

Universidad EAN – Convenio – Universidad del Cauca

Facultad de ciencias de la salud

Programa de posgrados

Especialización en auditoría y garantía de la calidad en salud

con énfasis en epidemiología

Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría

concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

Rocío M. Castro Beltrán

Diana Lorena Gallego Toledo

Popayán – Cauca

2019

Universidad EAN – Convenio – Universidad del Cauca

Facultad de ciencias de la salud

Programa de posgrados

**Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría
concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)**

Proyecto de Investigación

**Trabajo de grado para optar por el título de especialistas en auditoría y garantía de la
calidad en salud con énfasis en epidemiología**

Enf. Esp. Clara Imelda Torres

Asesora

Popayán – Cauca

2019

Resumen

En el desarrollo de actividades y procesos durante la prestación de servicios de salud existen riesgos que pueden ocasionar eventos adversos que prevenibles o no prevenibles ocurren de manera no intencional en los pacientes, prolongando la estancia hospitalaria, generando mayores complicaciones e incapacidades. El presente trabajo tiene como objetivo diseñar un proceso de auditoría concurrente para la detección y notificación de eventos adversos, que permita mejorar la intervención de los profesionales contratados por las EAPB frente a la seguridad del paciente en la atención de sus usuarios en las IPS. **Materiales y métodos:** Se aplicó una metodología descriptiva transversal retrospectiva, realizando una recolección de información mediante la revisión documental de los procesos de auditoría concurrente en el contexto de seguridad del paciente, la normatividad vigente y la contratación actual de las empresas administradoras de planes de beneficio con las Instituciones prestadoras de servicios de salud. **Resultados:** A partir de las falencias encontradas se crea un formato de reporte y notificación de eventos adversos y una herramienta de consulta rápida basada en los paquetes instruccionales de seguridad del paciente. **Conclusiones:** La detección y notificación de los eventos adversos y/o fallas de la atención en salud permiten a la EAPB realizar un seguimiento oportuno que le permita evidenciar la calidad en la prestación de servicios que reciben los usuarios en las instituciones que contrata, permitiendo evaluar costos y definir la continuidad de la contratación dependiendo de las mejoras realizadas por las instituciones una vez se han detectado los eventos.

Palabras clave: Eventos adversos, auditoría concurrente, fallas en la atención, calidad.

Abstract

In the development of activities and processes during the provision of health services there are risks that can cause adverse events that preventable or nonpreventable occur unintentionally in patients, prolonging the hospital stay, generating greater complications and disabilities. The objective of this work is to design a concurrent audit process for the detection and reporting of adverse events, which will improve the intervention of the professionals hired by the EAPB in the face of patient safety in the care of their users in the IPS. Materials and methods: A retrospective cross-sectional descriptive methodology was applied, making a collection of information through the documentary review of the processes of concurrent audit in the context of patient safety, the current regulations and the current hiring of benefit plan administration companies. with the Institutions that provide health services. Results: Based on the shortcomings found, a format for reporting and reporting adverse events was created and a quick reference tool based on the patient safety instructional packages. Conclusions: The detection and notification of adverse events and / or failures of health care allow the EAPB to carry out an opportune follow-up that allows it to demonstrate the quality in the provision of services that users receive in the institutions that it contracts, allowing to evaluate costs and define the continuity of the contract depending on the improvements made by the institutions once the events have been detected.

Key words: Adverse events, concurrent audit, failures in attention, quality.

Tabla de contenido

Introducción	9
1. Planteamiento del problema.....	10
2. Justificación	14
3. Objetivos.....	17
3.1 Objetivo General	17
3.2 Objetivos Específicos.....	17
4. Marco Referencial.....	18
4.1. Marco conceptual	18
4.2. Marco normativo	29
4.3. Marco teórico	36
5. Metodología	40
5.1 Tipo de investigación	40
5.2 Población y muestra	40
5.3 Instrumentos	40
6. Resultados y análisis.....	42
6. 1 Resultados encontrados en la atención del paciente desde la IPS.....	42
6.2 Resultados relacionados con la auditoría concurrente en la detección y notificación de eventos adversos desde la EAPB	44
7. Propuesta de proceso de auditoría concurrente para la detección y notificación de eventos adversos por los profesionales de las EAPB.....	47
7.1 Formato: Reporte a la IPS de hallazgos de concurrencia.....	49
7.2 Herramienta de evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente	50

8. Conclusiones	54
9. Recomendaciones	55
10. Referencias bibliográficas.....	56
11. Anexos	58
11. 1 Cronograma.....	58
11.2 Presupuesto.....	58

Índice de tablas

Tabla 1. Prácticas seguras para prevenir y reducir la ocurrencia de eventos adversos	22
--	----

Índice de figuras

Gráfico 1. Reporte de hallazgos de concurrencia a la IPS	49
Gráfico 2. Conceptos Seguridad del Paciente	50
Gráfico 3. Definición de Evento Adverso.....	51
Gráfico 4. Factores Contributivos.....	51
Gráfico 5. Indicadores.....	52
Gráfico 6. Programas de monitoreo	52
Gráfico 7. Actividades para la vigilancia de eventos adversos.....	53

Introducción

En el sistema de seguridad social en salud ha cobrado gran importancia la calidad en la prestación de servicios de salud, por esta razón, para el Ministerio de Salud y Protección Social es relevante que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) tengan un programa de seguridad del paciente implementado y en el cual, las actividades realizadas en la detección, reporte y seguimiento de los eventos adversos presentados, sean analizados e intervenidos mediante planes de mejoramiento que disminuyan los riesgos y con esto, la ocurrencia de nuevos eventos por las mismas causas.

De acuerdo con lo anterior, para las IPS y las EAPB el trabajo articulado permitirá desarrollar y fortalecer los programas de seguridad del paciente en cada institución, estableciendo procesos de reporte y notificación de E.A, y teniendo claridad en los conceptos relacionados que han sido establecidos en los paquetes instruccionales de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de los cuales, se genera una herramienta de consulta rápida que permita al auditor concurrente tener conocimientos claros antes de iniciar sus rondas en las IPS, y un formato de reporte que permita articular con la IPS y la EAPB la detección, análisis, seguimiento y acompañamiento en la ejecución de planes de mejora para evitar la ocurrencia de Eventos Adversos; esto permite mejorar la calidad en la prestación de servicios a los usuarios, disminuyendo los costos en la atención, y las estancias prolongadas de los pacientes por ocurrencia de eventos adversos prevenibles durante la prestación de servicios de salud.

1. Planteamiento del problema

En las instituciones prestadoras de servicios de salud, el desarrollo de la práctica clínica puede conllevar a que se presenten riesgos durante la atención al paciente que pueden generar daño y que no son consecuencia de la patología por la cual ha sido atendido, a medida que las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas, estos riesgos pueden incrementarse. A estas complicaciones se les denominan *eventos adversos*, que se definen como “un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia en salud que recibe, y no de la enfermedad que padece” (Portal de observatorio de la calidad en salud, s.f.)

