

**EVALUACIÓN DEL COSTO DEL EVENTO ADVERSO QUIRURGICO  
HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER,  
SANTANDER DE QUILICHAO II TRIMESTRE DE 2018.**

**GANDHY ELIZABETH DAZA BENAVIDES  
JHOANA KATERINE ARIAS ANDRADE  
MARIA VIRGINIA MEDINA MERA**

**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN, FINANZAS Y CIENCIAS ECONÓMICAS  
CONVENIO UNIVERSIDAD EAN- UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
POPAYAN, MARZO DE 2019**

**EVALUACIÓN DEL COSTO DEL EVENTO ADVERSO QUIRURGICO  
HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER,  
SANTANDER DE QUILICHAO II TRIMESTRE DE 2018.**

**GANDHY ELIZABETH DAZA BENAVIDES  
JHOANA KATERINE ARIAS ANDRADE  
MARIA VIRGINIA MEDINA MERA**

**Informe Final del proyecto de investigación, como requisito parcial para optar al  
título de especialista en:**

**AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD CON ENFASIS EN  
EPIDEMOLOGÍA**

**Asesora,  
CLARA IMELDA TORRES ARTUNDUAGA  
Enfermera especialista en gerencia social**

**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN, FINANZAS Y CIENCIAS ECONÓMICAS  
CONVENIO UNIVERSIDAD EAN- UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
POPAYAN, MARZO DE 2019**

Popayán, 18 de abril de 2019

## DEDICATORIA

Especialmente dedicamos este trabajo a la memoria de mi padre, que donde quiera que este te sientas orgulloso de todos los logros alcanzados.

*A Dios.*

*Por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que damos, por llenar de fortaleza nuestros corazones e iluminar nuestras mentes, por haber puesto en nuestros caminos a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, además por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado fortaleza para lograr nuestros objetivos, después de un largo camino lleno de obstáculos pero que con tu ayuda fueron fácilmente superados, ya que con tu infinita bondad y amor, hiciste que cada día vayamos adquiriendo más conocimientos para ponerlos en práctica y llegar hasta el final.*

*A nuestros padres.*

*Por habernos apoyado en todos los momentos, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser cada día mejores personas, por el ejemplo de ser siempre perseverantes y constantes a pesar de las dificultades, pero más que nada, por el amor y la comprensión que nos han brindado para lograr nuestros objetivos, porque ellos han sido el pilar fundamental en nuestra formación tanto académica como en nuestras vidas.*

*A nuestros familiares*

*A nuestras hermanas, hermanos, tíos, tías, primos, hijas, esposo y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis y por todo su apoyo y confianza que han depositado en nosotras.*

*A nuestros docentes*

*Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, y a todos aquellos profesores que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario y que nos ayudaron en asesorías y diferentes dudas presentadas en la elaboración de esta tesis.*

*A nuestros amigos*

*Que nos han apoyado y han compartido con nosotros buenos y malos momentos, y que con su colaboración lograron despejar algunas dudas acerca de nuestro trabajo.*

*Y en general*

*A todas las personas que participaron e hicieron posible este proyecto, muchas gracias por su apoyo incondicional y por su enseñanza impartida día a día:*

*Sin ustedes no hubiera sido posible....*

*A quienes que con entusiasmo hicieron posible el desarrollo y participaron en la fase de investigación:*

**GANDHY ELIZABETH DAZA BENAVIDES**

**JHOANA KATERINE ARIAS ANDRADE**

**MARIA VIRGINIA MEDINA MERA**

## **Agradecimientos**

Damos gracias a DIOS por haber abierto puertas y ayudarnos a culminar nuestra especialización, al apoyo de nuestras familias, que sacrificaron momentos especiales, quienes fueron el impulso para poder alcanzar esta meta.

A la Esp. CLARA IMELDA TORRES ARTUNDUAGA a quien fue nuestro asesor una persona muy capacitada y con gran sensibilidad humana quien tuvo paciencia durante este proceso y nos ayudó constantemente.

Gracias al Dr. ORLAN MINA VERGARA Gerente de la E.S.E Francisco de Paula Santander quien nos permitió realizar este trabajo de investigación en su institución.

Y gracias a todas aquellas personas que de una u otra manera pusieron un granito de arena para que este sueño se hiciera realidad.

## Resumen

Los Eventos Adversos son las complicaciones, lesiones, daños que ocurren durante la atención en salud y que pueden conducir a la incapacidad parcial o total, al deterioro del estado de la salud, a la prolongación de la estancia hospitalaria, demora del alta, incremento en los costos y en últimas, puede conducir a la muerte del paciente. Los eventos adversos producen daño de manera no intencional, estos pueden ser prevenibles y no prevenibles. La prevención en la ocurrencia de eventos adversos o de mitigar sus consecuencias durante la práctica de procedimientos quirúrgicos es una medida prioritaria para mejorar la seguridad del paciente. Siendo necesaria la ejecución de prácticas seguras mediante la implementación de una política de seguridad que lleven a reducir la mortalidad y morbilidad, derivados de los errores clínicos.

Este estudio tiene como objetivo evaluar los costos relacionados con el evento adverso quirúrgico del hospital Francisco de Paula de Santander de Quilichao - Cauca ocurrido entre el 01 de abril y 30 de junio de 2018 con el propósito de disminuir a futuro los gastos atribuidos al prestador. Tiene como propósito elaborar un plan de mejoramiento y estrategias que contribuyan a la disminución de la ocurrencia de eventos adversos y minimicen o anulen sus costos. Es un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo. El método es lógico – inductivo, basado en el método del Protocolo de Londres. Se analizó la información obtenida de los eventos adversos (E.A) registrada en una institución, se seleccionaron cuatro casos como muestra para ser evaluados de forma individual a partir de la historia clínica y facturación; con base en el análisis de causa de fallas en acción en salud según el Protocolo de Londres. En el cual se identificaron los **factores contributivos** asociados a las fallas latentes: de la organización y gerencia, tecnológicas, del individuo, del paciente, del equipo, del ambiente. Como también las recomendaciones de **prácticas seguras**, relacionadas con: aspectos físicos, tecnológicos, administrativos, humanos y naturales.

Resultados: la frecuencia de ocurrencia de eventos adversos es cada 22 días. El rango de edad corresponde desde los 20 a 28 años de edad, de género femenino; el 50% a la EPS AIC y 50% a la EPS ASMET SALUD, de procedencia rural en 02 casos y los 02 siguientes de la zona urbana con mayor incidencia en la especialidad de ginecología. La totalidad de las fallas fueron activas (Conductas que ocurren durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud) y todos los eventos adversos quirúrgicos se catalogaron prevenibles. **Conclusiones:** los costos de ocurrencia de eventos adversos suman un total de 1.946.143, el total de la factura IPS arroja un total de \$5.464.242(incluido el evento adverso). Sin embargo, el costo real de la factura de la IPS es de \$3.518.099 (sin el evento adverso). Es fundamental que el hospital Francisco de Paula promueva la cultura institucional de la Seguridad del Paciente y que se haga uso de las listas de chequeo o verificación de la seguridad de la cirugía antes, durante y después del procedimiento quirúrgico para prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

**Palabras claves:** *seguridad del paciente, atención en salud, indicio de atención insegura, falla de la atención en salud, fallas activas o acciones inseguras, fallas latentes, evento adverso, factores contributivos, prácticas seguras, incidente, olvido, lista de chequeo o verificación, servicio quirúrgico.*

## ABSTRACT

Adverse Events are complications, injuries, damages that occur during health care and that can lead to partial or total disability, deterioration of health status, prolongation of hospital stay, delay in discharge, increase in the costs and ultimately, it can lead to the death of the patient. Adverse events harm unintentionally, they can be preventable and not preventable. Prevention in the occurrence of adverse events or mitigate their consequences during the practice of surgical procedures is a priority measure to improve patient safety. It is necessary to carry out safe practices through the implementation of a safety policy that leads to reduce mortality and morbidity, derived from clinical errors.

The objective of this study is to evaluate the costs related to the adverse surgical event of the Francisco de Paula hospital in Santander de Quilichao - Cauca, which took place between April 1 and June 30, 2018, with the purpose of reducing future costs attributed to the provider. Its purpose is to develop an improvement plan and strategies that contribute to the reduction of the occurrence of adverse events and minimize or cancel their costs. It is a descriptive, cross-sectional, retrospective study. The method is logical - inductive, based on the London Protocol method. We analyzed the information obtained from the adverse events (E.A) registered in an institution; we selected four cases as a sample to be evaluated individually from the clinical history and billing; Based on the analysis of cause of failures in action in health according to the London Protocol. In which the contributory factors associated to the latent faults were identified: of the organization and management, technological, of the individual, of the patient, of the equipment, of the environment. As well as the recommendations of safe practices, related to: physical, technological, administrative, human and natural aspects.

Results: the frequency of occurrence of adverse events is every 22 days. The age range corresponds from 20 to 28 years of age, female; 50% to the EPS AIC and 50% to the

EPS ASMET HEALTH, of rural origin in 02 cases and the next 02 of the urban area with the highest incidence in the specialty of gynecology. The totality of the failures were active (Behaviors that occur during the health care process by members of the health mission team) and all surgical adverse events were classified as preventable. Conclusions: the costs of occurrence of adverse events total 1,946,143, the total of the IPS invoice amounts to a total of \$ 5,464,242 (including the adverse event). However, the actual cost of the IPS bill is \$ 3,518,099 (without the adverse event). It is essential that the Francisco de Paula Hospital promotes the institutional culture of Patient Safety and that checklists or verification of the safety of the surgery be used before, during and after the surgical procedure to prevent the occurrence of adverse events. .

**Key words:** *patient safety, health care, indication of unsafe care, failure of health care, active failures or unsafe actions, latent failures, adverse event, contributory factors, safe practices, incident, oblige, checklist or verification , surgical service.*

## Índice

Introducción	166
Descripción y planteamiento del problema	188
Justificación	21
Alcances y limitaciones	255
Alcance	255
Limitaciones	255
Objetivos	266
Objetivo general	26
Objetivos específicos	266
Antecedentes	277
Marco teórico	377
Marco conceptual	399
Política de seguridad del paciente	433
Modelo conceptual de la política de la seguridad del paciente	444
Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud	444
Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente paquetes instruccionales guía técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”	455
Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	466
Protocolo de Londres	477
Herramientas para la priorización de “probabilidad e impacto” del evento adverso	499
Marco contextual	544

Marco legal	80
Constitución política de Colombia	80
Ley 100 de 1993	80
Decreto 1011 de 2006	82
Resolución 1446 de 2006	82
Resolución 4816 de 2008	82
Ley 1438 de enero de 2011	83
Resolución 123 de 2012	83
Resolución 2003 de 2014	83
Ley estatutaria 1751 febrero 16 de 2015	83
Resolución 5858 de 28 diciembre 2018	84
Marco ético	85
Metodología	86
Tipo de estudio	86
Enfoque	86
Método	86
Población y muestra	86
Criterios de inclusión y exclusión	87
<b>Criterios de Inclusión.</b>	87
<b>Criterios de exclusión.</b>	87
Recolección y procesamiento de la información	87
<b>Recolección de la información.</b>	87

<b>Proceso de recolección de la información.</b>	<b>88</b>
Resultados	90
Plan de mejora	99
Estrategias, barreras y defensas para prácticas seguras	103
Conclusiones	110
Bibliografía	112
Anexos	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## Índice de gráficas

<b>Gráfica. 1 Modelo explicativo Queso Suizo.</b>	37
<b>Gráfica. 2 Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente</b>	444
<b>Gráfica. 3 Modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos.</b>	47
<b>Gráfica. 4 Listas de chequeo en los tres momentos quirúrgicos.</b>	50
<b>Gráfica. 5 Experiencia exitosa.</b>	50
<b>Gráfica. 6 Pirámide de la población consultante</b>	544
<b>Gráfica. 7 Distribución por régimen de la población consultante</b>	556

## Índice de tablas

<b>Tabka. 1 Principales estudios munidales de incidencia de eventos adversos en hospitales</b>	37
<b>Tabka 2 Plan de mejoramiento según la guía la frecuencia de EA</b>	44
<b>Tabka. 3 Causas y factores contributivos</b>	47
<b>Tabka. 4 Caracterización población por régimen</b>	55
<b>Tabka. 5 Procedimientos quirurgicos</b>	58
<b>Tabka. 6 Procedimientosginecología y obstetricia</b>	54
<b>Tabka. 7 Procedimientos ortopedia y traumatología</b>	55
<b>Tabka. 8 Procedimientos cirugía general</b>	55
<b>Tabka .9 Procedimientos otorrinolaringología</b>	60
<b>Tabka. 10 Procedimientos urología</b>	60
<b>Tabka. 11 Procedimientos dermatología</b>	61
<b>Tabka..12 Procedimientos oftalología</b>	61
<b>Tabka. 13 Relación y clasificación de eventos adversos</b>	66
<b>Tabka. 14 Relación y clasificación de incidentes</b>	73
<b>Tabka 15 Relación y clasificación de complicaciones</b>	77
<b>Tabka 16 Relación y clasificacion de no conformidades</b>	77
<b>Tabka 17 Análisis de causa de fallas en acción en salud “Protocolo de Londres”</b>	89
<b>Tabka 18 Diferenciación de costos</b>	98

## Índice de anexos

- Anexo 1. Consentimiento informado institucional** ¡Error! Marcador no definido.
- Anexo 2. Aprobación de tema de proyecto de investigación** ¡Error! Marcador no definido.
- Anexo 3. Formato de reporte voluntario de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente**
- Anexo 4. Carta de derechos de autor** ¡Error! Marcador no definido.
- Anexo 5. Presupuesto**
- Anexo 6. Cronograma de actividades**
- Anexo 7. Facturas caso No. 1** ¡Error! Marcador no definido.
- Anexo 8. Facturas caso No. 2**
- Anexo 9. Facturas caso No. 3** ¡Error! Marcador no definido.
- Anexo 10. Facturas caso No. 4** ¡Error! Marcador no definido.
- Anexo 11. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía**
- Anexo 12. Licencia de uso – Autorización de autores**

## **Introducción**

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud tiene como objetivo impartir acciones orientadas hacia prácticas seguras, que mejoren los resultados durante la atención en salud y minimicen la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente. La seguridad es un atributo fundamental de la atención con calidad, tiene como propósito ser libre de daño. Sin embargo, durante la práctica de procesos de atención en salud pueden presentarse errores que pueden o no causarle daño al paciente. El error es la falla derivada como consecuencia de un error de ejecución o error de planeación. Cuando un error causa un daño se denomina Evento Adverso.

Los Eventos Adversos son las complicaciones, lesiones, daños o la que ocurren durante la atención en salud y que pueden conducir a la incapacidad parcial o total, al deterioro del estado de la salud, a la prolongación de la estancia hospitalaria, demora del alta, incremento en los costos y en últimas, puede conducir a la muerte del paciente. Los eventos adversos producen daño de manera no intencional; estos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

La atención segura requiere esfuerzos comprometidos en conjunto por parte de los diferentes actores del Sistema para que se ejecuten acciones que prevengan la aparición de Eventos Adversos. La Seguridad del Paciente pretende contar con instituciones seguras y competitivas apoyados en los avances científicos y tecnológicos en busca de obtener resultados efectivos en el mejoramiento de la salud del enfermo.

En las últimas décadas, se vienen haciendo esfuerzos organizados en diferentes lugares del mundo por conocer cuáles son los eventos adversos de mayor ocurrencia, sus causas, consecuencias y poner en práctica soluciones efectivas por parte de los profesionales en salud mediante un compromiso firme por avanzar hacia mayores niveles de salud teniendo como pilar los principios de la Seguridad del Paciente.

Todo esfuerzo Institucional hacia la proyección de un cambio necesita un liderazgo claro y comprometido con la seguridad, la ética y la excelencia, que persista en la seguridad del paciente, en una atención con calidad. Para tal fin, se debe contar con un direccionamiento estratégico, acciones, metas a corto y mediano plazo para impactar en los usuarios.

Este proyecto tiene como finalidad evaluar el costo de los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención en salud en el Hospital Francisco de Paula de Santander de Quilichao. Conocer las características del problema es el primer paso para proponer soluciones y disminuir su aparición. También se pretende identificar las causas y proponer soluciones efectivas que garanticen la seguridad del paciente.

El análisis al reporte de los Eventos Adversos servirá como herramienta para evaluar la atención prestada, la calidad de la atención y hacer seguimientos, planes de mejora que aumenten las barreras de seguridad en los procesos y disminuyan los costos como consecuencia de los eventos adversos, recursos que pueden ser invertidos en programas que mejoren la calidad de vida de los habitantes del municipio.

## **Descripción y planteamiento del problema**

Para el 2006, se reportó que los eventos adversos eran la sexta causa muerte en Estados Unidos, por encima de la diabetes, la influenza, la neumonía, la enfermedad renal y el Alzheimer y que la longitud de la estadía hospitalaria y la mortalidad, por eventos adversos asociados a error, contribuyeron a 32.591 muertes por año y a \$US 9.3 billones. Recientemente se reportó que los eventos adversos son la primera causa de morbimortalidad global en algunos países en vía de desarrollo.

Para el 2006, se reportó que los eventos adversos eran la sexta causa muerte en Estados Unidos, por encima de la diabetes, la influenza, la neumonía, la enfermedad renal y el Alzheimer y que la longitud de la estadía hospitalaria y la mortalidad, por eventos adversos asociados a error, contribuyeron a 32.591 muertes por año y a \$US 9.3 billones. Recientemente se reportó que los eventos adversos son la primera causa de morbimortalidad global en algunos países en vía de desarrollo.

En Colombia los eventos adversos ocupan el tercer lugar de las hospitalizaciones en el país, según el observatorio de seguridad del paciente del ministerio de salud y protección social. En el hospital Francisco de Paula se presentan un promedio de 75 eventos adversos por mes, es un total de tantos egresos lo que significa que tantas personas tiene eventos adversos, en este orden de ideas, se hace necesario estudiar los eventos adversos del hospital Francisco de Paula con el propósito de disminuir las estancias hospitalarias, el riesgo de la atención y la calidad de los servicio de salud.

A nivel departamental encontramos investigaciones acerca de los conocimientos de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos, la evaluación del desarrollo de los componentes del programa seguridad del paciente y los efectos de los incidentes y eventos adversos.

