desde entonces el daño a los pacientes no ha sido un tema ajeno a la literatura médica. Moser en 1956, llamó a algunos malos resultados reportados en los pacientes como «las enfermedades del progreso médico»³. Leape, pionero en la investigación científica de los errores causados al atender pacientes, en 1994, llamó la atención sobre todo lo que el personal de salud puede aprender a través del análisis de los errores. En el 2000, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos presentó a la opinión pública el reporte «Errar es Humano» con una proyección numérica aterradora. Según este informe, entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año en ese país debido a errores en los procesos de atención. Aunque este reporte ha sido controvertido, a partir de su publicación se ha generado un movimiento creciente en pro de mejorar la seguridad del paciente, al interior de los sistemas de salud de los países desarrollados.

Se encuentran definiciones estrechamente vinculadas al concepto de error Humano tal como el concepto que asevera: Se refiere a la lesión causada por la gerencia del cuidado médico incluyendo actos de omisión es decir de diagnosticar o de tratar, y los actos del diagnóstico o tratamiento incorrecto.

A pesar de que error y evento adverso prevenible pueden significar en cierto modo lo mismo, la primera palabra tiende a ser evitada. El uso del término error al interior del ambiente hospitalario y con los pacientes, podría generar respuestas simultáneas de defensa y agresividad que no agregan valor a la solución de los problemas. ⁶

- Error:

Existen muchas definiciones y clasificaciones en lo relacionado a condiciones o consecuencias negativas que suelen ocurrir en una institución de salud. Estos riesgos asistenciales incluyen cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, que está muy relacionado con la atención recibida y que puede tener consecuencias negativas como, casi-errores, accidentes, incidentes, eventos adversos que suelen estar relacionados a la práctica clínica, a procesos administrativos según su origen de error. ⁶

El error, como causa de eventos adversos, ha sido uno de los temas de mayor relevancia en las revisiones bibliográficas y, en la actualidad, es uno de los temas a discusión sobre la calidad de la atención médica a nivel Nacional e internacional, en especial por las demandas frecuentes en el ámbito jurídico (de los pacientes en contra de los médicos). ⁶

- Clasificación

Las fallas en las instituciones sanitarias podríamos clasificarlas dependiendo su área atención, en clínicos o administrativos (Tabla 1); Además sus sistemas de atención y los errores de omisión y acción.

En la actualidad podríamos encontrar referencias y datos para poder clasificarlos como errores como comisión y omisión, delimitando la omisión como la ausencia de

tratamientos, y los de comisión considerados como la realización dichos procesos de manera incorrecta.

Por otro lado, clasificar la palabra error por acción o respuesta al resultante de accionar en la forma de “hacer lo que no había que hacer” y el error por omisión que es causado por “no hacer lo que había que hacer”. Esta definición es la más usada para el abordaje del error enunciada por la Organización Mundial de la Salud 2005.

Tabla 1. Diagrama de nivel de impacto de categorías y definiciones.

Clínicos		Administrativos
No Relacionados con medicación	Relacionados con Medicación	Tipo Administrativos
Laboratorio	Dosis incorrecta	Proceso de Alta
Transfusionales	Omisión de Medicamentos	Documentación
Quirúrgicos/procedimientos invasivos	Medicamento Incorrecto	Pérdida de Propiedades
Lesión integridad piel	Reacción Medicamentosa	Comunicación
Procedimientos como Exámenes/tratamiento.	Error en la vía de administración.	Insatisfacción Paciente/Familiar
Exposición a fluidos corporal/sanguíneos.	Error en tiempo/ frecuencia.	Dispositivos Médicos/Equipos
Tratamiento respiratorio	Error Tiempo infusión/forma	Identificación paciente
Infiltración/extravasación.	Medicación Paciente equivocado.	Proceso de Consentimiento
Estupefacientes		Proceso de Admisión
		Cita/Hora prevista.
otros.	otros.	otros.

Fuente: 1J Gen Intern Med. 2006 de Society of General Internal Medicine[Internet].