Estos eventos adversos pueden ser prevenibles, es decir, se pueden controlar los factores de riesgo que los generan con la aplicación de guías y protocolos institucionales que evitan que se genere daño al paciente en el proceso de atención; los Eventos adversos no prevenibles son aquellos que se generan a pesar de seguir los protocolos y guías de atención y de una buena praxis en la atención en salud. De allí, la importancia que en cada institución prestadora de servicios de salud se tenga un programa de seguridad del paciente que permita realizar una evaluación oportuna y generar acciones de mejora que disminuyan los riesgos de presentar un evento adverso prevenible. Pero también es importante que desde las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) se realice un seguimiento a las IPS que garantice una prestación de servicios con calidad y evite los sobrecostos en la atención por eventos adversos presentados en sus afiliados, de allí que la Auditoría Clínica Concurrente, de acuerdo con ApliSalud (s.f.), tiene gran importancia ya que desde esta labor “se realiza un seguimiento estricto a la calidad de la prestación de los servicios a pacientes internados y su principal objetivo es vigilar y propender

por el cumplimiento de la calidad en la atención al paciente y la racionalidad en el costo de la prestación del servicio”

La gestión desde la auditoría concurrente se debe realizar mediante actividades que agilicen y optimicen la atención, garantizando que el paciente reciba el tratamiento pertinente y oportuno de acuerdo a su patología, y que la atención se enfoque en la seguridad evitando complicaciones por eventos adversos.

En este sentido, los profesionales de la EAPB del presente estudio, no tienen suficiente conocimiento del programa de seguridad del paciente, ni instrucciones claras y concisas para el desarrollo de actividades de gestión que permitan una atención de calidad al disminuir las complicaciones por eventos adversos generados durante la atención en las IPS, lo cual conlleva a que la auditoría concurrente no sea efectiva en la seguridad del paciente al no existir una notificación oportuna y completa de los eventos adversos por parte de los profesionales ya sea por la falta de conocimiento o porque no hay una cultura de reporte de eventos adversos con la consecuente disminución de la calidad en la prestación de servicios de salud o al no realizar seguimiento a los planes de mejora.

De acuerdo con el Ministerio de salud y protección social (2008), el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud define la seguridad como “aquellos elementos de estructura, procesos, instrumentos y metodologías, basados en evidencia científicamente probada que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso o de mitigar sus consecuencias”.

La seguridad, por lo tanto, es un atributo fundamental de la calidad de atención, que por sí misma, tiene como propósito ser segura, es decir, libre de daño. Sin embargo, durante su entrega, suceden errores no intencionales producto de la atención en salud que pueden o no causarle daño al paciente. Según el Ministerio de salud y protección social (s.f.a), “el error es la falla al

terminar una acción como fue planeada (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para terminar una acción (error de planeación)”.

En este contexto, determinamos que es importante que las EAPB y las IPS desarrollen un proceso de notificación efectiva que pueda ayudar en la prevención de ocurrencia de eventos adversos o mitigar el daño que se pueda ocasionar por los mismos.

Es importante conocer el papel de la EAPB y las IPS en la identificación de los errores que suceden. Ya que los errores se pueden generar desde quienes administran los planes de beneficios hasta las instituciones que ejecutan la evaluación y tratamiento. Entre ellos están las demoras en autorización de servicios, que ocasionan demora en la prestación y por tanto, una complicación en el estado de salud del paciente que requiere la atención; una mala oportunidad en la cita puede incluso llevar a incapacidades permanentes o la muerte del paciente, de allí que es importante que las EAPB identifiquen sus propios eventos adversos y trabajen en ellos, ya que si bien estas entidades no son quienes prestan la atención, si son las responsables del proceso de atención del paciente, por lo cual también deben vigilar y hacer seguimiento a los eventos adversos que se presenten al paciente en las IPS que contratan.

Uno de los mayores problemas identificados es que no hay coordinación y claridad en el proceso entre IPS y EPS para reportar EA, por lo cual, se presentan inconsistencias en el reporte de eventos adversos tanto desde la IPS como desde la EAPB, por falta de adherencia a la cultura de Seguridad del Paciente.

Uno de los ejercicios que realizan las EAPB generalmente es direccionar al auditor en busca de lo “escondido” o de los errores que no han sido detectados por la IPS, pero lo realmente importante y por lo que se debería propender en el ejercicio desde la auditoría concurrente es en lograr un engranaje y trabajar con la IPS para que se detecten los eventos adversos prevenibles y

desarrollar estrategias para que no se vuelvan a presentar, por esta razón, es indispensable apoyar el despliegue del programa de seguridad del paciente, mejorando la cultura del reporte, de tal manera que cuando el auditor detecte un evento, éste ya haya sido reportado por la IPS, ya que el trabajo se debe encaminar a que no se presenten eventos adversos prevenibles, mejorando los procesos de atención de calidad de los pacientes; si bien el evento adverso se presenta en la IPS, el usuario afectado es quien finalmente demandará por los daños ocasionados, pero estas acciones afectan directamente a la EAPB, ya que es la responsable de su proceso, pues es la encargada de determinar los lugares donde el paciente recibirá la atención, entonces dicho de alguna manera, es responsabilidad de la EPS si direcciona al usuario a una IPS que no tiene un buen proceso de seguridad del paciente.

Acorde a la normatividad vigente, los programas de seguridad del paciente son obligatorios dentro de los procesos de habilitación de servicios, son embargo, esta obligatoriedad se ha enfocado en tener un programa, y no en el desarrollo del mismo, de la misma manera, la EPS se enfoca en una auditoría de habilitación, verificando que el programa esté, pero la importancia debe radicar en que el programa de seguridad del paciente se encuentre funcionando adecuadamente, ya que se debe empezar a entender que el usuario es responsabilidad de todos, y por lo tanto estos proceso se deben desarrollar correctamente por todos los entes involucrados. Así las cosas, debe evaluarse la contratación que realizan las EAPB e IPS y el sistema de glosas, teniendo en cuenta el programa de seguridad del paciente, detección de eventos adversos, seguimiento y desarrollo de estrategias para mejorar la calidad de atención al paciente.

2. Justificación

Para realizar una adecuada gestión desde la auditoría que permita detectar oportunidades de mejora en las IPS y que garanticen una disminución en los riesgos que conlleve a disminuir la ocurrencia de eventos adversos es necesario tener claridad acerca del programa de seguridad del paciente, conceptos relacionados y el papel de la auditoría concurrente en el programa, teniendo en cuenta que la seguridad del paciente se ha constituido en un problema de salud pública a nivel mundial. Los fundamentos de la seguridad asistencial se asientan en dos líneas de pensamiento relacionadas, que Vincent (2010), define de la siguiente manera:

1. La teoría del error de Reason: Asume que el ser humano es falible, por lo que, pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, y es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos menos proclives a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores.

2. La cultura de seguridad (CS): Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y, por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.

Según la OMS (citada por Vincent, 2010), seguridad del paciente “es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable”. El autor en cambio la define como “evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria” (Vincent, 2010).

La explicación al fenómeno de aparición de eventos adversos en la atención en salud es su alta complejidad, traducida en una gran cantidad de factores que intervienen y que cambian constantemente; algunos de los cuales no son de posible control por las personas que atienden al

paciente, podemos mencionar, entre las más importantes, la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, el diseño del proceso de atención actual o futuro al cual el paciente será sometido, las condiciones humanas relacionadas con la atención como lo son el conocimiento y las habilidades individuales de quienes entran en contacto directo con los pacientes, su concentración, su estado de ánimo, el estado actual de los equipos y la tecnología a utilizar, la efectividad en que las personas que atienden al paciente se comunican entre sí y trabajan en equipo, etc.