A nivel municipal otras investigaciones referentes a los trastornos psicológicos y su relación con los eventos adversos en el programa de seguridad del paciente, la identificación de los factores de riesgo para la ocurrencia de estos en la unidad de quemados del Hospital Universitario San José De Popayán E.S.E, la frecuencia de los mismos en el servicio de consulta externa, la evaluación del impacto de la política de seguridad del paciente frente al reporte de incidentes y eventos adversos en los servicios de urgencias y hospitalización; la identificación de los mismos en la Unidad de Cuidado Crítico y los EA por aplicación de medicamentos en pacientes del HUSJ.

En la literatura hay claros reportes de cómo, utilizando una lista de chequeo, se lograron disminuir las complicaciones en las cirugías en un 36% y el número de muertes en el 47%. Si bien, la institución objeto de estudio tiene implementada la Política de Seguridad del Paciente por Resolución 2003/2014 la cual, cuenta con un comité de seguridad del paciente los cuales, reciben información a través de los diferentes medios: Escritos a través, de un formato estandarizado por la institución o verbales por las diversas áreas como: programas de la corporación, auditoría concurrente, auditoría externa, PQRSF, atención al usuario (SIAU). Posterior a ello, se realiza un consolidado mensual y se notifica a los diferentes líderes de procesos en caso de, notificaciones graves se solicita revisión por un especialista al igual que a las áreas correspondientes (Líderes de proceso, Auditoría de la calidad, área jurídica, EPS, entre otros) e incluso las notificaciones que se realizan por Resolución 2193 de 2004 y Resolución 0256 de 2014, con el objeto de tomar acciones correctivas y realizar seguimientos pero que no son llevados en su totalidad por falta de fortalecimiento del Comité además, la carencia de cultura de seguridad del paciente de parte de los colaboradores de la institución que conllevan a incrementar los costos en la atención de los usuarios.

Evidenciado en los 29 casos notificados durante el transcurso del año 2018, el 82,8% corresponden a procedimientos quirúrgicos que en algunos casos han requerido

reintervenciones quirúrgicas por la falta de adherencia a los protocolos y guías estipuladas por el Ministerio de la Protección Social para Mejorar la Seguridad en los procedimientos quirúrgicos.

### **Formulación del problema**

¿Cuál es el costo de los eventos adversos quirúrgicos en el segundo trimestre 2018 del Hospital Francisco de Paula de Santander de Quilichao – Cauca?

## **Justificación**

El propósito de este estudio es dar a conocer el impacto en el costo la existencia de eventos adversos resaltando la importancia de establecer y mantener una Política de Seguridad del Paciente que permita reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos.

Dicho lo anterior, los servicios de salud están orientados hacia una atención en salud con calidad, que genere valor agregado a los usuarios y cumpla con las políticas descritas para tal fin en la Constitución Política de Colombia, la ley 100 de 1993 la cual establece fundamentalmente el servicio público de salud por medio del Sistema General de Seguridad Social en Salud lo cual, establece la prestación de servicios con calidad, a través del Decreto 1011 de 2006. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud “definen las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

La Política de Seguridad del Paciente es componente del mejoramiento continuo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y apunta hacia el mejoramiento continuo de la calidad en atención en salud. Todas las instituciones u organizaciones prestadoras de salud se orientan por guías, protocolos, mecanismos sistemáticos obteniendo unos indicadores cualitativos y cuantitativos que les permite analizar, evaluar, hacer seguimiento y mejora a la calidad observada para llegar a la calidad esperada.

El Ministerio de la Protección Social (2008) impulso los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente y la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente con el fin de reducir o eliminar el número de eventos Adversos que se puedan presentar en la atención en salud, los cuales “se les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su

implementación práctica” (p.10) y de este modo, contar con instituciones seguras y competitivas.

Los procesos de atención en salud pueden ser sencillos o complejos, y han incorporado avanzadas tecnologías y técnicas para el diagnóstico y tratamientos de enfermedades, lo cual puede incrementar el riesgo. La atención en salud es un servicio recibido por los individuos para mejorar su calidad de vida y deriva múltiples procesos para obtener un resultado efectivo que contribuya al mejoramiento de la salud del paciente. En efecto, debe realizarse de forma adecuada y coordinada. Para que la atención en salud sea segura, se requiere de la participación responsable de los actores que participan en el mismo, debido a que la Seguridad del paciente implica evaluar de forma permanente “los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.” (Ministerio de la Protección Social, 2008, p.8).

Teniendo en cuenta, que los pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas están sujetos a la ocurrencia de falla, entendida como una deficiencia en la programación o utilización de un plan incorrecto en las fases de planeación y ejecución lo que puede derivar en un evento adverso, haciendo necesario evaluar la Seguridad del Paciente entendida como: “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”. (Ministerio de la Protección Social, 2008, p.14).

A través de la implementación de prácticas seguras establecidas en la norma en los procesos de atención da cumplimiento a la disminución de ocurrencia de eventos adversos, estableciendo un entorno seguro, y de este modo se previenen o eliminan los eventos adversos, los cuales son el resultado de la atención en salud que de manera no intencional producen daño; estos pueden ser prevenibles: que es el resultado no deseado, no

intencional que podrían ser evitados mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial y los eventos adversos no prevenibles: son los resultados no deseados, no intencional que se presenta pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Los eventos adversos, componen un problema en el sistemas de salud, generando importantes daños o una lesión temporal, moderada, definitiva o derivar en la muerte; sin embargo, la máxima seguridad del paciente se logra a través del conocimiento de los riesgos desde la alta dirección hasta lo administrativo y asistencial de la institución. Por tanto, la seguridad del paciente debe considerarse como fundamento esencial y necesario de la buena calidad de la atención en salud basándose de manera preventiva.

Este proyecto se planteó con la finalidad de evaluar los costos de los eventos adversos quirúrgicos con el propósito de mejorar la seguridad del paciente de los procedimientos quirúrgicos de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco de Paula Santander - Cauca. Con base en el Protocolo de Londres como metodología sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social lo cuales, analizan los eventos adversos e incidentes y se da a conocer las fallas más destacadas en la atención en salud, acciones inseguras y factores que intervienen en la predisposición de estas.

Por ello, la detección, la intervención oportuna del evento adverso y sobre todo su prevención, el país ha optado por la formulación del decreto 1011 del 2006, el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS); la resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Se convierte entonces este análisis en la evidencia tangible para que la dirección de la institución pueda tomar decisiones informadas respecto a las ventajas económicas de invertir en las medidas preventivas de seguridad en la atención, ya que estas resultan menos costosas que las medidas reactivas y los procesos legales de un evento adverso. Además, este análisis también se convierte en soporte para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en su línea de trabajo como un “hospital seguro”, puede servir como línea de base para otros análisis.

## **Alcances y limitaciones**

### **Alcance**

El presente estudio tiene como alcance fortalecer el programa de Seguridad del Paciente en el Hospital Francisco de Paula Santander, donde los aspectos puntuales comprenden a determinar la frecuencia de los eventos adversos quirúrgico del último trimestre del año 2018 y cuantificar los costos. Posteriormente elaborar un plan de mejoramiento el cual se socializara a la entidad de salud.

### **Limitaciones**

Las limitantes de la investigación fueron las relacionadas con el periodo de tiempo de recolección de la información, porque comprende menos de un mes lo cual entorpece en cuanto al contenido y descripción del mismo.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Evaluar los costos relacionados con el evento adverso quirúrgico del hospital Francisco de Paula ocurrido entre el 01 de abril y 30 de junio de 2018 con el propósito de disminuir a futuro los gastos atribuidos al prestador.

### **Objetivos específicos**

Determinar la frecuencia de los eventos adversos quirúrgico del segundo trimestre del año 2018 mediante búsqueda activa con el comité de seguridad del paciente del Hospital Francisco de Paula para cuantificar y analizar individualmente del EA quirúrgico.

Cuantificar los costos en salud relacionados con los eventos adversos quirúrgicos ocurridos en el segundo trimestre del año 2018 en el hospital Francisco Paula.

Elaborar un plan de mejoramiento y socializarlo para el hospital Francisco de Paula con estrategias que contribuyan a la disminución de ocurrencia de eventos adversos quirúrgicos y sus costos con base en los resultados.

## **Antecedentes**

### **A nivel internacional**

En México se encontró una investigación titulada: “Eventos adversos en cirugía” donde el objetivo es Analizar los eventos adversos reportados en el Sistema de Notificación de Evento Centinela, Evento Adverso y Cuasifalla “VENCER II” del Instituto Mexicano del Seguro Social. Concluyo, el sistema prevé retroalimentación permanente, análisis para identificar la causa raíz y las acciones de mejora tendientes a reducir y prevenir los eventos adversos.

En Barcelona, España se encontró una investigación titulada: “Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos” donde el objetivo es Evaluar la incidencia y los costes de los eventos adversos presentes en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en los hospitales españoles en el período 2008-2010. Concluyó valorando su impacto, los eventos adversos representan relevantes costes que pueden revertirse en mejora de la calidad y la seguridad del sistema de salud.

En New York, se encontró una investigación titulada: “Incidencia de eventos adversos y negligencia en pacientes hospitalizados - Resultados del estudio de práctica médica de Harvard I”. Su objetivo es estimar la incidencia de eventos adversos, definidos como las lesiones causadas por el manejo médico, y del subgrupo de dichas lesiones que resultó de atención negligente o deficiente. Concluyó existe una cantidad considerable de lesiones para los pacientes por parte de la administración médica, y muchas lesiones son el resultado de una atención deficiente.

Otra investigación en New York titulada: “La naturaleza de los eventos adversos en pacientes hospitalizados - Resultados del estudio de práctica médica de Harvard II” donde el objetivo es en una muestra de 30,195 registros hospitalarios seleccionados al azar, identificamos a 1133 pacientes (3.7 por ciento) con lesiones incapacitantes causadas por tratamiento médico. Presentamos aquí un análisis de estos eventos adversos y su relación con

el error, la negligencia y la discapacidad. Concluyó aunque la prevención de muchos eventos adversos debe esperar mejoras en el conocimiento médico, la alta proporción que se debe a errores de administración sugiere que muchos otros son potencialmente prevenibles ahora. Para reducir la incidencia de estos eventos, será necesario identificar sus causas y desarrollar métodos para evitar errores o reducir sus efectos.

En Australia, se encontró una investigación titulada: “La calidad en el estudio de salud australiano”. Donde concluyó una revisión de los registros médicos de más de 14,000 admisiones a 28 hospitales en Nueva Gales del Sur y Australia del Sur reveló que el 16,6% de estas admisiones se asoció con un "evento adverso", que resultó en una discapacidad o una estadía hospitalaria más prolongada para el paciente. Causada por la gestión de la salud; El 51% de los eventos adversos se consideraron prevenibles. En 77.1% la discapacidad se resolvió en 12 meses, pero en 13.7% la discapacidad fue permanente y en 4.9% el paciente falleció.

En España, se encontró una investigación titulada: “Revisión de las admisiones en Urgencias como elemento evaluador de la Calidad Asistencial. Impacto de los eventos adversos en el Servicio de Urgencias de un hospital Comarcal. Impacto económico de los eventos adversos”. Donde el objetivo es evaluar el impacto asistencial y económico de los EAs en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal. Concluyó Los EAs suponen un importante gasto sanitario a pesar su pequeño impacto asistencial.

Otra investigación en España titulada: “Estudio Nacional sobre ligados a la Hospitalización,” Informe ENEAS - Febrero 2006”. Su objetivo es Determinar la incidencia de Efectos Adversos (EAs) y de pacientes con EA en los hospitales de España. Concluyó de los 5.624 pacientes, 1.755 (32%) fueron cribados como posibles EAs y 3.869 fueron descartados, por no cumplir ninguna de las alertas de la guía de cribado. Al revisar los pacientes cribados como positivos, se encontraron 501 falsos positivos y 191 pacientes que sólo presentaban incidentes.

En Madrid, se encontró una investigación titulada: “Estudio IBEAS Prevalencia de efectos Adversos en hospitales de Latinoamérica”. Su objetivo es Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los Efectos Adversos (EA) y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables. Concluyó los EA detectados estaban relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%.

Los 5 EA más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (9,4%), las infecciones de herida quirúrgica (8,2%), úlceras por presión (7,2%), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6,4%) y sepsis o bacteriemia (5%), acumulando un total del 36,2% de los EA identificados. Sería necesario establecer estrategias dirigidas a la minimización de la infección nosocomial, que constituye el conjunto de EA más prevalente identificado en el estudio.

La siguiente tabla, detalla los principales estudios mundiales realizados para conocer la incidencia de eventos adversos en hospitales.

**Tabla 1. Principales estudios mundiales de incidencia de eventos adversos en hospitales.**

ESTUDIO	AUTOR, AÑO	PACIENTES	% EA	% EVITABLES
EE.UU. (C)	Schimel 1964	1014	23,6	-
EE.UU. (NY)	Brennan 1984	30195	3,7	27,6
EE.UU.	Andrews 1989	1047	45,8	-
EE.UU. (U y C)	Thomas 1992	14564	2,9	27,4/32,6
Australia	Wilson 1992	14179	16,6	51,2
Nueva Zelanda	Davis 1998	6579	11,3	37
Reino Unido	Vincent 1999	1014	10,8	48
Reino Unido	Healey 2000-01	4743	31,5	48,6
Dinamarca	Schioler 2002	1097	9	40,4
Canadá	Baker 2002	3720	7,5	41,6
Canadá	Foster 2002	502	12,7	38
Canadá	Ross 2004	3745	7,5	36,9
Francia	Michel 2005	8754	5,1	35
España	Aranaz 2005	5624	9,3	46
Holanda	Zegers 2009	8400	5,7	40
Suecia	Soop 2009	1967	12,3	70
Túnez	Letaief 2010	602	10	60
Brasil	Mendes 2009	1103	7,6	66,7
Latinoamérica IBEAS	Aranaz 2011	11379	10,5	60

Tomado del estudio internacional Eventos Adversos en el enfermo crítico. pág. 29

### **A nivel nacional**

En Cali, se encontró una investigación titulada: “Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel” donde el objetivo es Determinar las causas que ocasionan la presencia de sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. Concluyó Los sucesos adversos obedecen a cancelaciones inoportunas de los procedimientos quirúrgicos, descuido en la administración de medicamentos, identificación incorrecta de pacientes, no lavado de manos por parte del equipo quirúrgico y falta de aseo en el quirófano durante los recambios.

En Cartagena de Indias, se encontró una investigación titulada: “Evaluación de las causas asociadas al reingreso de los pacientes post quirúrgicos infectados a la unidad funcional de hospitalización de la clínica crecer de Cartagena Bolívar. Segundo semestre de 2010” donde el objetivo es Analizar cuáles son las causas de reingresos de los pacientes post quirúrgicos que son hospitalizados en la Clínica Crecer en el segundo semestre de 2010 y establece estrategias

de intervención para las buenas prácticas de seguridad del paciente; que contribuyan a mejorar una atención de calidad y calidez humana en el manejo del control de riesgo por estas causas y aumentar su satisfacción global. Concluyo el estudio realizado se registraron 71 pacientes infectados del periodo analizado, de los cuales 42 fueron por infección postquirúrgica, siendo ésta una tasa muy alta. De estos 42; El 57% que es el mayor número de infectados que reingresan, tienen problemas de drenaje purulento e infección de las heridas los cuales su etiología no se ha determinado si se produce por causa nosocomial propiamente dicha o debido a que en la vivienda las curaciones, los procesos de recuperación y asepsia tampoco son los adecuados.

En Bogotá, se encontró una investigación titulada: “Costos directos e impacto sobre la morbimortalidad hospitalaria de eventos adversos prevenibles a medicamentos en una institución de tercer nivel de Bogotá” donde el objetivo es Determinar el porcentaje de eventos adversos prevenibles a medicamentos, reportados en una institución de tercer nivel, para establecer su impacto sobre la morbimortalidad y el económico desde la óptica del pagador y mostrando la relevancia de usar un método que permita identificarlos y evitar o disminuir su presentación concluyó es importante tomar medidas tendientes a disminuir la presentación de eventos adversos prevenibles a medicamentos, ya que repercuten negativamente tanto sobre la salud de los pacientes, como en el consumo de recursos.

En Bogotá, otra investigación titulada: “Factores Asociados Al Tiempo De Ocurrencia De Los Eventos Adversos, En 2 Instituciones De Tercero Y Cuarto Nivel, Bogotá, D.C.” Donde el objetivo es Establecer los factores asociados al tiempo de ocurrencia de los eventos adversos reportados, en 2 instituciones de III y IV nivel de atención. Concluyó Se encontró que hay un riesgo relativo mayor de presentar evento adverso en relación con la distribución de tiempo cuando un sujeto tiene una edad correspondiente entre 5 y 44 años de edad (HR 1.8), pertenece a una especialidad Quirúrgica y se encuentra en el servicio de Urgencias (HR 1).

En Ibagué- Tolima, se encontró una investigación titulada: “Programa de Seguridad del Paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el Hospital Serafín Montaña Cuellar E.S.E., de San Luis Tolima” donde el objetivo es diseñar, implementar y mantener el programa de seguridad del paciente y el plan de evaluación y seguimiento a eventos adversos en el Hospital Serafín Montaña Cuellar E.S.E. de San Luis Tolima. Concluyó Se comprobó que los profesionales de la salud en su mayoría conocen los eventos adversos, aunque no lo consideran violentos, pero admiten que son peligrosos para la salud de sus pacientes, donde los profesionales de la salud pueden y deben intervenir de manera directa para la implementación de las medidas de protección antes de su aparición para mitigar, preparar y prevenir los efectos en lugares de riesgo propios donde nos desenvolvemos, por lo que los profesionales de la salud han de coordinar acciones con los organismos competentes.

Otra investigación en Bogotá titulada: “Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos”, su objetivo es determinar cuáles son los eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos (UCI). Concluyó Divulgar, caracterizar y analizar los eventos adversos que ocurren alrededor del proceso de atención de enfermería al paciente en cuidado CRÍTICO dentro de una cultura de no culpabilidad es el primer paso para mejorar procesos y hacer sistemas más seguros y de mayor calidad.

Otra investigación en Bogotá titulada: “Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería”. Su objetivo es de este estudio es determinar las causas de ocurrencia de evento adverso relacionadas con la atención de enfermería derivada de la revisión sistemática con una evidencia encontrada en la literatura referente en la década del 2003 al 2013. Concluyó Los resultados obtenidos de esta investigación muestran que a pesar de que el tema de seguridad del paciente no es un tema nuevo en Colombia y en el mundo, los profesionales de Enfermería no tenemos la cultura de reporte de evento adverso y no se han

realizado muchas investigaciones en el mundo sobre las causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería.