4.2. SISTEMA DE SALUD DE ESPAÑA:

4.3 MARCO LEGAL DE ESPAÑA EN SALUD RELACIONADO CON SEGURIDAD DEL PACIENTE

Como se ha dicho, son varios los estudios llevados a cabo para determinar la incidencia de los efectos adversos (EAs) (Sistema de Alerta en Emergencias), y para describir las causales y conocer su impacto. Nos basamos principalmente en el estudio “Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica ” (IBEAS) primer estudio, que evidencio notablemente que para lograr una atención sanitaria más segura requiere, por un lado, poner en práctica aquellas actuaciones que han demostrado su efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentando la probabilidad delimitar y proyectar las secuelas posteriores.⁷

Se debe agregar que, el desarrollo de los estudios ha mostrado, que cuando existen políticas de salud con visión de mejora por medio de objetivos precisos con metodologías factibles, es posible cuantificar la magnitud de los eventos adversos, Mas aún en el caso de España, se contribuye a lograr que la seguridad del paciente sea una prioridad en todos los niveles.

Habría que decir también que el “Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS)” se impulsó desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo y, al igual que el estudio ENEAS, se realizó con el objetivo general de incorporar a la agenda de los equipos de Atención Primaria (AP) con actividades encaminadas a la mejora de la seguridad de los beneficiarios del sistema; el estudio sirvió para identificar los incidentes inciertos que se derivan de la asistencia sanitaria ,analizando los factores que contribuyen a su aparición. Para ello se estudiaron 48 centros de Atención Primaria.⁷

El Proyecto IBEAS fue el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa

Rica, México y Perú. Entre los resultados relacionados con la cultura de la seguridad de los pacientes se destaca la necesidad de reforzar la formación en los procesos de aprendizaje de la mano con algunas entidades que son encargadas de fomentar estos sistemas de formación.⁸

Como se afirmó arriba, estos estudios coinciden en el alto grado de evitabilidad de los EAs: de un 50% en hospitales a un 70% en atención primaria y también en urgencias. Haciendo uso de un cuestionario modular para la revisión de casos en España realizando adaptaciones para el proyecto IBEAS, y modificada después del estudio ENEAS, teniendo claridad que en el cuestionario el investigador debe realizar algunos juicios de valor y por lo que debe ser una persona experta en el tema, capaz de detectar los sucesos adversos mediante criterios implícitos.⁸

Se infiere que , las iniciativas relacionadas con las garantías que se le ofrecen al paciente atraviesan por cierto tipo de dificultades en sus procesos de implementación pues el término "seguridad del paciente", aunque cada vez es más utilizado, adopta diferentes significados entre los profesionales de la salud y las revisiones de estos conceptos en la práctica son todavía dispersas, se ha encargado de proponer y socializar lineamientos de cuidado, principalmente a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

De igual modo, un método para generar interacciones e intercambio de conocimientos entre los países miembros, que les permitan facilitar el desarrollo de nuevas estrategias y políticas que generen una disminución en las estadísticas de eventos adversos derivados de la atención en salud globalmente, debido a que "la falta de acompañamiento en el tema de seguridad es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo".