Por esta razón, no debe ser suficiente para un gerente de un hospital independiente, creer que su institución entrega una atención de buena calidad, debe evidenciar que efectivamente es así y para ello, es necesario monitorizar, constantemente, la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática, mediante los indicadores.

El gran objetivo de la seguridad del paciente es reducir el daño, y a su vez, reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana. De allí la importancia de articular los programas y el seguimiento en seguridad del paciente para poder detectar e intervenir en los eventos adversos con un adecuado plan de mejora que permita disminuir los riesgos y/o evitar complicaciones secundarias a la atención en salud, en ese proceso de detección de riesgos o eventos adversos y el seguimiento al programa de seguridad del paciente es donde cobra importancia la auditoría concurrente. La definición de auditoría deriva del latín "*audire*", que significa "oir", de cuyo sustantivo "*auditum*" deriva no sólo la audición, sino también "*auditor*". La auditoría en terreno se inicia con el registro de las observaciones, donde se registra los aspectos más relevantes y sean observables, en otras palabras, con ella se busca es una confrontación entre una situación observada y el marco normativo o técnico y administrativo (indicadores).

Los procesos y procedimientos de la auditoría concurrente son una actividad fundamental dentro del desarrollo del conocimiento, de la calidad y la austeridad en salud. Ésta nos permite, evaluar la calidad, oportunidad y pertinencia de los servicios de salud, también garantiza analizar las estancias prolongadas para darle soluciones y resolutiveidad en conjunto, ya sean por condiciones inherentes a la patología o por eventos adversos generados durante el proceso de atención, pero que en cualquiera de los dos casos se debe garantizar continuidad en la atención y que la misma sea de calidad, además facilita la comunicación entre pares para optimizar la relación y resolver dudas o errores para que sean corregidos.

La relación directa entre un buen proceso de auditoría concurrente que permita interactuar con los programas de seguridad del paciente en las IPS, permitirá que se generen planes de mejora garantizando servicios de calidad, disminución de eventos adversos que consecuentemente repercute en la disminución de estancias prolongadas y sobrecostos en la atención, generando una mejor gestión de los recursos tanto de la IPS como de la EAPB y sobre todo una atención de calidad que genere satisfacción primero en el personal de salud que realiza la prestación del servicio, segundo en los usuarios logrando el mantenimiento de su salud o paliación de la enfermedad.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Diseñar un proceso de auditoría concurrente para la detección y notificación de eventos adversos, que permita mejorar la intervención de los profesionales contratados por las EAPB frente a la seguridad del paciente en la atención de sus usuarios en las IPS.

3.2 Objetivos Específicos

Realizar una revisión documental normativa de los procesos de auditoría concurrente en el contexto de seguridad del paciente desde la EAPB y las IPS.

Diseñar una guía instruccional de consulta rápida de los paquetes de *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente (Ministerio de salud y protección social, s.f.a)*

Crear un formato para la notificación de eventos o hallazgos detectados durante la concurrencia a la IPS.

4. Marco Referencial

4.1. Marco conceptual

Con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad ocasionada por los errores de atención en salud, se presenta la estructura de un sistema de monitoreo del programa de seguridad del paciente.

De acuerdo con el Ministerio de salud y protección social (s.f.a), los programas de monitoreo que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de los eventos adversos son:

Tecnovigilancia: Tiene como objetivo fundamental garantizar la seguridad de los pacientes y operadores por medio de la identificación, recolección, gestión y divulgación de los incidentes o eventos adversos que presenten los dispositivos médicos durante su uso. Para ello, la institución debe determinar los factores de riesgo con el uso de dispositivos médicos, educar a sus colaboradores para garantizar la seguridad de dicho uso, hacer seguimiento a la incidencia y frecuencia de los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos, e implementar las acciones de mejora necesarias con el fin de prevenir la recurrencia.

Existen, en teoría, dos tipos de vigilancia: pasiva y activa. La primera hace referencia a la recepción de reportes de eventos e incidentes adversos. La segunda, a la búsqueda de factores de riesgo, enfocada, principalmente, al seguimiento de los dispositivos médicos clase III en áreas donde existen altas posibilidades de riesgo para los pacientes.

Farmacovigilancia: Es la actividad específica que monitorea el uso de medicamentos en los pacientes. La Organización Mundial de la Salud la define como la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos. Cualquier medicamento que se le suministre a un paciente tiene el efecto potencial de desencadenar eventos adversos, por lo tanto, es necesario que

se implementen acciones para el mejoramiento de la seguridad en su utilización y se vigile el efecto de la misma.

Hemovigilancia: Es el término que se utiliza para definir el conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica que permiten la detección, registro y análisis de la información relativa a los eventos adversos e indeseables derivados tanto de la donación, como de la transfusión de sangre.

Para la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos se desarrollan actividades entre las que se encuentran:

Rondas de Seguridad: Fueron diseñadas por Frankel y su equipo en el año 2003 con el 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. Consiste en que el grupo central de ejecutivos del hospital, incluyendo al director general, el director médico, el director de calidad, el director del programa de seguridad, etc., asistan juntos a cada servicio en un periodo de tiempo determinado, usualmente una vez al mes, y en un día y hora acordados previamente con los jefes de los servicios asistenciales, interactuando con los colaboradores. Posterior a la realización de la ronda, usualmente dentro de la semana siguiente a su terminación, el grupo de ejecutivos se reúne para analizar las oportunidades de mejora detectadas, priorizar su ejecución y acordar el día y hora de visita al servicio siguiente y así sucesivamente, hasta terminar el ejercicio con la totalidad de servicios del hospital.

Método trazador: El método trazador es una forma efectiva de rastrear la calidad de atención de un paciente, utilizando la historia clínica 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:

1. 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.

2. 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.

Como resultado del método trazador se hace una revisión integrada e interdisciplinaria de las áreas más críticas para la calidad y la seguridad del paciente y se analiza el grado de cumplimiento del estándar y la información resultante con el fin de ser utilizada para diseñar e implementar acciones de mejoramiento (Ministerio de salud y protección social, s.f.a).

Donabedian (citado por el Ministerio de salud y protección social, s.f.a) definió que “en todo proceso de atención médica intervienen factores estructurales y del proceso mismo que se traducen en un resultado” que, de acuerdo con Minsalud (s.f.a),

Los primeros se refieren a los recursos que se requieren para poder brindar la atención (recurso humano, recurso físico y recurso tecnológico) y los segundos a la elaboración de la historia clínica, el examen físico durante la consulta, la técnica quirúrgica en cirugía, etc. Ambos factores se conjugan para ofrecer un resultado que siempre se espera que sea el mejor, es decir, la cura de la enfermedad o al menos, el mejoramiento de las condiciones del estado funcional del enfermo. Por ello, en la búsqueda del mejoramiento, en todo proceso de atención, se pueden obtener indicadores de estructura, de proceso y de resultado:

- Indicadores de estructura: miden la calidad de los recursos que se requieren para poder brindar la atención (recurso humano, recurso físico y recurso tecnológico). Incluyen los aspectos institucionales de la gestión (la documentación existente relacionada con procesos y la organización), los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal). Son ejemplos de indicadores de estructura: el número de camas de hospital, el número de médicos de urgencias, entre otros.

- **Indicadores de proceso:** enfatiza en cómo se entrega la atención a través de la medición de la calidad de las actividades realizadas durante la atención misma. Son ejemplos de indicadores de proceso la evaluación de la historia clínica, el diligenciamiento del consentimiento, la técnica quirúrgica en cirugía, los errores en la atención, entre otros.