Otra investigación en Bogotá titulada: “Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia)”. Su objetivo es: Identificar los eventos adversos (EA) reportados por enfermería en algunas unidades de cuidado intensivo (UCI) en Bogotá (Colombia). Concluyó Los eventos adversos reportados en el estudio que presentan mayor prevalencia están relacionados en su mayoría con el cuidado directo al paciente y el de vía aérea; al ser prevenibles indican que se presentaron por alteración en el cumplimiento de los estándares del cuidado.

### **A nivel departamental**

En Tambo Cauca, se encontró una investigación titulada: “Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad. Hospital del Tambo Cauca, abril – mayo 2011”. Donde el objetivo es Identificar el grado de conocimiento sobre eventos adversos como proceso del mejoramiento de la calidad en la E.S.E. Hospital del Tambo Cauca, abril – mayo 2011. Concluyó se comprobó que el personal de la E.S.E. Hospital el Tambo en su mayoría conocen las causas, como definir y que evento adverso se debe vigilar, lo cual es importante para la implementación de medidas de protección antes de su aparición con el fin de mitigar los efectos causados al paciente, la familia y la comunidad.

En Tambo otra investigación titulada: “Evaluación del desarrollo de los componentes del programa seguridad del paciente, en la E.S.E Hospital El Tambo, con el fin de diseñar e implementar un plan para la gestión de eventos adversos, (2011)”. Donde el objetivo es evaluar el desarrollo de los componentes del Programa Seguridad del Paciente, en la ESE Hospital el Tambo, con el fin de diseñar e implementar un plan para la gestión de eventos adversos. Concluyo con relación a la gestión en el manejo de eventos adversos que esta institución adelanta actualmente, se pudo identificar que es incipiente y que no se tiene un programa de

seguridad del paciente debidamente diseñado e implementado. Esto ha generado riesgos institucionales como posibles demandas y aumento de los costos institucionales de no calidad.

En Piendamó se encontró una investigación titulada: “Efectos de los incidentes y eventos adversos en el Hospital Nivel uno de Piendamó Cauca, durante el primer periodo del año 2011, analizamos mediante el método AMFE”. Su objetivo es identificar eventos adversos para la seguridad del paciente en el hospital nivel uno del 01 enero al 30 junio de 2011. Concluyó el 100% de los eventos adversos no contaban con actas individuales de seguimiento, sólo se cuenta con un acta de reporte de los eventos adversos más relevantes, pero estas no implican un seguimiento del evento, ni contienen los datos específicos de la situación ocurrida y del paciente.

#### **A nivel local**

En Popayán, se encontró una investigación titulada: “Los trastornos psicológicos y su relación con los eventos adversos en el programa de seguridad del paciente en Colombia”. Su objetivo es determinar por qué los daños psicológicos se podrían considerar como eventos adversos en el programa de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud en Colombia. Concluyó Al no ser reconocidos los trastornos psicológicos como eventos adversos, no es posible encontrar bases de datos estadísticos de su ocurrencia, frecuencia, prevalencia e impacto en los pacientes ya que las instituciones no están obligadas a hacerlo.

En Popayán, otra investigación titulada: “Identificación de los factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos en la unidad de quemados del Hospital Universitario San José De Popayán E.S.E. En el primer semestre del 2010”. Donde el objetivo es identificar los factores de riesgo en la ocurrencia de eventos adversos en la unidad de quemados del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. en el primer semestre del 2010. Concluyó el servicio de quemados por atender pacientes con una patología que casi siempre genera discapacidad en

su fase de internación debe mantener elementos como: caminadores, muletas, bastones los cuales sirven de apoyo para su movilización.

Otra investigación en Popayán titulada: “Frecuencia de eventos adversos en el servicio de consulta externa en la UBA Coomeva Popayán en el periodo comprendido entre enero y junio 2014”. El objetivo es determinar la frecuencia de eventos adversos en el servicio de consulta externa en la UBA Coomeva Popayán en el periodo comprendido entre enero y junio del 2014. Concluyó se elaboró una clasificación de los eventos adversos más frecuentes y el género más afectado fue el femenino en un 77% en edades mayores de 65 años se concluyó que los usuarios que más consultan son las mujeres y que es debido a problemas o enfermedades por la edad. Las áreas más susceptibles a presentar dichos eventos son las de consulta externa en un 45 % y la administrativa en un 15%, se concluyó que el personal implicado en estas áreas es el médico en el área de consulta externa y administrativos.

Otra investigación en Popayán titulada: “Evaluación del impacto de la política de seguridad del paciente frente al reporte de incidentes y eventos adversos en los servicios de urgencias y hospitalización del centro de salud de Timbío E.S.E. y la E.S.E Popayán punto de atención Coconuco durante el periodo comprendido entre octubre a diciembre del año 2011”. Tiene por objetivo evaluar el impacto de la política de seguridad del paciente frente al reporte de incidentes y eventos adversos en los servicios de urgencias y hospitalización de la E.S.E. Timbío y la E.S.E. Popayán punto de atención Coconuco durante el periodo comprendido entre octubre a diciembre del año 2011. Concluyó las unidades de análisis las conformaron 20 formularios, que corresponden a la totalidad de incidentes y eventos adversos reportados en el periodo comprendido entre octubre a diciembre del año 2011 disponibles en los servicios de urgencias y hospitalización de la E.S.E Timbío y la E.S.E Popayán punto de atención Coconuco.

Otra investigación en Popayán titulada: “Identificación de los eventos adversos detectados en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2009 Unidad de Cuidado Crítico la Estancia Popayán”. Su objetivo es identificar los eventos adversos que se presentan en la Unidad de Cuidado Crítico la Estancia Popayán en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2009. Concluyó de un total de 2058 ingresos durante el año 2009, se presentaron 3 (1,8%) eventos adversos sucedidos en el mes de enero, abril y diciembre y 47 (32,5%) incidentes en el transcurso del año.

Otra investigación en Popayán titulada: “Eventos adversos por aplicación de medicamentos en pacientes del HUSJ para el año 2013”. Su objetivo es analizar los eventos adversos relacionados con la aplicación de medicamentos en pacientes del HUSJ para el año 2013. Concluyó los resultados arrojados de esta investigación muestra que es necesaria la capacitación del personal de enfermería, implementando normas que incluyan la monitorización de los medicamentos durante el proceso de administración a los pacientes. También fortalecer el sistema de reporte voluntario de los EAM e implementar la vigilancia activa de los mismos, en el HUSJ. Finalmente es importante la conformación de un equipo humano de análisis de casos reportados.

## Marco teórico

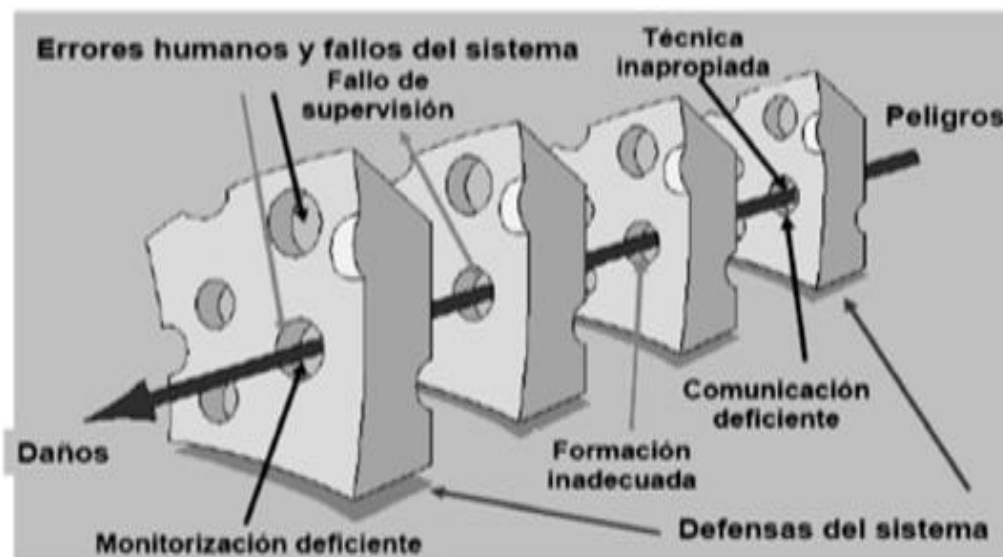
### El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso

Frente a la ocurrencia de un evento adverso, se tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido.

El modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, que utilizaremos es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

**Gráfica. 1 Modelo explicativo Queso Suizo.**

### MODELO EXPLICATIVO



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

JM<sup>a</sup> Aranz, C Albar ©

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

## Marco conceptual

Teniendo en cuenta la pregunta ¿Cuál es la frecuencia de eventos adversos quirúrgicos y como mejorar de la seguridad del paciente E.S.E Hospital Francisco de Paula de Santander de Quilichao Cauca?, en el presente estudio se identificarán dos ejes centrales; eventos adversos quirúrgicos y la seguridad del paciente, los cuales se relacionan entre sí, es decir la presencia del evento adverso como la primera causa de morbimortalidad global en algunos países. Ante ello, es posible clasificar e identificar la presencia de los eventos adversos referenciados por el Ministerio de salud (2008) en relación con la seguridad del paciente y sus costos:

**Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o la población es para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**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 en salud o mitigar sus consecuencias.

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

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

**Fallas activas o acciones inseguras:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño u 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.).

**Fallas latentes:** son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembro de los procesos de apoyo (personal administrativo).

**Evento adverso:** es el resultado de una atención en salud que, de manera no intencional, produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **Evento adverso prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**Factores contributivos:** son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- **Tarea y tecnología:** cómo la documentación ausente, poco clara, no socializada contribuye al error. Cómo la tecnología (o insumos ausentes), deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- **Individuo:** cómo el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) contribuye 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.

- **Equipo de trabajo:** cómo las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) 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).
- **Ambiente:** cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- **Organización y Gerencia:** cómo las decisiones de la gerencia contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- **Contexto institucional:** cómo las situaciones externas a la institución contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad, etc.

**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.

**Oblito:** cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica. Entre estos se pueden citar: gasas, compresas, pinzas, retractores, agujas, electrodos, etc.

**Escala de severidad de CLAVIEN:** es una clasificación basada en la gravedad de la morbilidad postoperatoria, diseñada por Clavien y Cols, quienes la validaron y publicaron en 2004 y en 2009; establecieron una nueva clasificación, basada en la gravedad de la morbilidad postoperatoria, que las clasifica en cinco grados.

**BREAFING:** o sesión informativa de seguridad, es una herramienta en la que personal asistencial, antes de iniciar un procedimiento, comparte información acerca de los problemas de seguridad potenciales del paciente a intervenir.

**Lista de chequeo o verificación:** son formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática. Entre los usos principales se encuentran:

- Realización de actividades en las que es importante que no se olvide ningún paso y/o deben hacerse las tareas con un orden establecido.
- Realización de inspecciones donde se debe dejar constancia de cuáles ha sido los puntos inspeccionados.

**Chequeo cruzado:** es el procedimiento mediante el cual en un mismo a todas personas verifican una información muy importante para el procedimiento del paciente.

**Servicio quirúrgico:** servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que requieren recurso médico especializado, estancia hospitalaria, en algunas ocasiones equipamiento específico y de tecnología de punta por procedimiento, siempre en salas quirúrgicas.

**Quirófano:** espacio cerrado completamente, que permite la prestación del servicio quirúrgico por parte de un equipo de profesionales idóneos del área de la salud, con tecnología de punta, para todos los procedimientos que se hacen bajo anestesia general, regional o local y sedación.

## **Política de seguridad del paciente**

El mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud tiene como objetivo mejorar y preservar el estado de la salud de la población colombiana. Busca prevenir, reducir o en lo posible eliminar situaciones o acciones que afecten o alteren la seguridad del paciente con el fin de brindar una atención más oportuna, segura y eficiente.

Los procesos de atención en salud han incorporado múltiples tecnologías con el fin de contribuir al diagnóstico y tratamiento efectivo de la enfermedad. El uso de la tecnología ha permitido dar el salto de lo simple, lo poco efectivo a lo complejo y hasta peligroso. En consecuencia, muchos de estos procesos pueden salir mal, por posibles causas tales como negligencias, errores en la planeación o ejecución las cuales pueden impactar negativamente en la salud del paciente y generar los llamados eventos adversos.

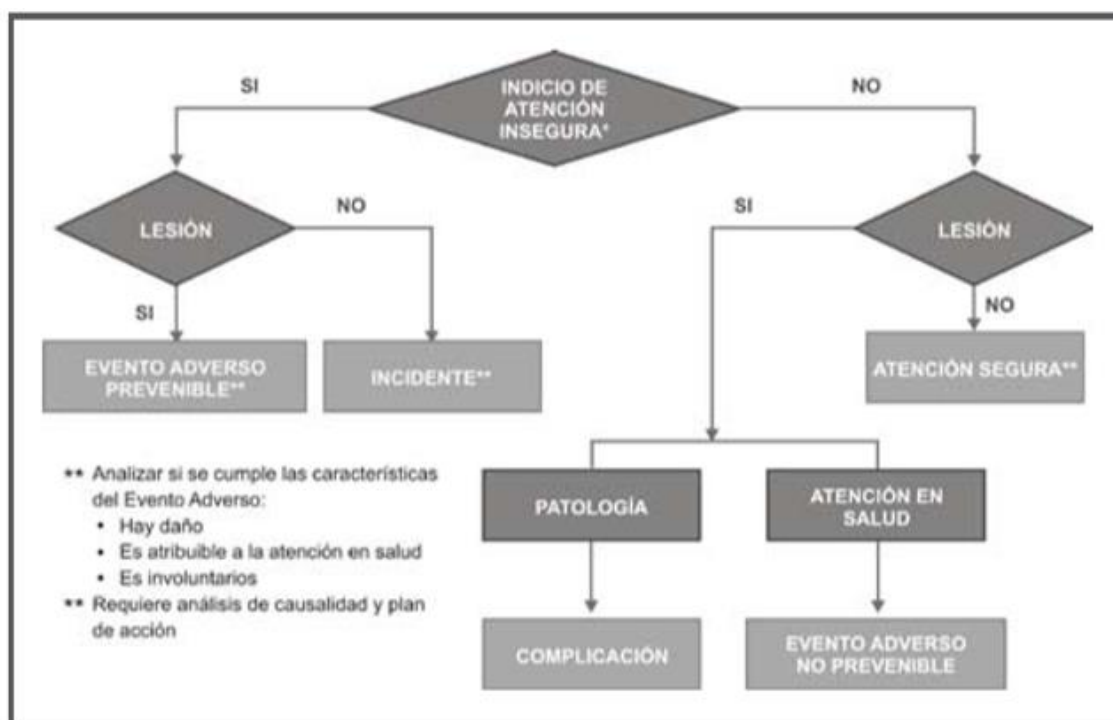
Así pues, la política seguridad del paciente fue implementada en el año 2008 por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con el fin de prevenir eventos adversos en los procesos de atención en salud, lo que involucra la evaluación frecuente de los riesgos asociados a la atención en salud y el diseño e implementación de las barreras de seguridad que sean necesarias para mitigarla las fallas o los eventos adversos y se establezca un entorno seguro en la atención en salud.

La seguridad del paciente se regula mediante principios orientadores, los cuales buscan “el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos” (Lineamientos, 2008).

## Modelo conceptual de la política de la seguridad del paciente

El siguiente gráfico muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en la Política de Seguridad del Paciente, Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.

**Gráfica. 2 Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente**



## Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud

Ministerio de Salud y Protección Social, en el año 2008 Con el propósito de prevenir la ocurrencia de errores o eventos adversos producto de la atención médica que afecten la seguridad del paciente, impulsa la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad, la cual cuentan con paquetes instruccionales de seguridad del paciente y el paso a paso para su implementación en las Instituciones Prestadoras de Salud con el fin de brindar una atención segura.

Los paquetes instruccionales pretenden “mostrar los componentes fundamentales de todo programa institucional de seguridad del paciente y las actividades clínicas relacionadas; las cuales implementadas de manera sistemática, rigurosa y constante, deben llevar a la disminución, al mínimo posible de eventos adversos” (Guía, pág. 11).

Los modelos instruccionales están basados en el modelo pedagógico del ABP (aprendizaje basado en el problema), este modelo está centrado en el aprendizaje y reflexión de la realidad de forma compleja e integral. Así pues, se busca diseñar e implementar una política Institucional de Seguridad del Paciente a nivel nacional.

### **Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente paquetes instruccionales guía técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”**

Este paquete instruccional alude a la importancia de prevenir la ocurrencia de acciones inseguras o fallas activas, los cuales se derivan en eventos adversos. En efecto, busca fortalecer las competencias del talento humano en salud para desarrollar programas de vigilancia epidemiológica de la ocurrencia de eventos adversos, incidentes y complicaciones en las instituciones de salud. Además, sirve de apoyo para diseñar, implementar, evaluar y mejorar continuamente un sistema de monitorización y medición de la seguridad del paciente.

Así mismo, investiga y analiza, bajo diferentes metodologías, en especial la del “Protocolo de Londres”, los incidentes y eventos adversos. El protocolo de Londres asocia los factores contributivos que generan un evento adverso y las barreras y defensas para prevenirlos.

## **Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos**

Este paquete instruccional se basa en el Protocolo de Londres como metodología sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el análisis de errores, fallas o eventos adversos durante los procedimientos quirúrgicos, de los cuales se encontraron los siguientes datos:

- Se calcula que en el mundo se realizan 234 millones de operaciones de cirugía mayor.
- 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas debido a lesiones traumáticas.
- 10 millones de cirugías por complicaciones en el embarazo.
- 31 millones por problemas oncológicos.

Las cirugías son procedimientos con riesgos que pueden traer desenlaces inadecuados y generar daños a los pacientes. Una la cirugía en lugar equivocado es uno de los principales errores que se cometen en las instituciones de salud, y establece que las cifras más altas de error con consecuencias serias se presentan en unidades de cuidado intensivo, salas de cirugía y salas de emergencia.