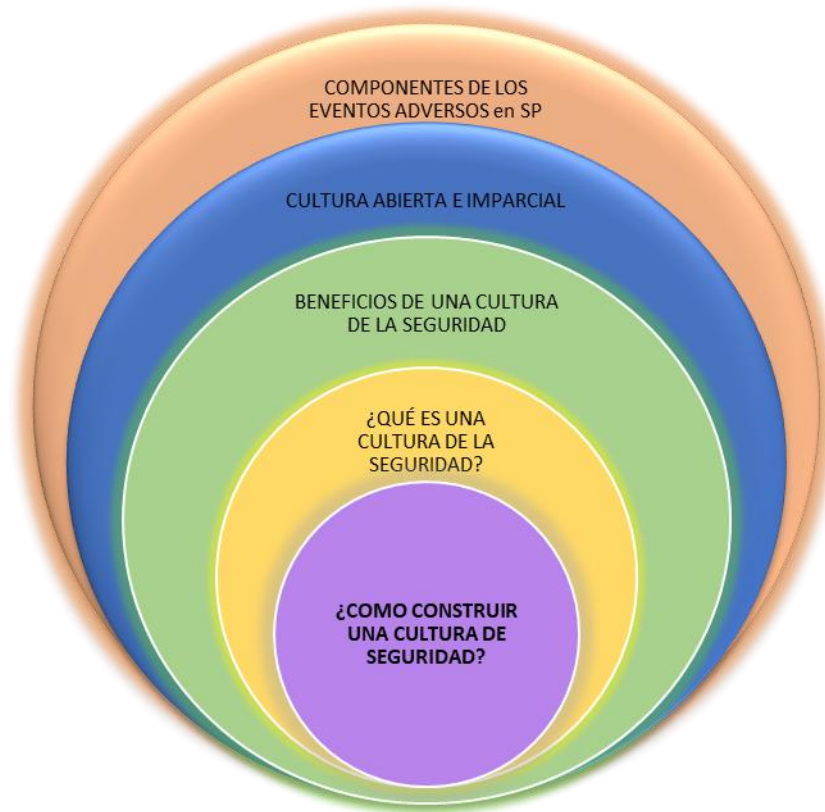
5. METODOLOGÍA

En segunda instancia la revisión bibliográfica revisada es de tipo descriptivo, lo cual nos permite realizar una investigación detallada y ordenada generando una línea de información de procesos que sean importantes desde el comienzo de la elaboración de la monografía se establece una proyección del trabajo que va íntimamente ligada a la exploración, revisión bibliográfica y literaria que se consigue por medio de búsquedas en diferentes bases de datos a nivel nacional e internacional, como lo es OvidSP (Plataforma líder de investigación médica) que nos brindó bases sólidas en cuanto a fundamentación sistémica y pilares de la seguridad a nivel internacional, gracias a esto se pudo presentar el contenido de forma tácita y clara.

Por otro lado, haciendo uso de los DECS (Descriptores en Ciencias de la Salud) Para conceptualizar gran parte de la estructura del trabajo y así mismo de permitir el uso de terminología común para búsqueda en tres idiomas, proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información en asuntos sanitarios. Además, condensando la universidad encontrada en las bases de datos con los que nuestra universidad tiene convenios para poder elaborar una búsqueda más completa y concisa.

6. RESULTADOS

Análisis de los procesos para construir una cultura de seguridad del paciente en españa



1. ¿Qué es una cultura de seguridad?

2. ¿Cómo construir una cultura de seguridad?

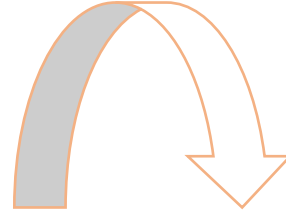
Las actitudes y valores de la persona profesional en casos donde la sensación de riesgo se haga presente.



Fallos y errores



Se tiene conciencia de que en el trabajo las cosas pueden tener resultados contraproducentes



Se estima la situación, se debe ser idóneo para reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar las situaciones que se presenten en el sistema de salud tanto medicas como administrativas.

❖ Seguridad,
❖ negligencias médicas/administrativas



Esto es analizado con el fin de brindar:
Beneficios, calidad, oportunidad, pertinencia y accesibilidad

AL PACIENTE



- Teniendo presente cuando: Se atiende a paciente + fija objetivos + desempeña procedimientos / procesos + distribuye acorde a las necesidades.⁹

Beneficios de una cultura de la seguridad:⁹

- Impacto positivo en el funcionamiento de la organización.
- Transición desde Análisis de fallos mejora continua (dado que la perfección no es posible).
- DAÑO / IMPACTO al paciente (prevención + comunicación).
- Personal con menos stress, culpabilidad, falta de confianza al ocurrir menos eventos adversos.
- Tiempo de espera debido a menos retorno de pacientes ligados a errores.
- Reducción de costes de recursos requeridos para gestionar quejas y reclamaciones.
- Reducción de costes sociales (bajas pacientes) y financieros (pagos por incapacidades).

1. Cultura abierta e imparcial (justa) abierta respecto a:

- Hablar con colegas y supervisores acerca de eventos adversos.
- Pacientes + personal + público cuando suceden eventos adversos y para explicar lecciones aprendidas.
- Justa en su trato y apoyo al personal cuando sucede un evento adverso.
- disipa dos mitos:
- Perfección: si se intenta algo con empeño, no habrá errores.
- Castigo: castigando a quien comete errores, reducimos su número.

Elementos necesarios.

- Conocer la cultura actual antes de cambiarla.
- Potenciar el entendimiento de SP (Salud Publica) y explicitar beneficios.

Liderazgo que:

- Promueve aprender de SP (Salud Publica) eventos y potenciar su comunicación.
- Publicitar la gestión de eventos adversos.
- Sin obviar elementos disciplinarios en eventos graves, se contará con un enfoque a sistema.