- **Indicadores de resultado:** son los Indicadores más usados en el sistema de salud. Miden el grado en el que la atención otorgada al paciente produjo o no el efecto deseado. De cualquier forma, este indicador evidencia un cambio en la salud atribuido a la atención recibida y, además, genera otras consecuencias. Son ejemplos de indicadores de resultado el giro cama, la tasa de caídas por 1000 días estancia, la satisfacción de los pacientes, entre otros.

- Los indicadores son poderosas herramientas de gestión que permiten mantener una mirada permanentemente actualizada de la situación, tomar decisiones y verificar si éstas fueron o no acertadas. Un indicador ideal seleccionado debe tener diferentes atributos, entre los cuales los más importantes son:

- **Que sea simple:** debe ser de fácil elaboración.
- **Que sea válido:** debe medir realmente lo que se quiere medir.
- **Que sea sensible:** debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones en las cuales hay un problema.
- **Que sea específico:** debe ser capaz de identificar solo los casos donde hay un problema de calidad.
- **Que sea confiable:** los mismos resultados pueden ser reproducidos por observadores diferentes. Sin confiabilidad no hay validez.
- **Que sea de utilidad:** debe servir para tomar decisiones que lleven a la mejora
- **Interpretable:** los resultados son fácilmente comprensibles por quienes los utilizan.
- **Que esté disponible:** los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo.
- **Que sea controlable por los proveedores:** el proveedor debe tener la capacidad de influenciar el proceso o los resultados que se miden.

El paquete instruccional de la seguridad del paciente y la atención segura enumera una serie de actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos, por lo tanto, los indicadores de proceso son aquellos que buscan evidenciar que tales actividades se realizaron de forma correcta (Ministerio de salud y protección social, s.f.a).

A continuación, se relaciona las actividades para prevenir y reducir la ocurrencia de eventos adversos y sus indicadores de evaluación (Tabla 1).

Tabla 1. Prácticas seguras para prevenir y reducir la ocurrencia de eventos adversos

PRÁCTICAS SEGURAS PARA PREVENIR Y REDUCIR LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	INDICADORES
1.1 Para prevenir el riesgo de infecciones asociadas a la atención.	<ul style="list-style-type: none"> - Adherencia total a las acciones sugeridas en el bundle (bacteriemia, neumonía e infección urinaria). - Adherencia a la profilaxis antibiótica recomendada. - Adherencia a la higiene de manos.
1.2 Para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos de alta alerta.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporción de medicamentos de alta alerta identificados. - Proporción de fallas en el etiquetado de medicamentos de alta alerta. - Proporción de pacientes con adecuada conciliación medicamentosa. - Proporción de pacientes sobreanticoagulados.
1.3 Para prevenir caídas.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas.
1.4 Para prevenir úlceras de presión.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de úlceras de presión.
1.5 Para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Adherencia a la lista de chequeo de cirugía segura. - Proporción de pacientes con marcaje del sitio operatorio.
1.6 Para prevenir eventos adversos asociados a la inadecuada identificación de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporción de pacientes identificados correctamente. - Proporción de fallas en la identificación de pacientes. - Proporción de fallas en la identificación de muestras de laboratorio. - Proporción de fallas en la identificación de placas de imágenes.

1.7 Para reducir el riesgo en la atención de pacientes con infarto de miocardio.	- Proporción de pacientes con tiempo puerta balón menor de 90 minutos.
	- Proporción de pacientes remitidos a rehabilitación cardíaca.
	- Prescripción de beta bloqueador al egreso.
	- Uso de beta-bloqueadores para prevenir eventos cardíacos peri-operatorios.
1.8 Para prevenir eventos adversos asociados al uso de sangre y hemo-componentes.	- Proporción de pacientes trasfundidos con grupo y Rh correctos.
	- Proporción de fallas en la identificación de sangre y hemo-componentes.
1.9 Para reducir el riesgo en la atención de pacientes críticos.	- Proporción de pacientes con prescripción de medicamentos para prevenir trombosis venosa y pulmonar.
	- Proporción de paciente con prescripción de medicamentos para prevenir úlceras de estrés.
	- Proporción de pacientes con valoración nutricional.

PRÁCTICAS SEGURAS PARA PREVENIR Y REDUCIR LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	INDICADORES
1.1.0 Para mejorar la seguridad en procedimientos radiológicos.	- Proporción de pacientes con solicitud de creatinina previa a la realización de estudios con medio de contraste.
	- Proporción de estudios de imágenes radiológicas con doble lectura por pares.
	- Reporte de discordancias entre informe radiológico y hallazgos quirúrgicos
1.1.1 Para mejorar la comunicación entre el personal que atiende al paciente.	- Proporción de órdenes verbales que son transcritas en la historia clínica.
	- Proporción de resultados críticos de exámenes de laboratorio que son informados verbalmente al servicio.
1.1.2 Para garantizar la funcionalidad del procedimiento de consentimiento informado.	- Proporción de consentimientos informados adecuadamente diligenciados.
	- Medición del entendimiento del paciente del consentimiento informado.
1.1.3 Para promover el autocuidado.	- Proporción de pacientes hospitalizados a quienes se les entregó información sobre autocuidado.
1.1.4 Para evitar problemas de nutrición en pacientes hospitalizados.	- Proporción de pacientes hospitalizados con valoración nutricional al primer día.

1.1.5 Para evitar daños en atención de urgencias pediátricas.	- Proporción de cumplimiento de la oportunidad en la valoración por pediatra.
1.1.6 Para evitar daños en pacientes con enfermedad mental.	- Proporción de pacientes hospitalizados en la unidad mental con valoración diaria del riesgo de autodaño o agresión.
1.1.7 Prevenir el cansancio del personal.	- Proporción de colaboradores con más de 12 horas de trabajo continuo.
1.1.8 Identificación del paciente y muestras de laboratorio.	- Proporción de pacientes adecuadamente identificados.
	- Proporción de muestras de laboratorio adecuadamente identificadas.

Fuente: Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

De acuerdo con el ministerio de salud y protección social (s.f.a),

Una de las herramientas que facilita la monitorización es el uso de listas de chequeo. El origen de las listas de chequeo como un elemento para mejorar la calidad y evitar eventos adversos nos lleva hacia atrás, a 1935. En ese año, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos organizó una competencia para evaluar la próxima generación de bombarderos militares, entre los cuales se encontraba el modelo 299 de la Boeing Corporation, que superaba ampliamente a sus competidores: Lockheed Martin y McDonnell Douglas, no solo porque cargaba cinco veces más bombas, sino porque además lo hacía al doble de velocidad. Esto llevó a muchos a pensar que con esas diferencias tan grandes la competencia no sería tal y que el modelo 299 ganaría muy fácilmente. Sin embargo, solo unos minutos después de alzar vuelo, el magnífico 299 explotó en el aire. Los hallazgos de las investigaciones posteriores evidenciaron que el piloto olvidó realizar un paso crucial, que llevo a la catástrofe. La solución inmediata de Boeing fue concluyente: hacer siempre una lista de chequeo que incluyera, paso a paso, las acciones a seguir y cuyo uso fuera

obligatorio. Desde entonces, la lista de chequeo se convirtió en un estándar de la aviación internacional y de allí su uso se expandió a otras industrias. En la actualidad el uso de listas de chequeo es ampliamente recomendado en la literatura médica como una herramienta valiosa para gestionar el riesgo y prevenir eventos adversos o resultados no esperados (p.43).