En el documento La Cirugía Segura Salva Vidas, de la OMS, se considera que en los países industrializados se han registrado complicaciones importantes entre el 3% y 16% de los procedimientos quirúrgicos requiriendo ingreso, con tasas de mortalidad discapacidad permanente del 0,4% al 0,8% aproximadamente, mientras que en los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5% al 10% en operaciones de cirugía mayor; casi 7 millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas al año, 1 millón de los cuales mueren durante o inmediatamente después de la cirugía.

## Protocolo de Londres

Es el método utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. Introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos (como se citó en Ministerio de Protección Social y Salud, 2008, p.53).

A continuación se presenta el modelo:

**Gráfica. 3 Modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos.**



### Acciones para establecer la política institucional de seguridad del paciente

La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad. La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.

- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.

- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.

- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente.

Además de lo anterior, debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, lo que significa abordar algunos de los siguientes temas:

- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.

- Garantizar la confidencialidad de los análisis.

- Integración con otras políticas y procesos institucionales: calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información.

- Como se va a construir una alianza con el paciente y su familia

- Como se integra con los procesos asistenciales.

Debe existir un sistema de reporte intrainstitucional, que privilegie la confidencialidad de lo reportado, que permitan realizar un claro análisis causal y dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extra institucionales.

## Herramientas para la priorización de “probabilidad e impacto” del evento adverso

A continuación se muestran la tabla sugerida de redacción de plan de mejoramiento según la Guía Evaluar la Frecuencia de Eventos Adversos y una tabla para señalar las causas y factores contributivos.

**Tabla 2. Plan de mejoramiento según la guía la frecuencia de EA.**

ACTIVIDAD	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
P:			
H:			
V:			
A:			

**P:** Planear    **H:** Hacer    **V:** Verificar    **A:** Actuar

Anexo de modelo de Clasifique las causas identificadas en el caso en los factores contribuyentes, según la siguiente tabla del protocolo de Londres.

**Tabla 3. Causas y factores contributivos.**

CAUSAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS
Deficiencias en las comunicaciones	
Deficiencias en los procesos de supervisión	
Sobrecarga Laboral	
Inoportunidad en la atención	
Falta de adherencia a protocolos	

Se anexa y se sugiere su implementación y aplicación para la elaboración de las lista de chequeo o listas de verificación en las tres fases de los procedimientos quirúrgicos.

**Gráfica. 4 Listas de chequeo en los tres momentos quirúrgicos.**

ENTRADA	PAUSA QUIRÚRGICA	SALIDA
<input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO <ul style="list-style-type: none"> <li>• SU IDENTIDAD</li> <li>• EL SITIO QUIRÚRGICO</li> <li>• EL PROCEDIMIENTO</li> <li>• SU CONSENTIMIENTO</li> </ul>	<input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN	EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO</li> <li><input type="checkbox"/> QUE LOS RECuentOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)</li> <li><input type="checkbox"/> EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)</li> <li><input type="checkbox"/> SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS</li> </ul>
<input type="checkbox"/> DEMARCAción DEL SITIO / NO PROCEDE	<input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> <li>• LA IDENTIDAD DEL PACIENTE</li> <li>• EL SITIO QUIRÚRGICO</li> <li>• EL PROCEDIMIENTO</li> </ul>	<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE
<input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA	<b>PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</b>	
<input type="checkbox"/> PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO	<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REVISa: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA	
<b>¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?</b>	<input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISa: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISa: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS	
<input type="checkbox"/> SÍ	<b>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</b>	
<b>VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?</b>	<input type="checkbox"/> SÍ	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDE	
<input type="checkbox"/> SÍ, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE	<b>¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?</b>	
<b>RIESGO DE HEMORRAGIA &gt; 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?</b>	<input type="checkbox"/> SÍ	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO PROCEDE	
<input type="checkbox"/> SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS		

Anexo de descripción de experiencia exitosa, basada en el favorecimiento de la planeación del paciente quirúrgicos

**Gráfica. 5 Experiencia exitosa.**

**DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EXITOSA**

Durante la ruta de atención del paciente se implementan barreras (prácticas seguras) orientadas a controlar factores contribuyentes. Es así como se diseñan e implementan:

- Lista de chequeo de cirugía
- Pedidos conforme a la programación de cirugías
- Recuento de material utilizado durante la cirugía
- Entrada y salida de material de injertos
- Aplicación de consentimientos informados
- Lista de chequeo de preparación de salas
- Evaluación de procedimientos de esterilización
- Lista de chequeo de anestesia
- Lista de chequeo paciente alérgico al látex
- Lista de chequeo de entrega y recibo en salas de cirugía
- Lista de chequeo paciente en recuperación
- Lista de chequeo de paquete quirúrgico
- Lista de chequeo de identificación de procedimiento quirúrgico
- Control de radiológicos de planeamiento quirúrgicos previos.
- Durante la ruta de atención del proceso se aplican listas de chequeo cruzadas relacionadas con cada paso de la atención por los diferentes miembros del equipo de salud

## **Objetivos de un sistema de costos de salud**

Los Costos en Salud constituyen un instrumento metodológico para la aplicación de esta técnica en las distintas actividades del Sistema Nacional de Salud. Se han ajustado y normalizado para tener en cuenta las peculiaridades de las distintas Entidades que conforman el Sector, de acuerdo a su perfil de trabajo, así como ha considerado los aspectos propios de sus singularidades, por lo que lo habilita para ser implantado en cualquier Entidad del Sistema.

Es finalidad de los Costos en Salud es garantizar la emisión de información sobre los resultados económicos de las actividades a cada Entidad para alcanzar los objetivos siguientes:

- Posibilitar, mediante el conocimiento de los costos reales de las acciones, la toma de medidas oportunas, con el fin de obtener el máximo de eficiencia en la ejecución presupuestaria y elevar la eficacia de la gestión en general.
- Permitir a los niveles de dirección del Sistema Nacional de Salud, mediante el conocimiento de los costos que se ejecutan, evaluar económicamente a las Entidades, al propio tiempo de elaborar y fundamentar índices para mejorar el proceso de la planificación financiera.
- Brindar a los dirigentes y trabajadores la educación económica necesaria, al facilitarles información acerca de las acciones que en cada área de trabajo se ejecutan, dándoles participación en los análisis de los resultados.

**Costos de calidad:** forman parte integral del costo de producción o de prestación de un servicio pero en general no se cuantifican por separado, evitando de este modo su adecuado control y análisis y dificultando la aplicación de eventuales medidas correctivas.

**Costos:** Se denomina al conjunto de indicadores que permiten evaluar la eficiencia del trabajo de una Entidad. En ellos se refleja el nivel de actividad alcanzado, el grado de eficiencia con que se utilizan los fondos y la óptima utilización de los recursos materiales. Los costos

representan los recursos consumidos y aplicados a las actividades de un período económico determinado.

**Costos fijos:** Son aquellos cuyas cuantías no varían en relación con el nivel de actividad realizado, o sea, que se mantienen constantes, aunque hasta cierto límite, independientemente del volumen alcanzado en dichos niveles. Su fijeza o constancia lo determina la necesidad de incurrir en dichos gastos a pesar de que el volumen o nivel de actividad estuviera muy por debajo del límite establecido. Ej.: salario y depreciación.

**Costos directos:** Se pueden identificar plenamente o asociar a servicios que se están ejecutando, así como también puede decirse de aquellos que permiten establecer su correspondiente relación con área organizativa determinada, la cual tiene la responsabilidad de decidir su empleo o utilización. Generalmente pueden considerarse como tales, aquellos gastos originados por: el pago de la fuerza de trabajo que ejecuta directamente las acciones, los consumos de los materiales utilizados y los servicios y otras obligaciones que puedan asociarse de forma directa a la actividad que se ejecuta.

**Costos indirectos:** Constituyen gastos o partes de gastos que no pueden asociarse de manera directa a la ejecución de las actividades y por regla general, se originan en otras áreas organizativas que apoyan las acciones de los que lo reciben. Son ejemplos de estos costos los administrativos de toda índole, los de áreas de servicios, auxiliares y otros que se ejecutan con la finalidad de apoyar las actividades que realiza la Entidad.

**Costos variables:** Su monto está directamente asociado al nivel de actividad, como pueden ser los gastos que se incurren en: medicamentos, alimentos, servicio de lavandería y otros. Las cuantías de estos costos aumentan o disminuyen en correspondencia con el mayor o menor número de pacientes atendidos.

**Costo total:** Es el resultado de la acumulación de todos los costos en que ha sido necesario incurrir para la producción de bienes materiales o la prestación de servicios, por lo cual, de

acuerdo al tipo de análisis que se esté efectuando, puede ser la sumatoria de los costos directos e indirectos incurridos, o también de los costos fijos y variables efectuados en el desarrollo de la actividad objeto de análisis.

**Costo unitario:** Se obtiene de la relación del total de gastos acumulados en un centro de Costo entre la cantidad de determinado número de acciones que se haya definido como su base de distribución.

**Costo presupuestado:** Son los costos unitarios y totales que se derivan explícita o implícitamente de los elementos contenidos en la formulación del presupuesto o plan.

## Marco contextual



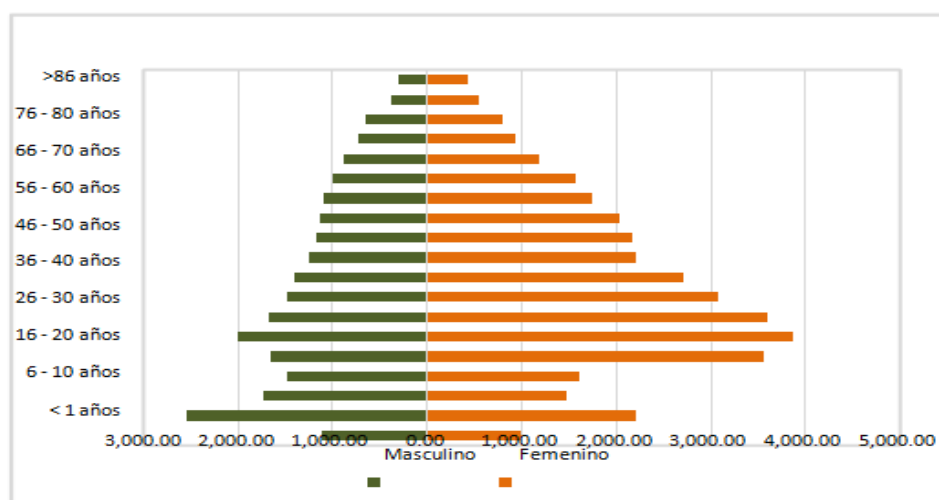
### Ubicación geográfica

El Hospital Francisco de Paula Santander está ubicado en el Municipio de Santander de Quilichao, en la Carrera 9 N° 2-92, en el centro. El Municipio de Santander de Quilichao está ubicado a su vez al norte del Departamento del Cauca a 97 Km al norte de Popayán y 45 Km al sur de Santiago de Cali.

### Caracterización demográfica

En la gráfica 6. Representa la población consultante de la IPS Francisco de Paula Santander.

**Gráfica. 6 Pirámide de la población consultante**



Dada la distribución de la pirámide poblacional, donde su base es amplia, se tiene que la población consultante se encuentra compuesta en su gran mayoría por habitantes jóvenes

y la tasa a la cual se reemplazan los individuos fallecidos es rápida al ser el pico de la pirámide angosto o compuesto por pocas personas, correspondientes a los individuos de mayor edad.

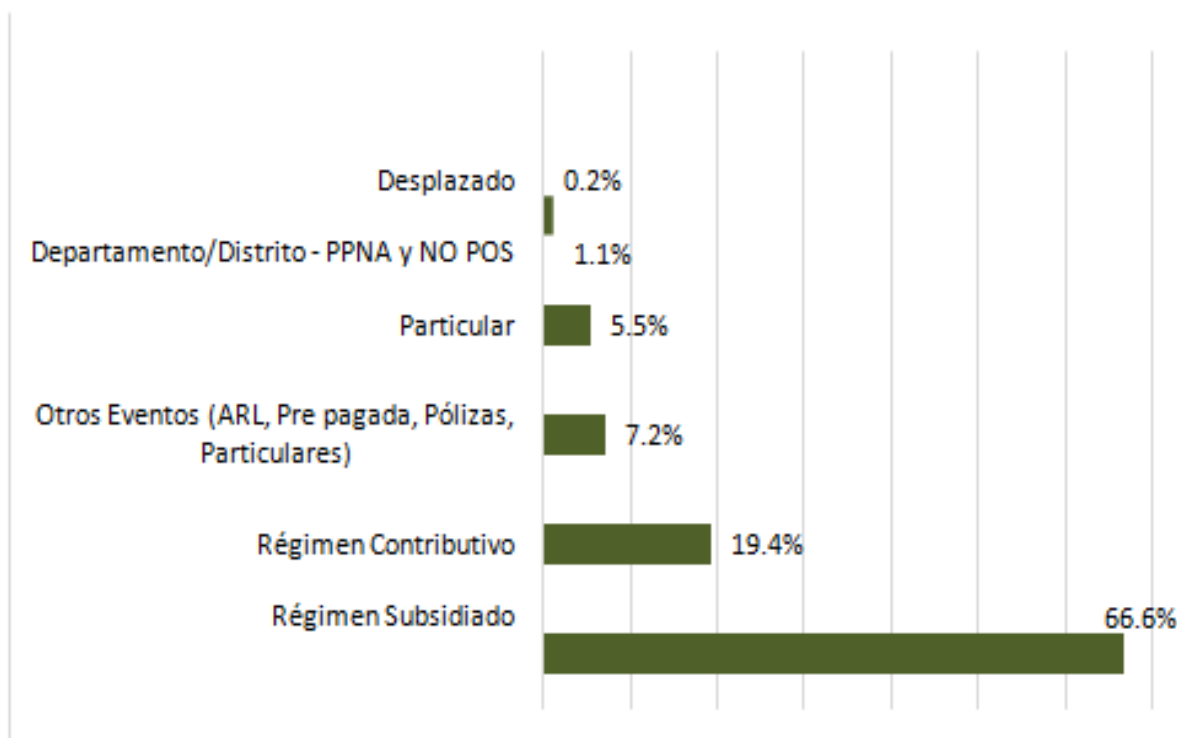
En cuanto al tipo de régimen de los pacientes, el 66.6% de los atendidos en el año evaluado, pertenecen al régimen subsidiado donde las empresas más representativas son Asmet Salud E.S.S (36.2%), Asociación Indígena del Cauca A.R.S (34.1%), Emssanar E.S.S (18.7%), el régimen contributivo representa el 19.4% del cual la empresa Servicio Occidental Salud SOS E.P.S representa el (7.9%) y E.P.S. SANITAS (6.2%).

Con respecto al tipo de aseguradora los pacientes atendidos en la Institución pertenecen al régimen subsidiado, contributivo, particular, vinculado, desplazado y otro. La distribución del total de atendidos por régimen se muestra en la Tabla 2 y se representa de manera gráfica en el Gráfico.

**Tabla 4. Caracterización población por régimen.**

Régimen	Femenino	Masculino	Total	%
Régimen Subsidiado	25757	13530	39287	66.6%
Régimen Contributivo	6363	5056	11419	19.4%
Otros Eventos (ARL, Pre pagada, Pólizas, Particulares)	1559	2694	4253	7.2%
Particular	1791	1470	3261	5.5%
Departamento/Distrito- PPNA y NO POS	320	354	674	1.1%
Desplazado	54	35	89	0.2%
<b>Total</b>	<b>35844</b>	<b>23139</b>	<b>58983</b>	<b>100.0%</b>

**Gráfica. 7 Distribución por régimen de la población consultante**



Una epidemia de gripa en 1918 y se recibieron los menesterosos de la localidad.

Por otro lado, en 1925 el gobierno entrega unos recursos a los hospitales dichos fondos sirvieron para construir dos plantas donde la obra culmina en 1927, pero no se da uso para la atención de salud. Fue en 1939, el médico Luís A González, toma la iniciativa de dar vida al hospital y presenta ante el concejo municipal, el proyecto de acuerdo “Por el cual se crea el hospital de caridad dedicado al hombre de las leyes Francisco de Paula Santander, en homenaje de la ciudadanía en el primer centenario de su muerte”. Este proyecto es aprobado por acuerdo 6 del mes de abril de 1940, por el cual “se aprueban y adoptan los estatutos y reglamento interno del Hospital Francisco de Paula Santander.

No obstante, en 1941, el congreso de Colombia expide la ley 87 en el que dispone la construcción de un hospital en el municipio de Santander cauca y asume el liderazgo de la obra el médico Antonio Silva y en 1943 se nombra la primera Junta Directiva del hospital la cual

logra logro que el gobierno le reconociera personería jurídica a “la entidad denominada Hospital Francisco de Paula Santander” en 1944.

Para el año 1955 aún Santander no contaba con un Hospital, pese a la labor realizada por la comunidad. Durante estos años el municipio compra unos terrenos con destino al Hospital y el Señor Eduardo Holguín, dona una parcela contigua a estos, para el mismo fin.


Durante todos estos años el hospital ha trabajado por mejorar su infraestructura física, adquirir nuevos y modernos equipos, crear nuevos servicios y ante todo contratar personal calificado y suficiente para atender la demanda que año por año se ha incrementado.

Hoy día es la Empresa Social del Estado, que trabaja por lograr la satisfacción de sus clientes en el proceso de atención con calidad, con modernización de los servicios, fortalecimiento institucional y sobre todo proyectando la organización para que sea la primera ESE nivel II en el departamento del Cauca, bajo el Eslogan “Trabajamos en Equipo con Excelencia por su Salud y Bienestar”. El cual tiene como misión y visión es la siguiente:

**Misión:** Prestar servicios de salud humanizados con criterios de calidad a la población del área de influencia, buscando el equilibrio financiero y la rentabilidad social.

**Visión:** Para el año 2020, el Hospital Francisco de Paula Santander, E.S.E. de mediana complejidad, prestará además algunos servicios de salud de alta complejidad, posicionándose como el mejor de la región cumpliendo con estándares superiores de calidad en la prestación de servicios de salud, contribuyendo a la preservación o mejoramiento de la salud y bienestar de la población de su área de influencia.