2. Enfoque al sistema

Si un evento adverso ha implicado factores humanos, necesitamos considerar no solo qué acciones de remedio se necesitan para mejorar la seguridad con la que realiza su cometido el profesional de la sanidad, sino también qué debilidades existieron en las situaciones y estructuras de la organización. Estas debilidades habrán jugado parte del papel al permitir que el evento adverso ocurriese.

3. Componentes de los eventos adversos en SP (Salud Publica): ⁹

Fallos activos: acciones/omisiones (actos inseguros) de personal en contacto directo con paciente.

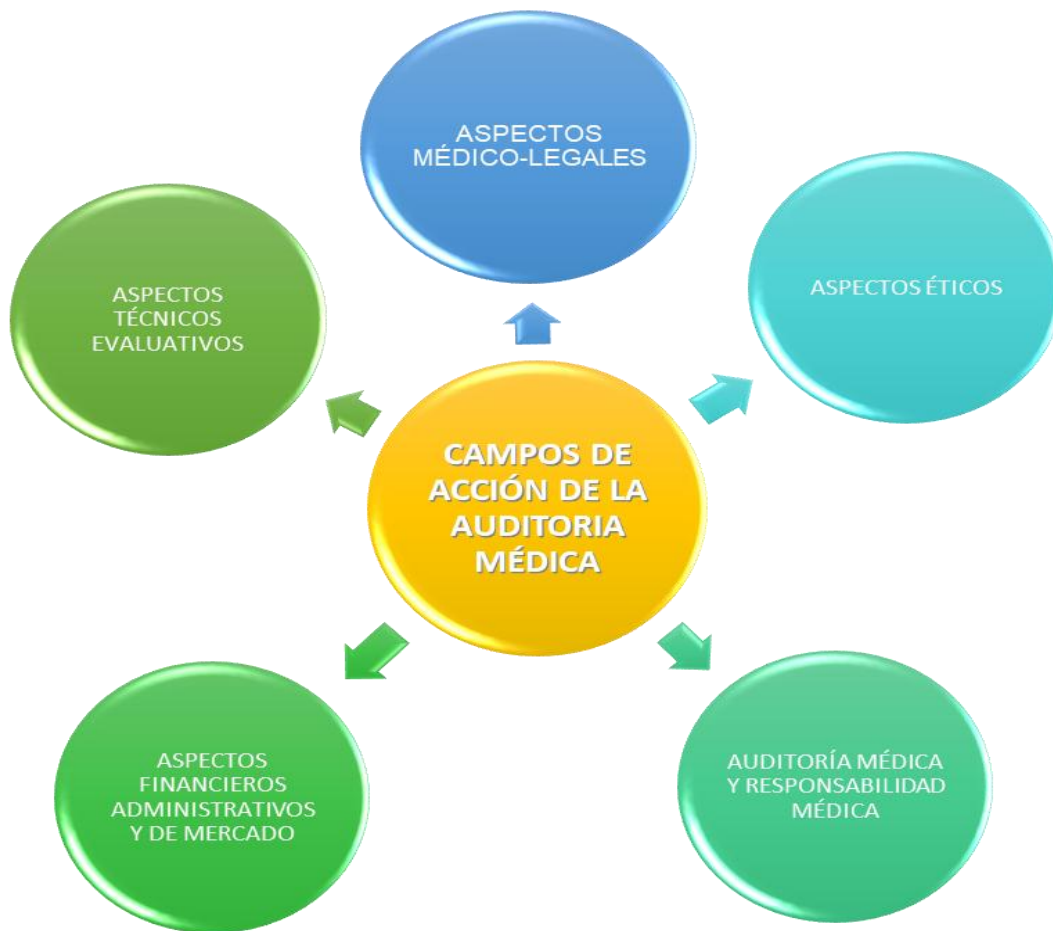
Condiciones latentes en el sistema:

- Planificación no realista de turnos.
- Diseño no seguro/compatible.
- Procedimiento no robusto.
- Vías de comunicación atascadas.

Violación de procedimientos

- Factores contribuyentes: del paciente, individuo, tarea, comunicación, equipo,
- Factores sociales: formación, equipos/recursos, condiciones de trabajo y factores de entorno.
- Factores temporales: cuando factor causal produce evento adverso.
- consecuencias: impacto del EA (evento Adverso).
- Factores mitigadores: que han reducido o mitigado el impacto (por acción u omisión).