Pero además cobra importancia la Auditoría Clínica Concurrente, que permite realizar un seguimiento estricto a la calidad de la prestación de los servicios a pacientes hospitalizados; su principal objetivo es vigilar y propender por el cumplimiento de la calidad en la atención al paciente y la racionalidad en el costo de la prestación del servicio, permitiendo detectar los incidentes o eventos adversos, y realizando un reporte tanto a la IPS como a la EAPB que realizar un análisis adecuado y que permita disminuir los riesgos que puedan generar eventos adversos, se debe establecer un método de análisis el cual, según el Ministerio de salud y protección social (s.f.a), debe estar basado en: “Facilidad de uso por el equipo de trabajo; Integración a las metodologías de gestión ya implementadas en la organización; Utilidad en la eliminación del problema de origen que evite la ocurrencia, nuevamente, de evento”.

De acuerdo con Minsalud (s.f.a), los métodos de análisis más recomendados son:

Análisis de Causa Raíz: Es una metodología de análisis basada en los múltiples factores que pueden llevar a la ocurrencia de un error. Parte del principio de que todo evento adverso se origina en una causa raíz que da origen a los demás factores que se identifican en el análisis. Su práctica se basa en el supuesto de que los problemas se resuelven mejor al tratar de corregir o eliminar las causas raíz, en vez de simplemente tratar los síntomas evidentes de inmediato y por lo tanto, al dirigir las medidas correctivas a las causas primarias, se espera que la probabilidad de la repetición del problema se minimice. Por esto, aunque es un método reactivo, pues el evento ya pasó, al ganar experiencia en este tipo de análisis se convierte, con el tiempo, en un método pro-activo pues la implementación de las acciones de mejora crea una reducción de la variabilidad y disminución de

los riesgos. Sin embargo, se reconoce que la prevención total de la recurrencia de una sola intervención no es siempre posible. La metodología recomendada para su implementación es partir del resultado final y preguntarse sucesivamente ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué? El diagrama de Ishikawa o de causa - efecto considera 6 factores que contribuyen a la ocurrencia del error: mano de obra, materia prima, método, máquina, medio ambiente y medida. En cada factor se debe establecer la misma metodología. Es consideración general que aproximadamente no más allá del quinto porqué, se llega a la causa raíz. Para ser eficaz, este tipo de análisis debe realizarse de forma sistemática, con conclusiones y causas respaldadas por pruebas documentadas.

El protocolo de Londres: 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.

Aunque el objetivo de todo programa de seguridad del paciente es crear cultura de seguridad, las organizaciones deben ser conscientes de que esto no es fácil lograrlo en el corto plazo. La misma se evidenciará cuando el paciente se encuentre en un entorno donde las personas hablen sin temor acerca de los asuntos de seguridad, de las fallas y errores y se enfoque en aprender de estos eventos. Por lo tanto, para saber si están en ese camino, las organizaciones deben evaluar, periódicamente, su progreso en la obtención de cultura de seguridad al paciente, para ello, cuentan con distintos procesos de auditoría que se describen a continuación,

Auditoría Concurrente: “El proceso de auditoría concurrente es una actividad fundamental dentro del desarrollo del conocimiento, de la calidad y la austeridad en salud. Ésta nos permite, evaluar la calidad, oportunidad y pertinencia de los servicios de salud” (Amézquita y Cuevas, 2016). Este trabajo presenta una investigación descriptiva, en cuanto a la sistematización del proceso de auditoría el cual cuenta las etapas básicas del ejercicio en la práctica diaria definidas en la planificación de los objetivos y el alcance de este ejercicio, las actividades a evaluar, los recursos, el análisis de los servicios e identificación de las áreas críticas.

El Hospital San José (2004) define los siguientes conceptos de auditoría,

Auditoría de gestión: Es un examen objetivo, sistemático y profesional de evidencias, realizado con el fin de proporcionar una evaluación independiente sobre el desempeño (rendimiento) de una entidad, programa o actividad, orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos, para facilitar la toma de decisiones por quienes son responsables de adoptar acciones correctivas y, mejorar la responsabilidad ante el público.

Auditoría clínica: Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizado por profesionales de la salud (médico o no médico), cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales.

Auditoría de caso: Son aquellas en las que, por su implicancia en las políticas de la institución, su carácter legal, o su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades médicas.

Auditoría de historia clínica: También llamada “Análisis de la Calidad de las Historias Clínicas” es aquella Auditoría cuyo objeto de estudio es la Historia Clínica y sus resultados dependerá de la forma como se encuentra organizada la información existente en ella.

Auditoría médica: Es el análisis crítico y sistemático de la calidad del acto médico, Incluyendo a los procedimientos diagnósticos y a las decisiones terapéuticas, al uso de los recursos y a los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente, con la finalidad de mejorar la calidad en los servicios de salud, y debe ser realizada por profesionales médicos capacitados por formación y/o por pericia en un tema médico específico (Minsalud, s.f.b).

Comité de auditoría: Es el órgano constituido en la organización de salud, dependiente de la Oficina o Unidad de Gestión de la Calidad, ubicado dentro del Área de Garantía y Mejora de la Calidad, encargado de realizar Auditorías de modo regular y continuo de las historias clínicas de los servicios y de los casos de eventos centinelas y de otros de interés para la institución o que sean solicitados por la Dirección General de la organización de salud por alguna razón en particular. Al cabo de su actividad, emitirá un informe de Auditoría dirigido al Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad de la organización de salud.

Informe de auditoría: Documento escrito que describe las características y circunstancias observadas durante el proceso de auditoría y que se emite al término de ésta.

Protocolo de atención: Documento en el cual se describe la secuencia del proceso de atención de un paciente con relación a su estado de salud o entidad nosológica. Actúa como guía operativa al contener un listado de técnicas y recursos de un proceso de atención. Garantiza efectividad con el menor riesgo y con el menor costo. Varía de acuerdo al nivel de atención.

Sistema auditado: Es la totalidad de la organización de salud o la parte de ella que es sometida, dentro del marco de esta directiva, a auditoría de historias clínicas o a auditorías de casos (Hospital San José, 2004).

4.2. Marco normativo

Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Define la Seguridad Social Integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Resolución 1043 de 2006: por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Anexo Técnico No 1 “Manual de estándares”: en el cual se establece el Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios, mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los prestadores de los servicios.

Esto se realiza mediante procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad hospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas,

especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las definiciones de este criterio.

Anexo técnico No 2 “Manual de procedimientos”, tiene por objeto orientar la verificación de las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.

Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Establece que el SOGCS se aplicará a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Define los siguientes conceptos:

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que

prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Empresas administradoras de planes de beneficios. -EAPB- se consideran como tales, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado (administradoras del régimen subsidiado), entidades adaptadas y empresas de medicina prepagada.

Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes. Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud -SOGCS-. Es 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.

Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el ministerio de comercio, industria y turismo. Los estándares de calidad propuestos por esta unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el ministerio de la protección social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

Componentes del SOGCS. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud tiene los siguientes componentes:

- I. El Sistema Único de Habilitación.
- II. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- III. El Sistema Único de Acreditación.
- IV. El Sistema de Información para la Calidad.