**Tabla 5. Procedimientos quirúrgicos**

 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		
Especialidad	Cantidad	%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	3272	27.71%
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	3200	27.10%
CIRUGIA GENERAL	1543	13.07%
OTORRINOLARINGOLOGIA	1166	9.87%
UROLOGIA	787	6.66%
OFTALMOLOGIA	527	4.46%
DERMATOLOGIA	364	3.08%
CIRUGIA PEDIATRICA	256	2.17%
GASTROENTEROLOGIA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA	210	1.78%
MEDICINA GENERAL	153	1.30%
PROCTOLOGIA	153	1.30%
CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA	146	1.24%
ANESTESIOLOGIA	27	0.23%
RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	3	0.03%
PEDIATRIA	2	0.02%
MEDICINA INTERNA	1	0.01%
<b>Total General</b>	<b>11810</b>	<b>100.00%</b>

**Tabla 6. Procedimientos ginecología y obstetricia**

PROCEDIMIENTOS GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		
Descripción	Cantidad	%
CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL SOD	844	25.79%
LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACION Y CURETAJE	610	18.64%
SECCION O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO [CIRUGIA DE POMEROY] POR MINILAPAROTOMIA SOD	541	16.53%
LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO	178	5.44%
POMEROY DE PAQUETE CON CESAREA	150	4.58%
HISTERECTOMIA ABDOMINAL [EXTIRPACION TOTAL DE UTERO]	150	4.58%
MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES OXIGENO AGENTES Y GASES ANESTESICOS	95	2.90%
SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	79	2.41%
SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	54	1.65%
CESAREA Y LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO (CIRUGIA DE POMEROY)	50	1.53%
CESAREA MAS IMPLANTE SUBDERMICO	49	1.50%
CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	47	1.44%
CONIZACION EN FRIO	32	0.98%
DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL (EPIPLOICO- OMENTAL- PERIESPLÉNICO- PERIGÁSTRICO- SUBHEPÁTICO- SUBFRENICO- DE LA FOSA ILÍACA O PLASTRÓN APENDICULAR) POR LAPAROTOMIA	25	0.76%
DRENAJE DE ABSCESO GLANDULA DE BARTHOLIN Y MARZUPIALIZACION	23	0.70%
<b>Subtotal (Primeras causas de consulta)</b>	<b>2927</b>	<b>89.46%</b>
<b>Total General</b>	<b>3272</b>	<b>100.00%</b>

**Tabla 7. Procedimientos ortopedia y traumatología**

**PROCEDIMIENTOS ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**

Diagnóstico	Cantidad	%
LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS (UNA O MÁS)	141	4.41%
REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CUBITO O RADIO	130	4.06%
SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA A DOS)	111	3.47%
SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONE	99	3.09%
DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	87	2.72%
COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS	84	2.63%
TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)	69	2.16%
SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE	64	2.00%
SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)	59	1.84%
TENOSINOVECTOMIA FLEXORES MANO (UNO O MÁS)	54	1.69%
REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE TIBIA O PERONE	45	1.41%
TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA	44	1.38%
SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	41	1.28%
SECUESTRECTOMIA DRENAJE DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CUBITO	41	1.28%
REDUCCIÓN CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO SIN FIJACIÓN	38	1.19%
<b>Subtotal (Primeras causas de consulta)</b>	<b>1107</b>	<b>34.59%</b>
<b>Total General</b>	<b>3200</b>	<b>100.00%</b>

**Tabla 8. Procedimientos cirugía general**

**PROCEDIMIENTOS CIRUGÍA GENERAL**

Diagnóstico	Cantidad	%
APENDICECTOMIA [EXTRACCIÓN DE APÉNDICE]	277	17.95%
COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA (COLELAP)	247	16.01%
HERNIORRAFIA UMBILICAL SOD	192	12.44%
HERNIORRAFIA INGUINAL DIRECTA SOD	99	6.42%
TORACOSTOMIA PARA DRENAJE CERRADO [TUBO DE TORAX] SOD	43	2.79%
HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA	40	2.59%
DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	40	2.59%
DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL (EPILOICO- OMENTAL- PERIESPLÉNICO- PERIGÁSTRICO- SUBHEPÁTICO- SUBFRENICO- DE LA FOSA ILÍACA O PLASTRÓN	38	2.46%
RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL CON REPARACIÓN (COLGAJO Y/O INJERTO)	31	2.01%
RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL ENTRE 3 A 5 CENTÍMETROS	26	1.69%
RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL HASTA 3 CENTÍMETROS	25	1.62%
EVENTRORRAFIA CON COLOCACIÓN DE MALLA	24	1.56%
PERICARDIOTOMIA SOD	17	1.10%
RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA NCOC	17	1.10%
RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL ENTRE 5 Y 10 CENTÍMETROS	17	1.10%
<b>Subtotal (Primeras causas de consulta)</b>	<b>1133</b>	<b>73.43%</b>
<b>Total General</b>	<b>1543</b>	<b>100%</b>

**Tabla 9. Procedimientos otorrinolaringología**

**PROCEDIMIENTOS OTORRINOLARINGOLOGIA**

Diagnóstico	Cantidad	%
NASOLARINGOSCOPIA ( FIBRONASOLARINGOSCOPIA )	312	26.76%
MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES OXIGENO AGENTES Y GASES ANESTESICOS	238	20.41%
TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL	167	14.32%
ADENOIDECTOMIA SOD	86	7.38%
SEPTOPLASTIA CON CIERRE DE PERFORACION SEPTAL	66	5.66%
ADENOAMIGDALECTOMIA SOD	23	1.97%
AMIGDALECTOMIA SOD	20	1.72%
ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA SOD BAJO MICROSCOPIO	19	1.63%
SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA NCOC	18	1.54%
TURBINOPLASTIA ENDOSCOPICA VIA TRANSNASAL	13	1.11%
TIMPANOTOMIA EXPLORATORIA	9	0.77%
PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	8	0.69%
TIMPANOTOSTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA	7	0.60%
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO CON INCISION SOD	7	0.60%
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ POR RINOTOMIA LATERAL	7	0.60%
<b>Subtotal (Primeras causas de consulta)</b>	<b>1000</b>	<b>85.76%</b>
<b>Total General</b>	<b>1166</b>	<b>100%</b>

**Tabla 10. Procedimientos urología**

**PROCEDIMIENTOS UROLOGIA**

Diagnóstico	Cantidad	%
CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	274	34.82%
MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES OXIGENO AGENTES Y GASES ANESTESICOS	230	29.22%
DILATACION DE URETRA POR SONDEO (SESION)	40	5.08%
PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL SOD	38	4.83%
CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL	38	4.83%
DILATACION DE UNION URETROVESICAL SOD	30	3.81%
VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA	25	3.18%
CIRCUNCISION NCOC	19	2.41%
SUSPENSION URETRO VESICAL RETROPUBICA [MARSHALL-MARCHETTI-KRANZ]	12	1.52%
MEATOPLASTIA URETRAL SOD	9	1.14%
PLASTIA DE FRENILLO PENEAL	7	0.89%
ESPERMATOCELECTOMIA O RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO SOD	6	0.76%
BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA CON AGUJA) DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	6	0.76%
REPARACION O ESCISION DE HIDROCELE DE TUNICA VAGINALIS (HIDROCELECTOMIA) SOD	6	0.76%
ORQUIECTOMIA CON EPIDIDIDECTOMIA (RADICAL)	5	0.64%
<b>Subtotal (Primeras causas de consulta)</b>	<b>745</b>	<b>94.66%</b>
<b>Total General</b>	<b>787</b>	<b>100%</b>

EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA POR INCISION SOD	6	1.14%
BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	4	0.76%
RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO DE MUCOSA	3	0.57%
PLASTIA DE CANALICULOS LAGRIMALES SOD	3	0.57%
RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO	2	0.38%
RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA	2	0.38%
CORRECCION DE ECTROPION POR TECNICA DE SUTURA SOD	2	0.38%
PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS) SOD	2	0.38%
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	1	0.19%
SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES SOD	1	0.19%
<b>Subtotal (Primeras causas de consulta)</b>	<b>513</b>	<b>97.34%</b>
<b>Total General</b>	<b>527</b>	<b>100%</b>

**Tabla 11. Procedimientos dermatología**  
PROCEDIMIENTOS DERMATOLOGIA

Diagnóstico	Cantidad	%
BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON SUTURA)	242	66.48%
BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	63	17.31%
RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA 3 CENTIMETROS	34	9.34%
RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL HASTA UN CENTIMETRO	19	5.22%
RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL MAS DE DOS CENTIMETROS	3	0.82%
ONICECTOMIA	1	0.27%
RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL ENTRE 3 A 5 CENTIMETROS	1	0.27%
RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL CON REPARACION (COLGAJO Y/O INJERTO)	1	0.27%
<b>Subtotal (Primeras causas de consulta)</b>	<b>364</b>	<b>100.00%</b>
<b>Total General</b>	<b>364</b>	<b>100%</b>

\*\* Los procedimientos quirúrgicos no incluyen asistencia al parto (parto normal)

**Tabla 12. Procedimientos oftalmología**

PROCEDIMIENTOS OFTALMOLOGIA

Diagnóstico	Cantidad	%
RESECCION DE PTERIGION CON INJERTO DE CONJUNTIVA	357	67.74%
EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SUTURADO SOD	54	10.25%
LENTE INTRAOCULAR VISCO ELASTICO	49	9.30%
RESECCION DE CHALAZION SOD	17	3.23%
RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO ESPESOR PARCIAL DOS TERCIOS	10	1.90%

EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA POR INCISION SOD	6	1.14%
BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	4	0.76%
RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO DE MUCOSA	3	0.57%
PLASTIA DE CANALICULOS LAGRIMALES SOD	3	0.57%
RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO	2	0.38%
RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA	2	0.38%
CORRECCION DE ECTROPION POR TECNICA DE SUTURA SOD	2	0.38%
PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS) SOD	2	0.38%
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	1	0.19%
SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES SOD	1	0.19%
<b>Subtotal (Primeras causas de consulta)</b>	<b>513</b>	<b>97.34%</b>
<b>Total General</b>	<b>527</b>	<b>100%</b>

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Francisco De Paula De Santander De Quilichao Cauca, el cual surge a los comienzos del siglo pasado, cuando el presbítero Alcides falla, de la parroquia de san Antonio, decide iniciar la construcción de un centro asistencial para el municipio, pero por falta de recursos, deja la obra inconclusa en 1906. Por consiguiente, fue en el año 1911 donde Alfredo Pérez presbítero termina la construcción de una modesta casa pajiza llamada “Betania”, ubicada en el barrio San Bernabé. Allí se atendió.

Teniendo presente la información vale la pena mencionar que después del estudio IBEAS: Los estudios anteriores concluyen que la tipificación de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados que prevalecen la aparición de eventos adversos son:

1. Infección nosocomial
2. Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos
3. Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
4. Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

Igualmente, deben considerarse con particular atención los procesos orientados a crear barreras de seguridad y procedimientos seguros en la atención del binomio madre-hijo. Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso.

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención. Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud.
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes.
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de la tecnología.

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

A continuación se dará a continuación el proceso de gestión y monitorización del evento adverso, incidente, complicaciones y no conformidad:



## **1. Objetivo**

Establecer la metodología para identificar, gestionar y monitorear los eventos adversos, complicaciones, incidentes, no conformes e indicio de atención insegura presentados en los procesos, a través de la aplicación de herramientas metodológicas definidas.

## **2. Alcance**

Este procedimiento inicia con la identificación del evento adverso, complicación, incidente, no conforme e indicio de atención insegura y termina con el cierre del mismo a través de acciones que se sucedan en los procesos.

### **Condiciones generales**

- Los líderes de los procesos deben revisar diariamente el programa GEMA.
- Los líderes de los procesos notificarán el evento al personal implicado y definirán en conjunto la acción correctiva, haciendo el análisis de causas aplicando metodologías de análisis como (árbol de problemas, espina de pescado, lluvia de ideas, Pareto y Protocolo de Londres).
- El tiempo de respuesta para contestar el evento es dentro del mes de la notificación; pero la gestión y toma de acciones correctivas deberá ser oportuna para evitar que vuelva a ocurrir.
- Cuando suceda un evento adverso grave o centinela el equipo debe reunirse lo más pronto posible para el análisis del caso, invitando a los implicados y a las personas que considere necesario.
- El líder de seguridad del paciente realizara las siguientes actividades:
- Revisión diaria de los eventos reportados para determinar si la clasificación y sub clasificación son las adecuadas.

- Depurar los eventos registrados (incompletos, consecutivos no documentados, entre otros).
- Publicar en carpeta compartida con acceso a líderes de proceso un condensado de los eventos adversos, incidentes, complicaciones e indicios de atención insegura, para que elaboren el análisis, tomen decisiones y socialicen conclusiones en el comité de seguridad del paciente que se reúne cada mes.
- Reclasificar los eventos reportados después de la reunión del comité cuando sea necesario para procesar la información.
- Dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente el proceso de gestión calidad notificará a los líderes los eventos presentados para su contestación y cierre.
- El proceso que hace el reporte debe revisar la respuesta y si está de acuerdo con las acciones realizadas para atacar las causas que generaran el evento dará el visto bueno indicando la fecha de cierre.
- Del consolidado del mes se extrae la información para el informe de indicadores del proceso.
- Los procesos que tengan eventos repetidos o relacionados en un mismo periodo harán plan de acción.
- Los procesos que identifiquen la no respuesta, deberán reunirse con el proceso que está afectando la gestión y generaran plan de acción en conjunto.
- En los macro comités los procesos presentarán planes de acción resultado del análisis de solución de problemas con el objetivo de dar tratamiento al evento.
- El proceso de gestión de calidad reportará mediante comunicación interna a las respectivas subgerencias y a control interno la relación de los eventos que no han tenido respuesta.

- Todo colaborador de la institución debe identificar riesgos inherentes al desempeño de los procesos, estar en la capacidad de detectar, reportar y gestionar un evento.

A continuación se describen los tipos de eventos e incidentes definidos por el Ministerio de la Protección Social:

**Tabla 13. Relación y clasificación de eventos adversos.**

<b>1. Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales.</b>	Administración de medicamentos en dosis erradas.  Administración de medicamento vencido Administración de medicamento errado Administración de medicamento por vía equivocada Medicamento no administrado Prescripción de medicamento contraindicado Reacciones adversas a medicamentos (RAM) Paciente equivocado Formulación incorrecta Alergias no documentadas en H.C. Registro inadecuado del medicamento y/o ausencia del registro. Cantidad / control inadecuado de líquidos endovenosos (L.E.V.)
<b>2. Asociados al cuidado</b>	Caída de Paciente Ulceras por presión (UPP) Daño por auto-retiro de sondas/tubos/catéteres Flebitis química
<b>3. Accidentes de pacientes</b>	Agresión por persona dentro de la institución Consumo de sustancias psicoactivas en la institución Discriminación y perjuicios al paciente Fuga de pacientes

**4. Relacionados con Fallas en procesos o procedimientos asistenciales (adherencia a guías, protocolos, o procedimientos).**

Violación a la intimidad o privacidad  
Atención de paciente equivocado.  
Demora en la atención de la consulta  
Inadecuada entrega de turno  
Paciente con apendicitis sin atención después de 6 horas de diagnóstico.  
Paciente con neumonía broncoaspirativa  
Deterioro del paciente en la escala de Glasgow sin tratamiento.  
Daño al paciente por pérdida del espécimen de patología.  
Incumplimiento de órdenes médicas.  
Reingreso a hospitalización por la misma causa en menos de 15 días.  
Reingreso a urgencias antes de 72 horas  
Secuelas Postreanimación  
Tromboembolismo pulmonar  
Trombosis venosa profunda en paciente hospitalizado.  
Inadecuada clasificación en el Triage  
Demora en la atención del Triage

---

**5. Relacionados con Fallas en procesos o procedimientos asistenciales (adherencia a guías, protocolos, o procedimientos).**

---

Daño por error diagnóstico  
Neumotórax iatrogénico  
Errores por inadecuada identificación del paciente

<b>6. Infección asociada a la atención en salud.</b>	<p>Infección en sitio operatorio (ISO)</p> <p>Infección en tejidos blandos</p> <p>Infección por catéter</p> <p>Infección por prótesis</p> <p>Infección urinaria por colocación de sonda</p> <p>Neumonía.</p>
<b>7. Relacionados con la sangre o sus derivados.</b>	<p>Almacenamiento incorrecto</p> <p>Cantidad incorrecta</p> <p>Dosis o frecuencia incorrecta</p> <p>Paciente equivocado</p> <p>Producto sanguíneo con grupo/ Rh equivocado</p> <p>Reacción transfusional.</p> <p>Derivado sanguíneo caduco</p> <p>Recolección de la muestra</p> <p>Transporte</p> <p>Registro de datos del paciente incompletos o equivocados.</p> <p>Procesamiento</p> <p>Control de calidad</p> <p>Resultados</p>
<b>8. Relacionados con la atención materna.</b>	<p>Fracaso en la instrumentación del parto vaginal.</p> <p>Código rojo</p> <p>Anemia severa</p> <p>Atención de hemorragia postparto</p> <p>Atención de trastornos hipertensivos del embarazo</p> <p>Complicación del aborto</p> <p>Control estricto del puerperio</p> <p>Demora en la referencia de mayor complejidad</p> <p>Diligenciamiento del partograma</p> <p>Kit de emergencia obstétrica</p> <p>Expulsivo prolongado</p> <p>Eclampsia</p> <p>Muerte materna (Evento adverso centinela)</p>

Desgarro grado 3 – 4  
Desgarro vaginal previa episiotomía  
No atención por trámites administrativos  
No oportunidad en la toma y reporte de ayudas  
diagnosticas  
Parto no humanizado  
Sepsis de origen no obstétrico  
Transfusión de más de 2 Unidades de sangre  
Reintervención quirúrgica  
Shock séptico  
Shock hipovolémico  
Ruptura prematura de membranas sin conducta  
definida.  
Uso inadecuado de insumos y medicamentos  
Materna con convulsiones intrahospitarias

---

Apgar Menor de 7  
Accidente de cordón  
Convulsiones neonatales  
Distocia de hombro  
Anormalidades fetales no detectadas  
Demora de más de 30 minutos para cesárea por  
sufrimiento fetal agudo.