Campos de acción de la auditoría médica



Aspectos médico-legales:

- En este campo se actúa con el sentido de evitar la ineficiente práctica médica, cautelando además el cumplimiento de las normas legales y de las disposiciones sanitarias vigentes, actuando en relación directa y colaboración con los Departamentos de Asesoría Jurídica.¹⁰

Aspectos técnicos evaluativos:

- A través de la valoración de las acciones y conductas; implica realizar un control de la calidad de éstos.

Aspectos éticos:

- Al respecto corresponde a vigilar el cumplimiento de las normas éticas y morales en las conductas de las personas, la nombrada deontología médica, que establece el deber ser del actuar médico, complementando en este aspecto con las funciones del Comité de Ética de cada entidad. ¹⁰

Aspectos financieros administrativos y de mercado:

- También tiene incidencia en este campo, compatibilizando una adecuada relación entre eficiencia, costos, calidad y seguridad de la atención brindada a los usuarios. ¹⁰

Auditoría médica y responsabilidad médica:

- La responsabilidad médica es la obligación del profesional de responder por daños producidos en el acto médico. La responsabilidad puede ser ética, moral, disciplinaria, administrativa, civil y penal. Esta última es la que proviene de una acción u omisión tipificada en el código penal. La auditoría de salud, al trabajar sobre los registros de lo efectuado, además de evaluar la calidad de estos, valora también la calidad de la atención, demostrando que hay la relación directa que existe entre la calidad de los registros y la de la atención prestada. ¹⁰

7. DISCUSIÓN

Los estudios que se analizaron son principalmente descriptivos; basándose en la clasificación de los distintos niveles de resultados y las recomendaciones establecidas se puede determinar y realizar comparaciones dando primordial importancia a que nos representan una básica necesidad de proporcionar metas y objetivos por medio de la toma de resultados en el contexto de la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de los profesionales en las áreas de la salud y así como el cuidado de los pacientes. En general, las consolidaciones de los estudios exponen que los trabajadores de la salud tienen una buena percepción de la seguridad del paciente en sus servicios, como lo demuestran estudios del Ministerio de Sanidad y Consumo Español ¹¹, que proponen el trabajo en equipo como la base fundamental de efectos positivos en los contextos de salud.

Del mismo modo, como un factor que aboga por la protección y el cuidado haciendo referencia a las labores con mayor vínculo en la atención del ciudadano; sin embargo, se tiene presente que las labores desde su eje central se ven precedidas y controladas bajo los márgenes de accidentalidad y por sí mismo el llamado "error" teniendo presente los efectos posteriores que pueden desencadenar acciones sancionatorias hacia los trabajadores, haciendo las mejoras pertinentes para prevenir todo tipo de situación desorientadora y que perjudican los fines facultativos de las entidades de salud.

Acorde a informes presentados por la OMS, en los países de primer mundo el 77% de los eventos contraproducentes que se presentan se dan debido a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad. Por lo tanto, las condiciones deficientes de algunos modelos médicos y su composición a nivel infraestructural se ven perjudicados por los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente. Incluso, el efecto de estos genera una mayor probabilidad de que se presenten altas cifras haciendo referencia a la variabilidad de respuesta y eventos evitables. Es por esto que en la mayoría de los países de América Latina donde la seguridad en la atención de los pacientes es uno de los factores cambiantes que determinan los modelos de atención en salud; gracias a que no solo se catalogan como un deber ético, sino también la influencia que tienen las instituciones a nivel legal y la responsabilidad determinante que tienen bajo sus propios efectos de respuesta.

Por otro lado, se pudo determinar que para fortalecer el trabajo en equipo, se debe brindar confianza y motivarlos generan resultados positivos que promueven en los trabajadores de la salud a exponer de forma abierta sus inconformidades con respecto a las acciones coercitivas que se llevan a cabo; y que generalmente se producen con direccionamientos a las personas que específicamente se interrelacionan con los resultados de los errores y no se tienen en cuenta los contextos socio-culturales en los cuales se produjeron las fallas.

Por otra parte la prevención de los efectos adversos en Atención Primaria se puede clasificar como una estrategia primaria en la cual el 70% de los efectos adversos son evitables, y son más evitables (80%) a medida que es mayor su gravedad, lo cual abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio, así mismo, la etiología (causa/as) de los efectos adversos es multicausal, en su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados, hallando como resultado, la consecuencia más común que es un peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente y no es nada despreciable la infección relacionada con los cuidados en los sistemas de atención primaria.¹²

Análogamente, existe una investigación desarrollada en el 2005 en los hospitales de España denominado “Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS)” que refleja incidencia de eventos adversos y de los pacientes afectados en los periodos de pre-hospitalización, presentando de manera objetiva las causales directas y evitables con respecto a los impactos de la incapacidad y prolongación de la estadía hospitalaria.