Como parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, cobra relevancia el seguimiento al programa de Seguridad del Paciente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El ministerio de la protección social (2008), define seguridad del paciente 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. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar las barreras de seguridad necesarias.

Para ello establece los siguientes documentos:

- **Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia:** Su propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.
- **Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010:** Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales.

- **Promoción de la cultura de seguridad del paciente:** Su propósito es integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora.

El ministerio socializa entonces los *Paquetes instruccionales Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”* con la *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente*, cuyo objetivo es fortalecer las competencias del talento humano en salud para desarrollar programas de vigilancia epidemiológica de la ocurrencia de eventos adversos, incidentes y complicaciones en la organización.

A partir de lo anterior, de estos documentos se destacan los siguientes conceptos importantes para el desarrollo del presente trabajo:

- **Seguridad del paciente:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud
- **Indicio de atención insegura:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso
- **Falla de la atención en salud:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.
- **Fallas activas o acciones inseguras:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por

miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).

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

- **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: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- ✓ Tarea y tecnología: toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- ✓ Individuo: el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- ✓ Equipo de trabajo: todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de

enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

- ✓ Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- ✓ Organización y gerencia: referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- ✓ Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

▪ **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.

Desde el ministerio de la protección social (2008), se establece un modelo conceptual y definiciones básicas de la política de seguridad del paciente.

- **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- **Violación de la seguridad de la atención en salud:** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.
- **Barrera de seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Sistema de gestión del evento adverso:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

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

4.3. Marco teórico

El estudio más importante en cuanto a detección de eventos adversos fue el que se desarrolló en 1984 en Nueva York y se conoce como el Harvard Medical Practice Study (HMPS), que estimó una incidencia de Eventos Adversos de 3,7%.

En el 70% de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte. El motivo de la revisión era principalmente establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos EA y no tanto medir la posibilidad de prevención de los mismos.

El EA más frecuente fue las reacciones a los medicamentos (19%), seguido de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%).

Posteriormente aparece como gran referente el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, "*To Err is Human*", publicado en 1999, uno de los trabajos que hace referencia, fue una revisión de 30000 historias clínicas, en las cuales se encontró un 3.7% de eventos adversos, de los cuales se consideró que el 58% eran evitables y 13.6% resultaron en muerte. Los autores hicieron una extrapolación a las 33.6 millones de hospitalizaciones anuales en el año del

estudio, concluyendo que se podían producir entre 44000 y 98000 muertes al año, por eventos adversos ligados a la atención en salud, asociado a un costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año.

Estudios más recientes aplicando nuevas metodologías, como la *Global Trigger Tool* (GTT), que es más sensible que la metodología usada en el informe del instituto de medicina de 1999, arrojan tasas de eventos adversos mucho más altas, alrededor del 10%, de los cuales 69% se consideraron evitables, con un 0.89% de muertes, lo que extrapolado, generó una estimación de 210000 muertes evitables al año en Estados Unidos para el año del estudio (2011) más del doble de lo que se extrapoló en el informe *To Err is Human*.

Un artículo reciente publicado en el año 2016, utilizando los estudios reportados desde el informe del instituto de medicina de los Estados Unidos de 1999 y extrapolando al número total de hospitalizaciones en los Estados Unidos en el año 2013, dio cuenta que este subestima la verdadera incidencia de muerte por error médico; la nueva estimación sugiere que el error médico es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de las causas cardiovasculares y el cáncer.

En España, en el año 2006, se realizó el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) en su informe, se revisaron 5624 historias clínicas, en distintos hospitales españoles. Los autores detectaron un 8.4% de eventos adversos de los cuales 42.8% se consideraron evitables y se encontró un 4.4% de muertes, extrapolando estos porcentajes a los 4.6 millones de hospitalizaciones para el año del estudio, arrojó 7388 muertes evitables al año en España.

En Iberoamérica, en el año 2011, se repitió la experiencia y se realizó el estudio IBEAS (Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica), Basándose en los antecedentes

expuestos, la hipótesis de trabajo es que los sucesos adversos pueden alcanzar al menos al 10% de los sujetos atendidos en el hospital y que al menos un 40% de ellos pueden ser evitados. Este estudio incluyó 11379 pacientes de 58 hospitales de 5 países de Iberoamérica, la tasa de eventos adversos fue de 10.5%, de los cuales 60% se consideraron evitables y 6% de muertes evitables.

El Ministerio de Salud y protección social Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros. Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Ejemplo de ello son las experiencias de Florence Nightingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2%, o las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de

la atención en salud. Ejemplos similares se han dado a lo largo del desarrollo de la ciencia y el arte médico (Minsalud, 2008).

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

1. Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

2. Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente

3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

5. Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6. Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

7. Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados (Minsalud, 2008).

5. Metodología

5.1 Tipo de investigación

Para el trabajo de investigación se aplicó una metodología descriptiva transversal retrospectiva, realizando una recolección de información mediante la revisión documental de los procesos de auditoría concurrente en el contexto de seguridad del paciente, la normatividad vigente y la contratación actual de las empresas administradoras de planes de beneficio con las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

El equipo de trabajo fue conformado por dos profesionales de la Salud, quienes iniciaron el trabajo de campo mediante la recolección de la información, a partir de la cual se realiza el análisis y se presenta la propuesta de mejora del procedimiento de auditoría concurrente, para identificación y notificación de los eventos adversos.

5.2 Población y muestra

Para el estudio de investigación no existe una muestra poblacional ya que se realizó una revisión documental de los procesos de auditoría concurrente en el contexto de seguridad del paciente, la normatividad vigente y la contratación actual de las empresas administradoras de planes de beneficio con las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

5.3 Instrumentos

Para la recolección de la información se utilizó una guía enfocada en:

1. Revisión de normatividad vigente en seguridad del paciente

2. Revisión de protocolos de seguridad del paciente de la EAPB y de la IPS.
3. Revisión del proceso de reporte, identificación, análisis y seguimiento de eventos adversos desde la EAPB y desde la IPS.
4. Evaluación del proceso de Auditoria concurrente frente a la identificación, análisis y seguimiento de eventos adversos articulado a la IPS.
5. Análisis de la contratación de los profesionales de auditoria concurrente desde la EAPB y de la contratación para la prestación de servicios de salud entre la EAPB y la IPS.

6. Resultados y análisis

Al realizar la revisión sobre el manejo del programa de seguridad del paciente en una institución que presta servicios de salud y en la empresa administradora de planes de beneficio, se encuentran y se enumeran las características principales del programa y las actividades realizadas en el reporte, identificación y seguimiento de los eventos adversos que ocurren durante la prestación de servicios de salud, en el siguiente orden:

6. 1 Resultados encontrados en la atención del paciente desde la IPS

Al realizar una revisión del programa de seguridad del paciente de la IPS, se encontró que este se ha fundamentado en los lineamientos dados por el ministerio de salud en la implementación del programa y se ha enfatizando en los objetivos internacionales de seguridad del paciente, por lo cual todos sus funcionarios realizan las siguientes actividades:

1. Identificación Correcta del Paciente
2. Comunicación Efectiva
3. Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo
4. Garantizan una cirugía en el lugar correcto con el procedimiento y al paciente correcto.
5. Reducen el Riesgo de Infecciones
6. Reducen el Riesgo de Caídas
7. Previenen las Úlceras por Presión

En este contexto también se encontró que la IPS ha implementado diferentes actividades didácticas que permiten a sus colaboradores mantenerse actualizados en el programa de

seguridad, además de realizar los reportes de incidentes y/o eventos adversos de forma oportuna de tal manera que permita realizar un análisis y con ello los planes de mejora que se requieren en beneficio de los pacientes.