**9. Relacionados con la  
atención del recién  
nacido.**

Ausencia de Lactancia Materna  
Entrega equivocada de neonato  
Asfixia perinatal  
ESAVI (Reacción postvacunal)  
Egreso de RN sin completar esquema de  
vacunación para la edad.  
Falta de oportunidad de vacunación de Hepatitis B  
Falta de oportunidad en tamizaje TSH neonatal  
Incumplimiento de protocolo de prevención de  
transmisión vertical VIH  
Mortinato de más de 500 gr

	Muerte neonatal Trauma de parto
<b>10. Relacionadas con el Laboratorio Clínico.</b>	Recolección de la muestra Transporte Registro de datos del paciente incompletos o equivocados. Procesamiento Control de calidad Resultados
<b>11. Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud.</b>	Fallas en la referencia del paciente Trámites no oportunos Entrega de documentos o soportes a pacientes equivocados. Fallas en el desempeño del recurso humano Servicio no disponible Procedimientos o servicios equivocados Conflictos interpersonales Potencial de denuncia del usuario
<b>12. Error en resultados</b>	Error en resultados de ayudas diagnosticas Error en resultados de laboratorios clínicos Entrega equivocada de reportes
<b>13. Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos.</b>	Almacenamiento incorrecto Cantidad incorrecta Dieta incorrecta Frecuencia incorrecta Paciente incorrecto
<b>14. Relacionados con los dispositivos, equipos e insumos.</b>	Almacenamiento incorrecto Error en la utilización Falta de disponibilidad Utilización de dispositivos sucios o no estériles Utilización de dispositivos vencidos Presentación y embalaje deficientes

Fallas o mal funcionamiento  
Equipo obsoleto

---

<b>15. Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales.</b>	
<b>16. Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente.</b>	
<b>17. Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico.</b>	Incumplimiento en la aplicación de protocolos de desinfección o esterilización. Infraestructura sin mantenimiento preventivo.
<b>18. Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional.</b>	Cirugía o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o el profesional. Estancia prolongada por no disposición de insumos o medicamentos.
<b>19. Relacionados con fallas en los Registros clínicos.</b>	Asignación incorrecta de citas. Diagnósticos incompletos. Documento confuso, ilegible o ambiguo Documento para el paciente equivocado o documento equivocado. Documentos que faltan o no disponibles Enmendaduras, tachones e ilegibilidad Errores en marcación de muestras de patologías Falta de diagnóstico. Fichas epidemiológicas incompletas Incongruencia de datos Registros incompletos en la historia clínica. Retraso en el acceso a documentos

---

Daño durante una cirugía

**20. Asociados a la  
cirugía**

Evisceración postquirúrgica  
Embolismo aéreo intravascular en el  
intraoperatorio.

Quemadura del paciente por lámpara o  
electrocauterio

Re-intervención no planeada por hemorragia/  
hematoma

Cirugía en paciente o parte equivocada

Paciente con hipotensión severa en postquirúrgico.

Retención de cuerpo extraño en paciente  
quirúrgico.

Cefalea postanestésica espinal o raquídea

Falla renal aguda postoperatoria que requiere diálisis

---

Discapacidad o muerte por reacción transfusional.

Lesión por colocación de implante incorrecto.

Muerte del paciente o daño serio asociado con el  
uso de drogas, equipos o biológicos contaminados  
provistos por la institución.

Muerte del paciente o daño serio asociado con el  
uso o función de un equipo que ha sido usado para un  
objetivo distinto para el cual fue creado.

Muerte del paciente o daño serio asociado con  
embolismo aéreo intra vascular que ocurre durante la  
atención.

Muerte del paciente o daño serio asociado al uso de  
medicamentos, en cualquiera de sus correctos.

**21. Eventos centinela**

Muerte materna o daño serio asociado con el  
trabajo de parto o el nacimiento en un embarazo de  
bajo riesgo.

Muerte intra-operatoria o inmediata post cirugía o  
post procedimiento de un paciente con riesgo  
anestésico (ASA) 2.

Muerte del paciente o daño serio asociado con su fuga o desaparición.

Suicidio del paciente o intento suicida o auto daño que resulta en una discapacidad mientras es atendido en la institución.

Lesión o muerte por arma dentro de la institución  
Homicidio intra-institucional.

Asalto físico o violación intra-institucional.

Robo, rapto o secuestro de un paciente de cualquier edad.

Muerte o daño serio del paciente como resultado de un asalto físico o agresión.

Muerte del paciente o daño serio asociado con una caída.

**Eventos centinela**

Muerte del paciente o daño serio que resulta de la pérdida irrecuperable o irremplazable de tejido biológico.

Muerte o daño serio del paciente asociado con un shock eléctrico durante el proceso de atención.

Muerte o daño serio del paciente por quemaduras provenientes de cualquier fuente de energía.

Muerte o daño serio del paciente asociado a la limitación de los movimientos del paciente o amarres.

Muerte o daño serio del paciente asociado con la introducción de un objeto metálico.

---

**Tabla 14. Relación y clasificación de incidentes**

---

<b>1. Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales.</b>	Almacenamiento incorrecto
	Formulación incorrecta
	Alergias no documentadas en H.C.
	Cantidad administrada inadecuada de líquidos endovenosos (L.E.V.)

Inadecuada elaboración de tarjetas de medicamentos o líquidos endovenosos.

Inadecuado chequeo de historias clínicas

Inadecuado control de líquidos endovenosos

Paciente equivocado

Registro inadecuado del medicamento y/o ausencia del registro.

---

<b>2. Asociado al cuidado</b>	Caída de Pacientes
-------------------------------	--------------------

---

<b>3. Relacionados con Fallas en procesos o procedimientos asistenciales (adherencia a guías, protocolos, o procedimientos).</b>	Demora en la asignación de cama hospitalaria Demora en la asignación de citas Demora en la entrega de medicamentos Demora en la entrega de resultados diagnósticos Demora en la realización de la cirugía Egreso del paciente sin acompañamiento del camillero Estancia prologada por no disposición de insumos o medicamentos. Inadecuada entrega de turno Incumplimiento de ordenes medicas Errores por inadecuada identificación del paciente
--	---

---

<b>4. Relacionados con la sangre o sus derivados.</b>	Recolección de la muestra Transporte Registro de datos del paciente incompletos o equivocados. Resultados
---	--

---

<b>5. Relacionados con la atención materna.</b>	No atención por trámites administrativos No oportunidad en la toma y reporte de ayudas diagnósticas. Uso inadecuado de insumos y medicamentos.
---	--

---

Ausencia de Lactancia Materna

<b>6. Relacionados con la atención del recién nacido.</b>	Vacunación incompleta
<b>7. Relacionadas con el Laboratorio Clínico.</b>	Recolección de la muestra Transporte Registro de datos del paciente incompletos o equivocados. Procesamiento Control de calidad Resultados
<b>8. Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud.</b>	Fallas en la referencia del paciente Trámites no oportunos Entrega de documentos o soportes a pacientes equivocados. Fallas en el desempeño del recurso humano Servicio no disponible Procedimientos o servicios equivocados Conflictos interpersonales Potencial de denuncia del usuario
<b>9. Error en resultados</b>	Error en resultados de ayudas diagnosticas Error en resultados de laboratorios clínicos Entrega equivocada de reportes
<b>10. Relacionados con la elaboración de dietas o dispensación de alimentos.</b>	Almacenamiento incorrecto Cantidad incorrecta Dieta incorrecta Frecuencia incorrecta Paciente incorrecto Almacenamiento incorrecto Error en la utilización Falta de disponibilidad

<p><b>11. Relacionados con los dispositivos, equipos e insumos.</b></p>	<p>Utilización de dispositivos sucios o no estériles  Utilización de dispositivos vencidos  Presentación y embalaje deficientes  Fallas o mal funcionamiento  Equipo obsoleto</p>
<p><b>12. Relacionados con la Administración de oxígeno o gases medicinales.</b></p>	
<p><b>13. Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente.</b></p>	
<p><b>14. Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico.</b></p>	<p>Incumplimiento en la aplicación de protocolos de desinfección o esterilización.  Infraestructura sin mantenimiento preventivo.</p>
<p><b>15. Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional.</b></p>	<p>Cirugía o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o el profesional.  Estancia prolongada por no disposición de insumos o medicamentos.  No se cuenta con especialista en el turno</p>
<p><b>16. Relacionados con fallas en los Registros clínicos.</b></p>	<p>Asignación incorrecta de citas.  Diagnósticos incompletos.  Documento confuso, ilegible o ambiguo  Documento para el paciente equivocado o documento equivocado.  Documentos que faltan o no disponibles  Enmendaduras, tachones e ilegibilidad  Errores en marcación de muestras de patologías  Falta de diagnóstico.  Fichas epidemiológicas incompletas  Incongruencia de datos  Registros incompletos en la historia clínica.</p>

**Tabla 14. Relación y clasificación de complicaciones**

<b>Deterioro clínico</b>	Relacionado con el diagnóstico principal. Con diagnóstico relacionado.
<b>Anestésicas</b>	Cefalea postanestesia espinal o raquídea
<b>Aplicación de medicamentos</b>	
<b>Procedimientos médicos generales.</b>	
<b>Procedimientos de enfermería</b>	
<b>Quirúrgicas</b>	Reintervención quirúrgica precoz (Menor a 30 días posterior a la intervención original)

Indicio de atención insegura. Sin subclasificación.

**Tabla 156. Relación y clasificación de no conformidades.**

<b>Atención inoportuna</b>	Demora en la asignación de turno en cirugía. Demora en la asignación de citas Demora en la atención de consulta. Demora en la realización de cirugías. Demora en los requerimientos del cliente interno y externo. Falta de oportunidad en la entrega de resultados de apoyo diagnóstico. Incumplimiento en horario de llegada y salida.
<b>Comunicación Insuficiente</b>	Directrices no transmitidas. Error de falta de comunicación. Información inoportuna e inadecuada. Modificación de turnos sin informar.
<b>Deficiencia de insumos y/o elementos.</b>	Demora en la entrega de medicamentos. Entrega de elementos o medicamentos vencidos.

	<p>Entrega incompleta de pedidos.</p> <p>Equipos en condiciones inadecuadas.</p> <p>Falta de elementos que impidan el normal funcionamiento de un proceso.</p> <p>Falta de ropa en los servicios asistenciales.</p> <p>Insumos que no se ajustan a los requerimientos de usuario y/o servicio.</p>
<b>Deficiencia en infraestructura</b>	<p>Arreglos locativos y de muebles inoportunos.</p> <p>Baja calidad en la prestación de servicio de apoyo.</p> <p>Daños de equipos y en infraestructura sin atención inmediata.</p> <p>Equipos e infraestructura sin mantenimiento preventivo.</p> <p>Espacios insuficientes.</p> <p>No oportunidad del servicio de mantenimiento.</p>
<b>Deficiente higiene locativa y de elementos.</b>	<p>Baños visiblemente sucios.</p> <p>Deficiencia de aseo en áreas sucias.</p> <p>Deficiencia de aseo en áreas sociales.</p> <p>Recolección inapropiada de residuos.</p> <p>Ropa contaminada y sucia.</p> <p>Utensilios y elementos visiblemente sucios.</p>
<b>Fallas en la documentación</b>	<p>Documentos incompletos.</p> <p>Procedimientos no documentados.</p> <p>Protocolos y guías no documentados.</p>
<b>Inapropiada aplicación de procedimientos.</b>	<p>Entrega inoportuna de medicamentos.</p> <p>Falla en la aplicación de procedimientos.</p> <p>Inconsistencia en la contratación de personal.</p> <p>Incumplimiento en la entrega de documentos e informes.</p> <p>Omisión de controles en los procesos.</p> <p>Producto final insatisfactorio.</p>

---

<b>Incumplimiento de derechos del paciente.</b>	Inapropiado manejo de la información de la historia clínica.
	Información deficiente al paciente.
	No respeto a la intimidad y a la privacidad.
	No respeto a la voluntad del paciente.
	Trato descortés o negligente.

---

## **Marco legal**

### **Constitución política de Colombia**

Establece que la salud es un derecho fundamental. El artículo 2 alude a los fines del Estado como lo son: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución Política, entendiendo la salud como un derecho. El artículo 49 establece la atención en salud como un servicio público a cargo del Estado y “garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.” Constitución política de Colombia”.

Art. 338: La ley, las ordenanzas y los acuerdos deben fijar, directamente, los sujetos activos y pasivos, los hechos y las bases gravables, y las tarifas de los impuestos. La ley, las ordenanzas y los acuerdos pueden permitir que las autoridades fijen la tarifa de las tasas y contribuciones que cobren a los contribuyentes, como recuperación de los costos de los servicios que les presten o participación en los beneficios que les proporcionen; pero el sistema y el método para definir tales costos y beneficios, y la forma de hacer su reparto, deben ser fijados por la ley, las ordenanzas o los acuerdos.

Art. 368: La Nación, los departamentos, los distritos, los municipios y las entidades descentralizadas podrán conceder subsidios, en sus respectivos presupuestos, para que las personas de menores ingresos puedan pagar las tarifas de los servicios públicos domiciliarios que cubran sus necesidades básicas.

### **Ley 100 de 1993**

El artículo 153 establece reglas rectoras del SGSSS en el numeral 1º alude a la equidad: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud

de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.” Tomado Función Pública.

**El numeral 3º** alude a la protección integral: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.” (Función Pública, 1993).

**El numeral 9º** alude a la calidad. “indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”.

#### **Art. 185: Instituciones prestadoras de servicios de salud**

Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

#### **Art. 225. Información requerida**

Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costo deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados, utilizando para el efecto métodos sistematizados. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que este

conservar una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **Decreto 1011 de 2006**

Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. Las acciones se orientarán a la mejora de los resultados de la atención, centrados en el usuario. Para evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud tiene las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad. (Decreto 1011. Pág. 2).

### **Resolución 1446 de 2006**

Establece a nivel del sistema de información de monitoria interna el seguimiento de los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

### **Resolución 4816 de 2008**

Refiere que el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima, diseñará el Programa de Tecnovigilancia que permita identificar los eventos e incidentes adversos no descritos en la utilización de dispositivos médicos en el Territorio Nacional, cuantificar el riesgo, proponer y realizar medidas de salud pública y mantener informados a los usuarios, a los profesionales de la salud, a las autoridades sanitarias y a la población en general.

### **Ley 1438 de enero de 2011**

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. (Ley 1438 de 2011).

### **Resolución 123 de 2012**

Establece el Manual de Estándares de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario, con el fin de que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio y las Direcciones Territoriales de Salud, se adoptan los manuales de estándares.

### **Resolución 2003 de 2014**

Establece los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como la adopción del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud y su declaración en el REPS.

### **Ley estatutaria 1751 febrero 16 de 2015**

Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y tiene por objetivo principal garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

### **Resolución 5858 de 28 diciembre 2018**

Refiere al valor fijo anual de la Unidad de Pago por Capitación- UPC que financia los servicios y las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. El Sistema General de Seguridad Social de Salud - SGSSS que prevé un mecanismo de protección colectiva del derecho a la salud, a través de un esquema de aseguramiento mediante la definición de un Plan de Beneficios en Salud -PBS, cuyos servicios y tecnologías se financian con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud- EPS por cada persona afiliada.

## Marco ético

El valor social de esta investigación consiste en analizar las causas o factores que influyeron en la aparición de eventos adversos quirúrgicos, lo cual derivó en graves complicaciones para los pacientes que los padecieron; lo cual será beneficioso para tomar los correctivos necesarios, ajustar el mapa de procesos institucional y reforzar la política de Seguridad del Paciente.

Por ende, la investigación mantendrá los siguientes principios éticos:

**Confidencialidad:** la información arrojada por las historias clínicas es de carácter confidencial, no se mencionaran los nombres de los participantes y se preservaran los datos personales de los pacientes, tal como lo establece la ley 1581 de 2012.

**Veracidad:** entendida como la obligación de manifestar la verdad y no mentir, esto se evidenciara en la transcripción textual de los datos encontrados e información suministrada sin alteraciones o fraudes.

**Equidad:** todos los participantes de esta investigación se trataran equitativamente sin prejuicios, discriminación, edad, género, orientación sexual, nivel socioeconómico entre otras.

**Beneficencia:** esta investigación tiene como propósito fundamental contribuir a mejorar la Calidad de la atención en salud, en busca de que se asuma una verdadera cultura institucional de Seguridad del Paciente que evite la ocurrencia de eventos adverso, siendo estos prevenibles en un 47 %.

## Metodología

### Tipo de estudio

Esta investigación es de tipo *retrospectiva* y se relaciona con la evaluación del costo del Evento Adverso Quirúrgico del Hospital Francisco de Paula Santander, Santander de Quilichao, del segundo trimestre de 2018.

### Enfoque

Es de tipo *descriptivo*, se refiere a los rasgos cualidades o atributos de la población objeto de estudio.

### Método

Es de tipo lógico-inductivo, basado en el método del Protocolo de Londres el cual es utilizado para el análisis de los eventos adversos. Este método se basa en los siguientes pasos para recoger la información: revisión de la historia clínica, entrevistas, indagación, documental, verificación de los recursos tecnológicos, disponibilidad del personal completo.

Nuestra investigación se basa en *la revisión de la historia* clínica, junto a las facturas e informe de eventos adversos institucional.

### Población y muestra

**Universo:** registro de eventos adversos ocurridos en el año 2018 de la E.S.E hospital Francisco de Paula Santander. El universo es de 30 eventos adversos anuales, lo que indica que cada 12 días se presenta un evento adverso.

**Muestra:** Los eventos adversos quirúrgicos del segundo trimestre de 2018, lo que equivale a cuatro eventos adversos durante este periodo.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

### **Criterios de Inclusión.**

Son todos los eventos adversos notificados y reportados en la base de datos del hospital en el segundo trimestre del año 2018.

### **Criterios de exclusión.**

- Incidente
- Información incompleta en la historia clínica no soportado
- Eventos adversos no quirúrgicos.

## **Recolección y procesamiento de la información**

### **Recolección de la información.**

- Solicitud del aval por escrito a gerencia a través de la presentación del consentimiento informado institucional.
- Presentación con Subgerencia Científica con el equipo de trabajo para acceder a la información requerida para la investigación.
- Presentación de tema de aceptación de tema de investigación de parte de la universidad y hojas de vida de las estudiantes a realizar la investigación al área de docencia de servicios de la institución. }
- Programa de Microsoft Excel, versión 2010 donde se realizan cruce de variables: Consecutivo, fecha, nombre del proceso documentada, nombre servicio causa, descripción EA, análisis NC, acción tomada, nombre tipo EA, nombre clasificación EA, nombre sub clasificación EA. Notificado por la institución como informe de EA.
- Programa de Microsoft Excel, versión 2010 donde se realizan cruce de variables: Número, paciente, edad, sexo, EPS, Zona de residencia, especialidad, diagnostico de

ingreso, fecha de ingreso, procedimiento quirúrgico, fecha de procedimiento quirúrgico, fases quirúrgicas (Pre-quirúrgica, quirúrgica y post-quirúrgica), 4 fallas (Activa y latente), eventos adversos (Prevenibles y no prevenibles), oblitio, diagnóstico de egreso, Reintervención, fecha, análisis de caso, destino, fecha de egreso, observaciones, factura sobre agregada, costo de factura IPS, costo real, costo evento, diferencia de costo, acciones inseguras – Falla activa, factores contributivos – Fallas latentes (Organización y gerencia, individuo, paciente, tareas y tecnología, equipo, ambiente, institución) y prácticas seguras (Humanas, administrativas, naturales, Físicas y tecnológicas).