Sin embargo, se debe tener presente que los trabajadores de la salud se relacionan de manera directa con cambios estructurales de los marcos profesionales y de los ciudadanos en ejercicio, por tanto, hay que planear modelos en los cuales se tenga como base la reestructuración y la mejora de las condiciones laborales adecuadas y la distribución de los recursos humanos y trabajo de forma equánime, para así promover desde la gerencia hospitalaria un servicio claro, preciso y oportuno en la prestación de los servicios.

Considerando que la relación número de pacientes y número de profesionales a cargo es desequilibrada por la asignación deficiente de personal, en especial, personal de enfermería, quienes están encargados de la distribución de medicinas y demás procedimientos donde se pueden presentar errores, debido a que este proceso está sujeto a riesgos estructurales, que, aunque esté bien capacitados, no puede atender con suficiencia debido a los servicios con alto flujo de pacientes o complejidad alta. Consecuentemente este problema se atribuye a la dirección del hospital y se muestra como una causa importante de inconformidad laboral y un factor de riesgo para los errores en la atención.

Teniendo en cuenta lo anterior para el caso de los profesionales de enfermería reportaron que, ante casos hipotéticos de dificultades en la administración de medicamentos, se encuentran divididos en relación con entender si hubo un error de medicación o no, así como si había la necesidad de llenar el informe de ocurrencias, pues hace falta claridad en los parámetros de administración y especificidad para las tan comunes situaciones especiales de la hospitalización.¹³

Además, se infiere que a pesar de que la intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades, en demasiadas ocasiones la atención sanitaria causa daño a sus usuarios, algunas infecciones, lesiones producidas por intervenciones médicas, amputaciones de órganos o miembros equivocados, intoxicaciones o incluso la muerte por la utilización de dosis equivocadas de un fármaco, se deben a incidentes o eventos adversos ocurridos en la atención sanitaria. A causa de dichos incidentes se encuentra sufrimiento, discapacidad y en muchos casos vidas devastadas, además de la enorme cantidad de recursos económicos gastados en hospitalizaciones prolongadas y atención innecesaria, pérdida de ganancias y de la credibilidad del sistema de salud, por tal razón, la mayoría del conocimiento actual sobre cómo evitar estos incidentes y mejorar la atención insegura procede de los países más avanzados.

Es imperativo ampliar este conocimiento para exponer cuál es la realidad, el estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria que se realiza a gran escala en Latinoamérica, tomado como punto de referencia en nuestro país Colombia, para dar inicio a los criterios del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.¹

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Evaluar las metodologías que manejan los distintos modelos de salud en España en el marco de seguridad sanitaria a nivel estructural y sus ordenamientos jerárquicos, además tener un elemento de referencia para la mejora de la seguridad del paciente en el SNS, teniendo en cuenta las evidencias disponibles de las recomendaciones efectuadas, la factibilidad de su implementación, la equidad y la sostenibilidad del sistema.
- Conocer, comprender y exponer las vías de solución para garantizar la mejora de las condiciones de seguridad del paciente en todos los niveles y ámbitos asistenciales teniendo presentes las garantías que los sistemas de salud ofrecen, teniendo presente los procesos por los cuales se efectúa y gracias garantizar un buen servicio sanitario.
- Debemos tener en cuenta que el sistema de sobrevigilancia al que se somete el paciente después de haberse detectado algún evento contraproducente le garantizara una mayor supervivencia debido a que se tienen presentes los fallos que se pueden dar en el sistema y allí mismo enmendarlos.
- Los Respuesta de manera exponencial en este informe refleja que las prácticas sanitarias en Atención Primaria es cuestionablemente segura debido a que en el se evidencian ciertos efectos adversos y que en un marco de normatividad actual los resultados por las condiciones se pueden determinar como un porcentaje leve. Aunque se debe tener presente que los niveles de seguridad asistencial son factores determinantes teniendo en cuenta la baja frecuencia de EA, con numerosos procedimientos y gran cantidad de pacientes.
- Por otro lado, se podría afirmar que, es mínima el porcentaje de población que se ve afectada por los eventos contraproducentes de los procesos de salud que se ven llevados en España; Si denotamos de manera conceptual se puede hacer una generalización en la que se demuestra que una medida de 7 de cada 100

ciudadanos en un año son los que se ven acongojados por los resultados antagonistas y las condiciones de salud de la sociedad.

- De varios estudios realizados en España se concluyó que gran parte de los eventos adversos ocurren a nivel prehospitalario, Analizando que la frecuencia, el impacto y la posibilidad de prevención de eventos adversos anteriores a la hospitalización son elevadas, se sugiere que las estrategias de prevención de dichos eventos sean tratados bajo la calidad de la atención primaria y por consiguiente brindar un sistema integro y de calidad.
- Para la condensación del proyecto se estructuro y delimito las temáticas a tratar en el amplio bagaje del marco de la salud, haciendo énfasis principalmente en los procesos estructurales de la salud pública y los deberes por los cuales deben responder los beneficiarios de esta para poder recibir una atención impecable, equitativa e igualitaria.

Bibliografía Referenciada

1. 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Documento A55/13.. ; 2002.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Calidad de la atención: seguridad del paciente [Internet] 2018 [citado 06 Jun 2018] Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>
3. Morera E. Sistema de seguridad social integral. [Internet] Ley 100 de 1993 [citado 06 Jun 2018]. Artículo 185 y el 225, Editorial Unión Limitada. P 84 a la 85 y 96 a la 99. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
4. Salcedo R, Ángela María MD, Santofinío S, Dagoberto MD, Barrera E, María Virginia, Herramientas para la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud [Internet] 2014 [citado 06 Jun 2018] Disponible en:
<https://es.slideshare.net/viluedu/herramientas-para-la-seguridad-del-paciente>
5. Carolina V, Alejandro GU, Fernando RG, Norman M, Gerardo B, José AD, Samuel G, Martha R, Milena M, Prevención de la malnutrición o desnutrición, Paquetes instruccionales Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet] MIN SALUD [citado 06 Jun 2018] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-la-malnutricion-o-desnutricion.pdf>
6. Herramientas para la seguridad del paciente, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL [Internet] 2014 [citado 07 Jun 2018] Disponible en:
<https://es.slideshare.net/viluedu/herramientas-para-la-seguridad-del-paciente>

7. Manrique-Chávez JE, Gestión de Riesgo y Seguridad del Paciente “Gestión de Riesgo y Seguridad del Paciente” [Internet] Clase 6 del curso "Fundamentos en Legislación y Seguridad del Paciente en Estomatología" 2014 [citado 06 Jun 2018]
Disponible en:
<https://es.slideshare.net/jorgemanriquechavez/gestin-de-riesgo-y-seguridad-del-paciente-31537918>
8. Jesús MA, Carlos AR, Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, MINISTERIO DE SANIDAD[Internet]2009 [citado 07 Jun 2018]
Disponible en:
https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf
9. Secretaria General de Sanidad, La seguridad del paciente en siete pasos [Internet] La seguridad del paciente en siete pasos Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) 2005 [citado 06 Jun 2018] Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/ops_c_sp5.pdf
10. Robinson MB. Evaluation of medical audit *Journal of Epidemiology and Community Health* [Internet] 1994 [Citado 06 Jun 2018]; 48: 435-40 Disponible en:
<http://jech.bmj.com/content/48/5/435.short>
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. [Internet] 2008 [Citado 06 Jun 2018] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
12. Francisco Atienza Seguridad del paciente: una variable clave en la atención sanitaria [Internet] 2013 [Citado 06 Jun 2018] (Modificado del Grupo de Bioética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria). Disponible en:
<https://medicosypacientes.wordpress.com/2013/05/21/seguridad-del-paciente-una-variable-clave-en-la-atencion-sanitaria/>

13. Gómez Ramírez O, Soto Gámez A, Arenas Gutiérrez A, Garzón Salamanca J, González Vega A, Mateús Galeano E, Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente [Internet] 2011 [Citado 06 Jun 2018] Av. enferm., Volumen 29, Número 2, p. 363-374,. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831/37099>

14. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura [Citado 06 Jun 2018] Disponible en: <http://docplayer.es/213703-lbeas-red-pionera-en-la-seguridad-del-paciente-en-latinoamerica-hacia-una-atencion-hospitalaria-mas-segura.html>