- Se utiliza las guías del Ministerio de Protección Social y de Salud: Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, Seguridad del paciente y la atención segura; Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- La información más relevante se presentará en tablas con respectivas interpretaciones.
- Una vez recolectada la información se procede con: Revisión de la historia clínica, entrevistas, indagación documental, verificación de los recursos tecnológicos, disponibilidad del personal completo pero la investigación profundiza en los hallazgos de la historia clínica con base al análisis del protocolo de Londres enfatizado.

#### **Proceso de recolección de la información.**

Recolección de la base de datos de eventos adversos notificados en la institución del año 2018, posterior a la identificación de los eventos adversos, se verificar las historias clínicas con el fin de recolección de la información de la clasificación del evento adverso. A través del área de jurídica se accede a las demandas interpuestas el año pasado con el objeto, de confirmar si dichos eventos jurídicos corresponden a esos eventos adversos, al igual que, a través de coordinación de facturación para el acceso de las facturas de dichos casos objeto de estudio y

por último la entrevista con la profesional líder del comité de seguridad del paciente para aclaraciones de inquietudes durante el desarrollo de la investigación.

**Análisis de caso individual:** para realizar los análisis de caso se tuvo en cuenta las ocho fallas activas de los procedimientos quirúrgicos del Protocolo de Londres.

**Tabla 16. Análisis de causas de fallas en acción en salud “Protocolo de Londres**

<b>Falla activa N°</b>	<b>Procedimientos quirúrgicos en paciente equivocado</b>
<b>1</b>	
<b>Falla activa N° 2</b>	<b>Procedimientos quirúrgicos en sitio incorrecto</b>
<b>Falla activa N° 3</b>	<b>Cancelación de procedimientos quirúrgicos</b>
<b>Falla activa N° 4</b>	<b>Procedimientos quirúrgicos no pertinente</b>
<b>Falla activa N° 5</b>	<b>Olvido de material quirúrgico al interior de un paciente (oblito)</b>
<b>Falla activa N° 6</b>	<b>Inadecuada inmovilización del paciente en el procedimiento quirúrgico.</b>
<b>Falla activa N° 7</b>	<b>Contaminación de sitio operatorio</b>
<b>Falla activa N° 8</b>	<b>Falla anestésica</b>

## Resultados

Para realizar la investigación se establecieron tres objetivos con el objeto de dar respuesta a los hallazgos encontrados en el periodo de estudio para ello, se expondrá la frecuencia de los eventos adversos quirúrgico durante el tiempo establecido en la investigación:

### Caso No. 1:

No.	EDAD	SEXO	EPS	ZONA	ESPECIALIDAD	DX INGRESO	PROCED. QX	FASES QUIRÚRGICAS				
								PRE	QXC	POST	ACTIVA	LATENTE
1	20	F	AIC	R	GINECOBSTERICIA	G1 P0 + EMB 40 S	CESAREA X PARTO PROLONGADO		X		X	

EVENTOS ADVERSOS						
PREVENIBLES	NO PREVENIBLES	OBLITO	DX EGRESO	REINTERVENCIÓN QX	ACCIÓN INSEGURA FALLA ACTIVA	
X		NA	SUPERVISIÓN DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	NA	FALLAS No. 8 FALLA ANESTESICA	

FACTORES CONTRIBUTIVOS - FALLAS LATENTES		
ORGANIZACION Y GERENCIA	INDIVIDUO	PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de mecanismos de control organizacional.</li> <li>Prioridades institucionales no alineadas con la seguridad del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baja cultura de seguridad del paciente.</li> <li>Verificación inadecuada del estado del paciente. - (Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico).</li> <li>Ansiedad por la criticidad del procedimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paciente sin capacidad de entender indicaciones claras.</li> </ul> <p>Observación: La historia clínica no registra la verificación pre anestésica por enfermería y por especialista. No registra nota de consentimiento informado. No registra formato de sitio operatorio.</p>

FACTORES CONTRIBUTIVOS - FALLAS LATENTES			
TAREA Y TECNOLOGÍA	EQUIPO	AMBIENTE	ISNTITUCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparación, conservación e inadecuada de medicamentos para uso endovenoso.</li> <li>Evaluación inadecuada del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de supervisión y seguimiento a la adherencia a los procedimientos y protocolos.</li> <li>Problemas de liderazgo en el quirófano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambiente laboral deteriorado: deficiente comunicación.</li> </ul>	

PRACTICAS SEGURAS			
HUMANAS	ADMINISTRATIVAS	NATURALES	FISICAS Y TECNOLOGICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia a protocolos de anestesia.</li> <li>• Adherencia a procesos organizacionales.</li> <li>• Capacitación permanente del uso de equipos de monitoreo.</li> <li>• Preparación y conocimiento del paciente previo a la realización del procedimiento.</li> <li>• Verificación de los niveles de alarma previos a la cirugía.</li> <li>• Diligenciamiento adecuado de los registros clínicos del paciente.</li> <li>• Comunicación adecuada con el equipo quirúrgico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión a los procedimientos quirúrgicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura con iluminación adecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas de alarma en monitores activados, sin posibilidad de silenciar.</li> <li>• Protocolos de inducción y manejo anestésico de acuerdo con el tipo de procedimiento, edad y comorbilidad del paciente.</li> <li>• Plan de mantenimiento hospitalario en ejecución y evaluado de forma permanente.</li> <li>• Diseño de protocolos de evaluación del paciente.</li> </ul>

Usuaría de 20 años de edad afiliada a la EPS AIC procedente de la zona rural con diagnóstico de G:01, P:0, Embazo de 40 semanas de gestación con programación quirúrgica de cesárea por parto prolongado, el evento adverso se presenta durante la fase quirúrgica. Se evidencia falla activa, se cataloga como evento prevenible. El diagnóstico de egreso registrado en la historia clínica fue de supervisión de otros embarazos de alto riesgo con una acción insegura de falla activa: falla anestésica (Falla No. 8) en vista, que la usuaria tuvo complicaciones durante la administración de la anestesia, por lo cual, fue remitida como urgencia vital a una institución de cuarto nivel hacia la ciudad de Cali (Valle).

## Caso No. 2:

No.	EDAD	SEXO	EPS	ZONA	ESPECIALIDAD	DX INGRESO	PROCED. QX	FASES QUIRÚRGICAS			FALLAS	
								PRE	QXC	POST	ACTIVA	LATENTE
2	21	F	AIC	R	GINECOBSTETRICIA	G1 P0 + EMB 41. 2 S	CESARIA X TPE + MACROSOMIA + POMEROY		X		X	

EVENTOS ADVERSOS					
PREVENIBLES	NO PREVENIBLES	OBLITO	DX EGRESO	REINTERVENCIÓN QX	ACCIÓN INSEGURA FALLA ACTIVA
X		COMPRESA	POP CESAREA	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	FALLA No. 5 OLVIDO DE MATERIAL QUIRÚRGICO AL INTERIOR DE UN PACIENTE (OBLITO)

FACTORES CONTRIBUTIVOS - FALLAS LATENTES		
ORGANIZACION Y GERENCIA	INDIVIDUO	PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal asistencial deficiente en relación con las actividades de cada procedimiento quirúrgico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca adherencia a los protocolos, procedimientos establecidos.</li> <li>Cansancio, estrés laboral que dificulta la concentración del equipo de cirugía. Observación: implementar obligatoriamente las listas de verificación y listas de chequeo.</li> </ul>	

FACTORES CONTRIBUTIVOS - FALLAS LATENTES			
TAREA Y TECNOLOGÍA	EQUIPO	AMBIENTE	ISNTITUCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inexistencia de lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos.</li> <li>Ausencia de actualizaciones a los protocolos y guías establecidos en la institución.</li> <li>Ausencia de sistemas de alertas de conteo de material médico-quirúrgico.</li> <li>Tiempos quirúrgicos prolongados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de liderazgo en cada equipo de cirugía, que coordine y supervise las actividades.</li> <li>Deficiente comunicación con el equipo de trabajo.</li> <li>Falta de supervisión por personal con mayor capacidad de decisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambiente laboral deteriorado que se refleja en problemas de comunicación entre los miembros del equipo.</li> <li>Observación: en algunos procedimientos quirúrgicos se utilizan dispositivos electrónicos (celulares) que generan distracción; que pueden ser un factor contributivo.</li> <li>Falta de trato cortes por parte de los especialistas.</li> </ul>	

PRACTICAS SEGURAS			
HUMANAS	ADMINISTRATIVAS	NATURALES	FISICAS Y TECNOLOGICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.</li> <li>• Realizar entrenamiento en la aplicación de conteo intraoperatorio.</li> <li>• Capacitación en procedimientos organizacionales de seguridad del paciente.</li> <li>• Adherencia a los procesos organizacionales de seguridad del paciente.</li> <li>• Aplicación de lista de chequeo "Recuento de gasas y compresas".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación a personal sobre la aplicación de listas de chequeo</li> <li>• Programas de identificación, reporte, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de eventos adversos, garantizando la confidencialidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área quirúrgica con iluminación y ventilación inadecuadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de sistema de conteo intraoperatorio para el paciente</li> </ul>

Usuaría de 21 años de edad, afiliada a la EPS AIC procedente de zona rural, valorada por la especialidad de ginecología con diagnóstico de ingreso de G: 01, P: 01, embarazo de 41.2 semanas de gestación con programación de cirugía de cesárea por trabajo de parto prolongado más macrosomía fetal, más pomey. Se encontró que el evento adverso fue durante la fase quirúrgica por una falla activa la, prevenible por la presencia de un oblito (Compresa) lo que conlleva, a una Reintervención quirúrgica por laparotomía exploratoria para extracción de cuerpo extraño en la cavidad abdominal de la paciente debido, al no cumplimiento estricto de las listas de chequeo durante las tres fases quirúrgicas por una acción insegura de olvido de material quirúrgica al interior de un paciente (Falla No. 5))

### Caso No. 3:

No.	EDAD	SEXO	EPS	ZONA	ESPECIALIDAD	DX INGRESO	PROCED. QX	FASES QUIRÚRGICAS			FALLAS	
								PRE	QXC	POST	ACTIVA	LATENTE
3	22	F	ASMET SALUD	U	GINECOBSTERICIA	ISO POSQUIRÚRGICA	CESAREA			X	X	

EVENTOS ADVERSOS					
PREVENIBLES	NO PREVENIBLES	OBLITO	DX EGRESO	REINTERVENCIÓN QX	ACCIÓN INSEGURA FALLA ACTIVA
X		NA	POP CESAREA	NA	FALLA No. 7 CONTAMINACIÓN DEL SITIO OPERATORIO

FACTORES CONTRIBUTIVOS - FALLAS LATENTES		
ORGANIZACION Y GERENCIA	INDIVIDUO	PACIENTE
Ausencia de una estructura organizacional definida, definición de roles y responsabilidades en cada equipo. Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente. Ausencia de auditorías internas de calidad para seguimiento a procedimientos de control establecidos	Falta de adherencia a protocolos y guías establecidas en la institución, con relación a calidad de los procedimientos quirúrgicos. Inadecuada utilización del software de historia clínica para el diligenciamiento de la información completa del paciente	

FACTORES CONTRIBUTIVOS - FALLAS LATENTES			
TAREA Y TECNOLOGÍA	EQUIPO	AMBIENTE	ISNTITUCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempos quirúrgicos prolongados.</li> <li>Inexistencia de lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de líder en el equipo que coordine adecuadamente las actividades. Supervisión del personal en entrenamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alto volumen de pacientes en Cirugía, las urgencias, UCI, etc.</li> </ul>	

PRACTICAS SEGURAS			
HUMANAS	ADMINISTRATIVAS	NATURALES	FISICAS Y TECNOLOGICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales</li> <li>Confirmación de chequeo cruzado del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación a personal sobre la aplicación de lista de tiempos para aplicación de Auditoría periódica y sistemática de la calidad y oportunidad del diligenciamiento de la lista de chequeo de cirugía segura.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Listas de chequeo integradas a la historia clínica, con alertas por verificación.</li> </ul>

Usuaría de 22 años de edad afiliada a la EPS ASMET SALUD procedente de la zona urbana, valorada por la especialidad de ginecología con diagnóstico de ingreso de infección del sitio operatorio con programación de procedimiento quirúrgico de cesárea. El evento adverso se presentó durante la fase quirúrgica post operatorio, catalogado como una falla activa que era prevenible. Diagnóstico de egreso de pop cesárea por una acción insegura en contaminación del sitio operatorio (Falla No. 7).

No.	EDAD	SEXO	EPS	ZONA	ESPECIALIDAD	DX INGRESO	PROCED. QX	FASES QUIRÚRGICAS			FALLAS	
								PRE	QXC	POST	ACTIVA	LATENT E
4	28	F	ASMET SALUD	R	CIRUGÍA GENERAL	MAMA SUPERNUMERARIA	RESECCIÓN DE MAMA SUPERNUMERARIA		X		X	

## Caso No. 4

EVENTOS ADVERSOS						
NO PREVENIBLES	NO PREVENIBLES	OBLITO	DX EGRESO	REINTERVENCIÓN QX	ACCIÓN INSEGURA FALLA ACTIVA	
X		NA	POP HEMATOMA MAMA IZQUIERDA	LAVADO HX , REVISIÓN Y RAFIA , VENDAJE COMPRENSIVO	FALLA No. 4 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO PERTINENTE	

FACTORES CONTRIBUTIVOS - FALLAS LATENTES		
ORGANIZACION Y GERENCIA	INDIVIDUO	PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se cuenta con procesos o procedimientos administrativos o de apoyo claros.</li> <li>Ausencia de una estructura organizacional definida, definición de roles y responsabilidades en cada equipo.</li> <li>Metas organizacionales poco claras o no alineadas con la seguridad del paciente.</li> <li>Ausencia de auditorías internas de calidad para seguimiento a procedimientos de control establecidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No diligenciamiento, a destiempo o incompleto de la lista de chequeo para cirugía segura</li> <li>Inadecuada utilización del software de historia clínica para el diligenciamiento de la información completa del paciente.</li> <li>Personal sin las competencias suficientes para realizar o participar en procedimientos quirúrgicos.</li> <li>Falta de adherencia a protocolos y guías establecidos en la institución, con relación a calidad de los procedimientos quirúrgicos.</li> </ul>	

FACTORES CONTRIBUTIVOS - FALLAS LATENTES			
TAREA Y TECNOLOGÍA	EQUIPO	AMBIENTE	ISNTITUCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiempos quirúrgicos prolongados.</li> <li>Inexistencia de lista de verificación o chequeo para la realización de procedimientos quirúrgicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de líder en el equipo que coordine adecuadamente las actividades.</li> <li>No definición de actividades del personal en entrenamiento.</li> <li>Supervisión del personal en entrenamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alto volumen de pacientes en el servicio de Cirugía, urgencias, UCI, etc.</li> </ul>	

PRACTICAS SEGURAS			
HUMANAS	ADMINISTRATIVAS	NATURALES	FISICAS Y TECNOLOGICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar el instrumento de lista de chequeo en salas de cirugía</li> <li>• Diligenciamiento completo de la historia clínica.</li> <li>• Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales</li> <li>• Confirmación de chequeo cruzado del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación a personal sobre la aplicación de lista de chequeo</li> <li>• Diseño de programa de identificación, reporte, seguimiento, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de eventos adversos, garantizando la confidencialidad.</li> <li>• Programación de tiempos quirúrgicos, que incluyan tiempos para aplicación de listas de chequeo y breafing.</li> <li>• Auditoría periódica y sistemática de la calidad y oportunidad del diligenciamiento de la lista de chequeo de cirugía segura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacios físicos que garanticen posibilidad de comunicación del equipo de salud con el paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información registrada en la historia clínica, que sea correspondiente al paciente atendido.</li> <li>• Listas de chequeo integradas a la historia clínica, con alertas por verificación.</li> </ul>

Usuaría de 28 años de edad afiliada a la EPS ASMET SALUD, procedente de la zona rural valorada por la especialidad de cirugía general con diagnóstico de ingreso de mama supernumeraria quien con programación del procedimiento quirúrgico de resección de mama supernumeraria. El evento adverso se presentó durante la fase quirúrgica, catalogado como falla activa, prevenible con diagnóstico de egreso de lavado de herida, revisión y rafia, vendaje compresivo por una falla insegura del procedimiento quirúrgico no pertinente (Falla No. 4). De acuerdo, al registro en la historia clínica la paciente presentó sangrado constante lo cual, se le realizó la reintervención quirúrgica donde le realizaron lavado de la herida quirúrgica, dejando un drenaje y vendaje compresivo.

Otros hallazgos:

- El rango de edad corresponden desde los 20 a 28 años de edad, de género femenino; el 50% a la EPS AIC y el otro 50% a ASMET SALUD de procedencia rural en 02 casos y los 02 siguientes de la zona urbana con mayor incidencia en la especialidad de ginecología.

- La totalidad de las fallas fueron activas (Conductas que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud) y todos los eventos adversos quirúrgicos se catalogaron prevenibles.
- Las condiciones que predisponen una acción insegura de acuerdo a los factores contributivos en el caso No. 1: las más frecuentes fallas latentes se evidenciaron en la organización y gerencia, individuo y paciente a diferencia en el caso No. 2 las fallas se presentan con mayor frecuencia en el individuo, tarea y tecnología y equipo por tanto, la mayor prevalencia de fallas están asociadas a factores externos al usuario. }
- Las condiciones que predisponen una acción insegura de acuerdo a los factores contributivos en el caso No. 3: las más frecuentes fallas latentes se evidenciaron en la organización y gerencia e individuo y paciente a diferencia en el caso No. 4 las fallas se presentan con mayor frecuencia en el individuo, tarea y tecnología, equipo y ambiente por tanto, la mayor prevalencia de fallas están asociadas a factores externos al usuario.
- Las acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso del Protocolo de Londres en el caso No. 1 se evidencia las practicas seguras más frecuentes son humanas, físicas y tecnológicas a diferencia del caso No. 2 donde resaltan como practicas seguras humanas y administrativas por tanto, se ve la necesidad de intervenir sobre la adherencia de protocolos institucionales, guías de prácticas clínicas, de la sensibilizar a todo el personal administrativo y asistencial de la importancia de generar cultura de seguridad en el paciente.
- Las acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso del Protocolo de Londres en el caso No. 3 se evidencia las practicas seguras más frecuentes son humanas y administrativas y en el caso No. 4 resaltan las practicas seguras humanas, administrativas , físicas y tecnologías. Por tanto, la institución debe tomar

medidas rigurosas que permitan mejorar la seguridad del paciente y no sólo involucrar al personal asistencial sino también, el personal administrativo a través de diferentes estrategias y barreras de seguridad que no incurran en ocasionar daño.

Los costos en salud relacionados con los eventos adversos:

**Tabla 178. Diferenciación de costos**

<b>CASO No.</b>	<b>SERVICIOS A CAUSA EA</b>	<b>VALOR FACT. IPS</b>	<b>COSTO REAL</b>	<b>COSTO EA</b>
<b>1</b>	Traslado terrestre ambulancia	\$ 1.281.191	\$ 1.094.648	\$ 186.543
<b>2</b>	laparotomía exploratoria + 1 día Estancia hospitalaria	\$ 2.650.731	\$ 1.407.031	\$ 1.243.700
<b>3</b>	Ecografía de tejidos blandos + Uroanálisis + Valoración por medicina general	\$ 192.700	\$ -	\$ 192.700
<b>4</b>	Lavado quirúrgico + Hospitalización	\$ 1.339.620	\$ 1016420	\$ 323.200
		<b>\$ 5.464.242</b>	<b>\$ 3.518.099</b>	<b>\$ 1946.143</b>

En la tabla de diferenciación de costos de los cuatro casos de eventos quirúrgicos el costo total de la factura presentada por la IPS arrojando un total de \$5.464.242 la cual incluye el costo del EA ocasionado por la misma institución por un valor de \$1.946.143 que incluyeron: Traslados terrestre de ambulancia, laparotomía exploratoria más días de estancia hospitalaria y lavados quirúrgicos. La institución realiza el cobro del total de la factura a las diferentes Aseguradoras de Planes de Beneficio \$3.518.099.

## Plan de mejora

**Documento que describe la planificación de actividades de mejora continua que se sugiere realizar en un plazo de 15 días.**

¿Por qué debe realizarse?	¿Quién lo elabora?	¿Para qué sirve?	¿Quién lo aplica?	¿Cómo se controla su aplicación?
<p>Es conveniente que el comité de seguridad del paciente del hospital Francisco de Paula Santander priorice la identificación de los factores contributivos que potencializan o podrían conllevar a la generación de eventos adversos.</p> <p>La institución debería asumir criterios de priorización de “probabilidad e impacto”, realizar el respectivo análisis y posteriormente responder la pregunta: ¿Qué tanto</p>	<p>El coordinador de servicio quirófono, el líder de calidad de quirófono.</p> <p>Es importante tener presente que los planes de mejoramiento deben redactar siguiendo el ciclo PHVA, con el fin de garantizar el cierre del plan de mejoramiento.</p>	<p>Para que la Institución de cuenta con estrategias exitosas se sugiere, según la guía del Ministerio de la Protección Social, en la implementación de barreras y controles durante la ruta de atención del paciente desde su programación hasta la realización del procedimiento, basada en el modelo de gestión del riesgo que favorece</p>	<p>Todo el personal asistencial relacionado con las actividades de los procedimientos quirúrgicos.</p>	<p>El Director del Programa de Seguridad del Paciente es responsable por hacer el seguimiento a la efectiva implementación de las acciones de mejora.</p> <p>Mediante formatos, reuniones, rondas de seguridad, auditorías internas de calidad, verificación de la implementación de la lista de chequeo o lista de verificación.</p> <p><b>Rondas de seguridad:</b> objetivo de conocer la percepción de los colaboradores sobre la seguridad de la atención en el servicio y de paso contribuir a la creación de una cultura de seguridad.</p> <p><b>Paciente trazador:</b> El método trazador es una forma efectiva de rastrear la calidad de atención de un paciente, utilizando la historia clínica</p>

---

impacto tiene el factor en el paciente y la institución?

la planeación del paciente quirúrgico.

Además, para que durante la ruta de atención del paciente se implementen barreras (prácticas seguras) orientadas a controlar factores contributivos que desencadenan eventos adversos.

como guía. Consiste en evaluar el cumplimiento de la atención al paciente con los estándares y el cumplimiento de la política de la organización. Existen dos tipos de método trazador:

**Paciente trazador:** en el cual se sigue la trayectoria de tratamiento de un paciente desde que ingresó a la institución hasta el momento en que se está evaluando.

**Sistema trazador:** en el cual se sigue un proceso desde el principio hasta el final. Ejemplo: sistema de manejo de medicamentos, sistema de administración de control de infecciones, sistema de manejo de datos, entre otros.

---

Dentro del **Plan de Mejora** se presentan los niveles y factores contributivos causales, así como también las **estrategias, barreras y defensas** para evitar o disminuir la presencia de eventos adversos en procedimientos quirúrgicos, según las guías de Evaluación de la Frecuencia de Eventos Adversos y Mejorar la Seguridad en el Paciente:

---

### **NIVEL I: ACTOS INSEGUROS**

---

1. Errores de percepción: no se percibió adecuadamente el estado del paciente.
2. Errores de Decisión: clínico, quirúrgicos, etc.
3. Técnico: distracción, olvido, habilidad técnica.

### **NIVEL II: PRECODICIONES QUE FACILITAN LA APARICIÓN DEL EVENTO**

1. Ambiente físico: infraestructura, contaminación, iluminación, ruido, temperatura, otros.
2. Ambiente tecnológico: falta de mantenimiento, falta de insumos, falta de capacitación, tecno vigilancia, fármaco vigilancia, otros.
3. Documentación: historia clínica, guías de práctica clínica, protocolos.
4. Estado fisiológico y mental del individuo: enfermedad, alicoramiento, cansancio, estrés, desmotivación, problemas personales, distracción, otros.
5. Limitación física: bajo nivel académico, problemas visuales, auditivos, incompetencia para la tarea.
6. Trabajo en equipo: falta de comunicación, falta de liderazgo.

### **NIVEL III: SUPERVISIÓN INADECUADA**

1. Supervisión inadecuada: no se proveen metas, falta auditoria, no entrega de guías de procedimientos de enfermería.
-

2. Planeación inadecuada: permitir sobrecargas de trabajo, permitir procedimientos riesgosos, asignación de la persona inadecuada.

3. Fallas en corregir problemas: fallas en corregir comportamientos inadecuados, permitir presiones externas o internas, fallas en corregir situaciones de riesgo conocido.

4. No adherencia del supervisor: no reporta fallas conocidas, autoriza personas no calificadas, no refuerza reglas.

#### **NIVEL IV: ORGANIZACIÓN**

1. Manejo de recursos: falta de recursos, insumos de mala calidad, manejo inadecuado de las fianzas.

2. Clima organizacional: colaboradores desmotivados, falta de liderazgo, comunicación inadecuada.

3. Procesos de la organización: falta de empoderamiento en el tema de seguridad, falta de cultura de seguridad.

#### **NIVEL V: LEGISLACIÓN ESTADO OTROS**

1. Normatividad: falta de reglamentación, interpretación inadecuada de la norma.

2. Supervisión inadecuada del estado: permisividad de entes de control, manejo sancionatorio no preventivo, ineficiencia, falta de recursos.

3. Terceros contratantes: falta de supervisión de los terceros, presión de terceros hacia la organización, referencia y contra referencia.

---

## Estrategias, barreras y defensas para prácticas seguras

### HUMANAS

- Adherencia a guías de manejo para procedimientos quirúrgicos establecidos.
  - Aplicar el instrumento de lista de chequeo en salas de cirugía.
  - Confirmación de chequeo cruzado del paciente.
  - Conocimiento y adherencia a protocolos institucionales, en cuanto a programación, preparación del paciente, gestión administrativa.
  - Contar con la información completa y clara de paciente y su familia.
  - Diligenciamiento completo de la historia clínica.
  - Contar con sistemas de información para el paciente y su familia.
  - Conocer los protocolos de inmovilización de paciente en salas de cirugía.
  - Educación al paciente y su familia para indagar sobre su patología y plan de tratamiento que involucre la descripción del procedimiento quirúrgico en términos sencillos.
  - Realizar entrenamiento en la aplicación de técnicas de inmovilización.
  - Identificación de los pacientes con necesidades especiales de inmovilización.
  - Programas de entrenamiento y educación continuada en salud.
  - Diligenciamiento completo de la solicitud quirúrgica, incluyendo las necesidades tecnológicas.
  - Protocolos y procedimientos de desinfección, esterilización y comportamiento en las diferentes áreas de cirugía.
  - Información y educación al usuario para evitar contaminación por realización de movimientos inadecuados.
  - Entrenamiento en las técnicas de asepsia por todo el personal.
- 
- Actualizaciones continuas al personal médico (cirujano, ayudante) en el manejo de patologías quirúrgicas y no quirúrgicas.

## **ADMINISTRATIVAS**

- Diseño de lista de chequeo.
- Capacitación al personal sobre la aplicación de listas de chequeo, ya que se puede detectar a tiempo una omisión o falla e impedir que se cancele el procedimiento.
- Revisión de la historia clínica por parte del equipo que debe preparar al paciente para el procedimiento.
- Diseño de programas de identificación, reporte, seguimiento, análisis, plan de mejoramiento y retroalimentación de eventos adversos, garantizando la confidencialidad.
- Entrenamiento y reentrenamiento del personal en la correcta inmovilización del paciente en el quirófano o procedimientos quirúrgicos.
- Supervisión por enfermería previa al inicio del procedimiento.
- Programas de higiene de manos.
- Dotación de elementos adecuados para la asepsia y antisepsia del personal sanitario.
- Disposición de recursos para la adquisición de elementos de inmovilización.
- Mejorar la contratación del personal asistencial.
- Contar con personal entrenado para la preparación de cirugía.

- 
- Auditoria periódica y sistemática de la calidad oportunidad del diligenciamiento de la lista de chequeo de cirugía segura.
  - Programación de tiempo quirúrgicos, que incluyan tiempos de aplicación de listas de chequeo y briefing.
  - Ajustes a los sistemas de contratación del talento humano.
  - Ajuste a los procesos de programación del paciente.
  - Desarrollo de sistemas de auditoria de pares para procedimientos críticos.
  - Diseño de planes de contingencia en casos de cirugía de urgencia o prolongación de tiempos quirúrgicos.
  - Sistemas de auditoria interna concurrente de la IPS.
  - Desarrollo de herramientas informáticas para explorar las GPC (flujogramas interactivos).
  - Identificación de paciente con código de colores.
  - Información registrada en la historia clínica, que sea correspondiente al paciente atendido.
  - Diseño de sistemas de alerta que permita categorizar los pacientes para cirugía según su estado de salud.
  - Desarrollo de un sistema de alerta para insumos críticos de procedimientos.
-

**FISICAS Y  
TECNOLÒGICAS**

- Desarrollo de un sistema de alerta de control de vida útil y requerimiento de insumos y equipos de cirugía.
- Revisión de equipos críticos con tiempo anterior a la cirugía.
- Limpieza y desinfección del servicio quirúrgico.
- Instrumental y ropa esterilizados.
- Diseño de un sistema de llamado al paciente para recordar preparación.
- Diseñar sistemas de marcación del sitio quirúrgico en todos los procedimientos quirúrgicos; esto incluye el nivel, lateralidad, posición, sitios múltiples (incluye dedos) en la misma localización anatómica y procedimientos bilaterales.
- Lista de chequeo integradas a la historia clínica, con alertas por verificación.
- Parametrización de la historia clínica con las GPC de la organización.
- Alerta visuales en salas contaminadas.
- Desarrollo de niveles de toma de decisiones en procedimientos clínicos.
- Disposición de las camillas adecuadas del quirófano o sala de procedimientos.
- Diseño de protocolo, procedimiento de sujeción, inmovilización para procedimientos de cirugía.

## NATURALES

- Establecimiento de procedimientos de juntas médico - quirúrgicos para las cirugías ambulatorias más frecuentes.
- Espacios físicos que garanticen posibilidad de comunicación del equipo de salud con el paciente.
- Generar espacios de comunicación entre el personal de salud, y entre éste con el paciente y su familia.
- Espacio suficiente para la disposición de equipos, personal y paciente en el quirófano.
- Salas de cirugía con disposición de aire de forma adecuada.
- Disponibilidad de servicios públicos para la higiene de manos.

Para la promoción y ejecución de acciones seguras procedimientos quirúrgicos se aconseja:

- Implementar listas de chequeo en la salas de cirugía en el proceso perioperatorio, en 3 momentos claves del procedimiento quirúrgico: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga del quirófano. O también, en los momentos de transferencia y en la secuencia del proceso de la cirugía, desde el ingreso hasta el alta de paciente) (Recomendación de la OMS).
- Correcta identificación del paciente.
- En Colombia, la Sociedad de Anestesiología y Reanimación desde el año 2009 asume una lista de verificación sencilla y práctica, diseñada por la OMS; con el fin de establecer la línea base de ocurrencia de eventos adversos.
- Prevenir los oblitos es el recuento de gasas, instrumental y compresas por medio de la implementación de lista de verificación de la OMS, como actividad previa a la salida del paciente del quirófano.
- Adquisición del consentimiento informado: contar con la participación activa del paciente y su familia, para la preparación y posterior al procedimiento quirúrgico.
- Contar con el cuidado y preparación con los equipos y el material necesario para la cirugía.
- Adecuada preparación del paciente: previene la infección en la herida quirúrgica, prevención de eventos vasculares, prevención del tromboembolismo venoso, Mantenimiento de la normotermia.
- Las experiencias exitosas identifican las oportunidades de mejora que se tienen en cada servicio, a través de la búsqueda de activa de acciones inseguras o fallas que puedan generar daño.
- La OMS considera que en el concepto de calidad en servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de

los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente lo que redunde en un impacto final de la salud.

- Diseñar, implementar, evaluar y mejorar continuamente un sistema de monitorización y medición de la seguridad del paciente en su institución.

## Conclusiones

Durante el segundo trimestre del año 2018 se hallaron cuatro eventos adversos quirúrgicos, su ocurrencia es cada 22 días en el Hospital Francisco de Paula Santander.

Los costos de ocurrencia de eventos adversos del segundo trimestre son de un total de \$1.946.143, el total de la factura IPS arroja un total de \$5.464.242 (incluido el evento adverso). Sin embargo, el costo real de la factura de la IPS es de \$3.518.099 (sin el evento adverso). Lo que permite inferir que los ingresos obtenidos por procedimientos quirúrgicos son menores a la inversión; siempre y cuando sean sujetas a glosas de parte de las APBS.

Es importante que el diseño del programa de Seguridad del Paciente del hospital Francisco de Paula Santander contenga acciones de vigilancia proactiva al cumplimiento de las barreras de defensa para evitar la ocurrencia de eventos adversos, realice la medición sistemática de los indicadores de proceso y resultado definidos en el programa de seguridad del paciente y analice los eventos reportados, que proveen a la organización los datos necesarios para diseñar, implementar y optimizar continuamente las acciones de mejoramiento.

Es fundamental que el Hospital Francisco de Paula Santander Promueva la cultura institucional de la seguridad del paciente. Ofrecer servicios de cirugía, que cuente con programas de educación continua, entrenamiento y reentrenamiento en todas las áreas del conocimiento relacionado con el quehacer en salas de procedimientos quirúrgicos (de alta, media o baja complejidad).

En el transcurso del año 2018 la institución se ha visto involucrada en 15 demandas en contra de la institución que al ser comparadas con los eventos adversos quirúrgicos del mismo año no se relacionan pero son repercusiones de no calidad o falta en el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención.

La ocurrencia continua de eventos adversos quirúrgicos representa indicadores negativos de calidad en la institución que deteriora la imagen de la corporativa y por ende la credibilidad del usuario

## Bibliografía

- Achury., D. Rodríguez S., Diaz, J.C., Gomez, J., Gomez, A., Diaz., ... Jorge., Mesa, S.(2017, 18 de abril). Caracterización de los eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidado intensivo en Bogotá (Colombia). *Sielo*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n2/2011-7531-sun-33-02-00105.pdf>
- Acreditación en Salud (2012). Resolución 123 de 2012 ene 26 de 2012. Recuperado de <https://www.acreditacionensalud.org.co/.../Res123%20ene26de2012%20modificRes1445.pdf>
- Bernal, D , & Ruiz, N. (2008). *Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidados intensivos*. (Tesis de especialización). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>
- Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert L, Locadio AR, et al.(1991) Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, 324:370-7.
- Gonzalez, H. (2012). Costo de la calidad. *Calidad y Gestión*. Recuperado de <https://calidadgestion.wordpress.com/2012/10/09/costos-de-la-calidad/>
- Función Pública. Ley 100 de 1993 dic 23 de 1993. Recuperado de <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Ley 1438 de 2011 19 ene 2011. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../LEY%201438%20DE%202011.pdf>
- Ministerio De La Protección Social (2006). Decreto Numero 1011 De 2006 3 Abr 2006. Recuperado de:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Recuperado de <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>

Ministerio de la Protección Social (2008). Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Recuperado de: [https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf)

Ministerio de salud (2008). Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2008). Mejorar la Seguridad en los Procedimientos quirúrgicos. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2008). Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Estudio Ibeas: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. Recuperado de [https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME\\_IBEAS.pdf](https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 5858 de 2018 26 dic 2018. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../Resolución%205858%20de%202018.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Resolución 2003 de 2014 28 mayo 2014. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../Resolución%202003%20de%202014.pdf>.
- Rocco, C. y Garrido, A. (2017). Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(5), 786. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268#bib0015>
- Rodriguez, Y, (2014). *Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/40185/1/539472.2014.pdf>
- Secretaría Distrital de Salud (2008). Resolución 4816 de 2008 nov 27 2008. Recuperado de <https://www.saludcapital.gov.co/DSP/.../Resolución%204816%20de%202008.pdf>
- Wilson RM, Runchiman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163:458-7.