Los líderes de calidad y los coordinadores de los diferentes servicios son los encargados de implementar y evaluar las estrategias educativas para recordar los lineamientos, se cuenta con tecnologías seguras en el manejo de medicamentos, dispositivos médicos, la guía de práctica clínica y con todo un personal calificado para tratar los pacientes.

El reporte del evento se realiza inmediatamente después de la atención del paciente por quien lo detecta o por cualquier persona que lo evidencie (funcionario, pacientes, usuarios o proveedores). El reporte se realiza a través de la plataforma Interna de la IPS, en el aplicativo asistencial, ingresando con el documento de identidad y contraseña dinámica.

Con este proceso la IPS busca:

- Crear cultura de seguridad del paciente, mediante la adherencia a las guías, protocolos y verificación con lista de chequeo.

- Gestionar el riesgo de cada actividad

- Enfatizar “ante, la duda, pedir ayuda”

- Confiar cada vez menos en la memoria “aprender y desaprender”

- Permitir que sea el experto quien haga las cosas

- Alertar sin miedo sobre el error, con el desarrollo de estas actividades se permitirá tener

beneficios para:

Paciente y su familia: Prolongación de vida, Respeto a los Derechos, Satisfacción del paciente y su familia.

Personal de la Salud: Evitan demandas, evitan llamados de atención, evitan reprocesos, satisfacción del personal asistencial

IPS: reconocimiento, buen nombre, aseguran la continuidad del ingreso económico, disminución de glosas, disminución de demandas, cumplimiento de indicadores, cumplimiento estratégico

EAPB: Mejora costo-efectividad, aseguramiento de la calidad, aumenta la satisfacción del usuario con su aseguradora

Sistema de Salud: Cumplimiento de los derechos constitucionales y sus normas “hacemos país”

Para el análisis de los EA la IPS utiliza el protocolo de Londres, con el fin de analizar el evento o incidente, determinando factores contributivos, y estableciendo planes de mejora para que se evite la ocurrencia de los mismos en otros pacientes, por las mismas causas prevenibles.

Aunque la normatividad vigente establece que debe existir un trabajo articulado entre IPS y EAPB, dentro de los programas de seguridad del paciente se encontró que la IPS objeto de estudio, no tiene establecidos los parámetros para realizar un reporte oportuno de los EA a la EAPB, lo cual no permite que se logren los objetivos anteriormente expuestos como la mejora costo-efectividad, aseguramiento de calidad y aumento de la satisfacción del usuario con su aseguradora.

6.2 Resultados relacionados con la auditoria concurrente en la detección y notificación de eventos adversos desde la EAPB

Dentro del proceso de auditoría concurrente para la detección de eventos adversos se encontró que el auditor de la EAPB enfoca sus actividades en lo relacionado a pertinencia clínica y oportunidad en la prestación de servicios de salud, pero no existe una búsqueda activa que permita detectar los eventos adversos de forma oportuna y ser reportados inmediatamente al profesional de calidad de la IPS y de la EAPB quienes realizarán la investigación y análisis respectivo. Una de las dificultades identificadas desde las EAPB es que muchos de los eventos adversos, incidentes o fallas en la atención de salud se detectan desde la auditoría de cuentas médicas, por lo cual el reporte se realiza extemporáneamente, de tal manera que cuando la EAPB realiza la búsqueda del caso, la IPS ha realizado su reporte en meses anteriores y elaborado su respectivo análisis del caso, lo que ocasiona que la intervención de la EAPB no sea pertinente en cuanto a la elaboración y seguimiento de los planes de mejora.

Dentro del análisis del proceso de contratación de los Profesionales de Concurrencia, se encontró que la EAPB no establece lineamientos o actividades específicas relacionadas con el Reporte, análisis y seguimiento de EA, o actividades que involucren al personal contratado en los programas de seguridad del paciente de las IPS. De igual manera se estableció que dentro del proceso de inducción no se realiza una capacitación en cuanto a temas relacionados con seguridad del paciente, EA y reporte oportuno de los mismos.

Se pudo igualmente identificar que el profesional concurrente centra su trabajo en la realización de actividades de gestión de los usuarios y trámites administrativos inmediatos que no dan espera, lo que no le permite participar activamente del programa de seguridad del paciente.

De acuerdo a los hallazgos enumerados anteriormente se puede establecer que la EAPB requiere de la implementación de una propuesta de mejora en el proceso de auditoría concurrente

para la detección y notificación de eventos adversos, que permita la intervención oportuna de los profesionales contratados por las EAPB frente a la seguridad del paciente en la atención de sus usuarios en las IPS.

7. Propuesta de proceso de auditoría concurrente para la detección y notificación de eventos adversos por los profesionales de las EAPB

Teniendo en cuenta las dificultades mencionadas anteriormente, se plantea la siguiente propuesta de trabajo en la detección de eventos adversos desde la concurrencia:

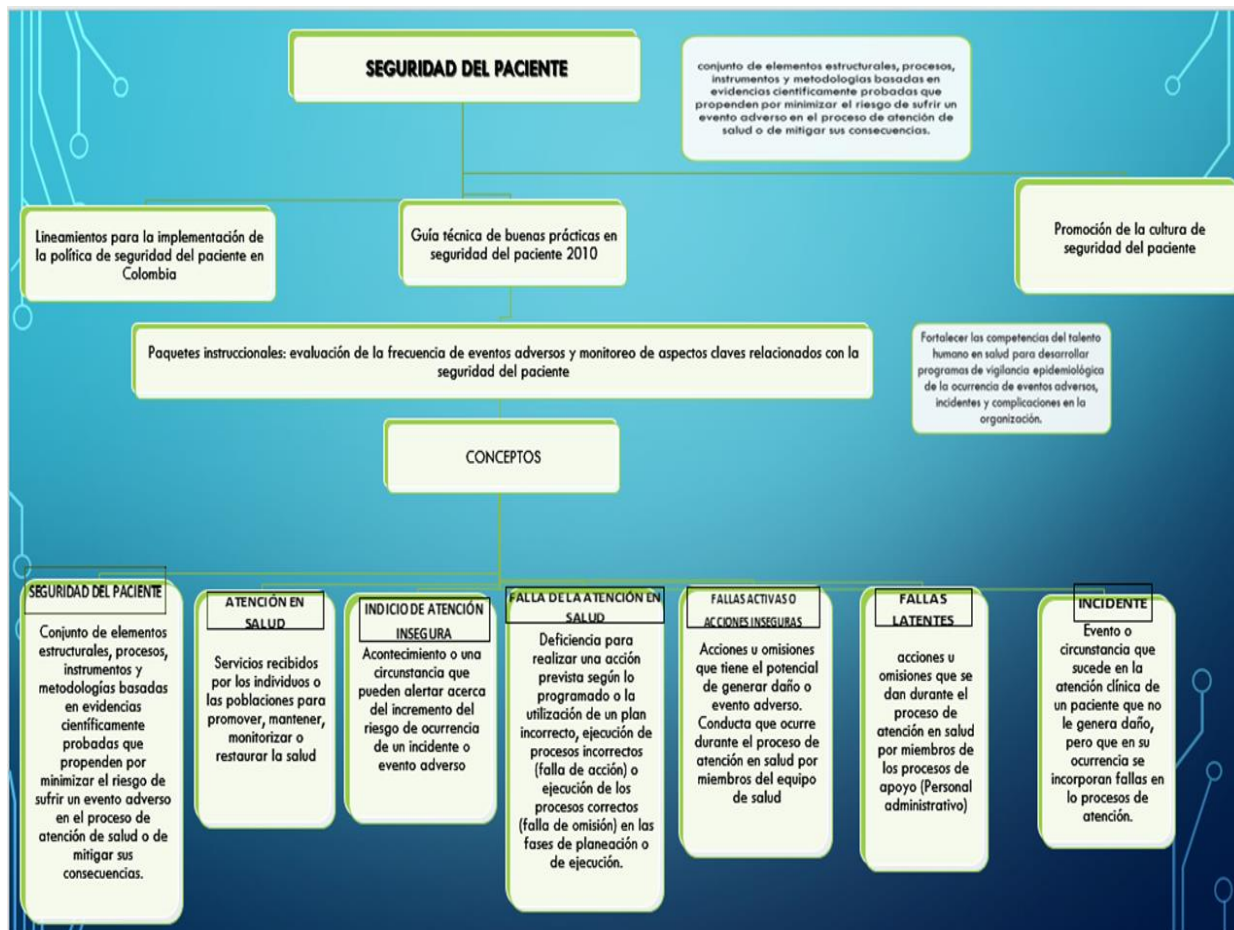
1. El auditor debe conocer el programa de seguridad del paciente de la IPS que concurre, de tal manera que sepa cómo se realiza el reporte de los eventos adversos por los colaboradores de la institución, el seguimiento y periodicidad en que realizan los análisis y los planes de mejoramiento generados.
2. El auditor concurrente en su labor diaria está obligado a reportar al profesional de calidad de la IPS y de la EAPB los eventos, incidentes o fallas de la atención que encuentre en su revisión de historias clínicas, rondas que realice en los servicios o actividades que involucren directa o indirectamente al paciente.
3. El reporte de los hallazgos en seguridad del paciente encontrados en la IPS deberá realizarse en el formato “Reporte de hallazgos en seguridad del paciente”, para que la IPS realice la investigación y seguimiento respectivo en los casos en los que no los haya detectado.
4. Se deberá propender por establecer una relación más estrecha desde la auditoría concurrente con el programa de seguridad del paciente de la IPS, que le permita al auditor evaluar y evidenciar los cambios generados en los planes de mejoramiento que sean de alto impacto y que pueda haber una comunicación activa con los profesionales de calidad para hacer estas observaciones.
5. Desarrollar capacitaciones semestrales por personal experto, a los concurrentes en el tema de seguridad del paciente, aclarando conceptos para que puedan detectar rápidamente un evento,

incidente o falla de atención en salud, de manera que se hable un mismo idioma y se evite pasar por alto algún evento.

6. Socializar la herramienta desarrollada guía técnica de “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” de los paquetes instruccionales. Que permitirá consultar puntos claves como: conceptos, factores contributivos, monitorización e indicadores, programas de monitoreo y actividades para la vigilancia de eventos adversos.

7.2 Herramienta de evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente

Gráfico 2. Conceptos Seguridad del Paciente



Fuente: Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

Gráfico 3. Definición de Evento Adverso



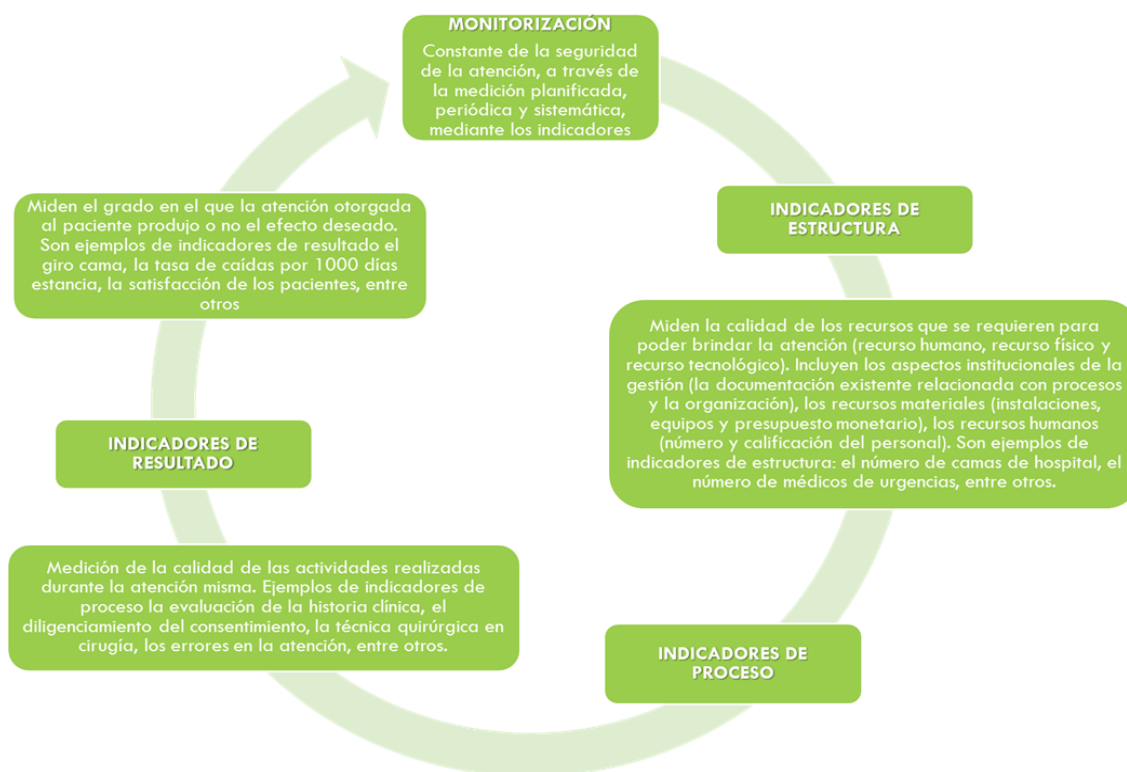
Fuente: Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

Gráfico 4. Factores Contributivos



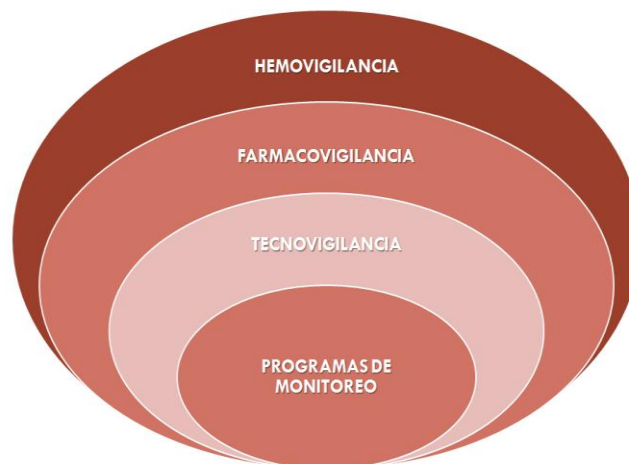
Fuente: Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

Gráfico 5. Indicadores



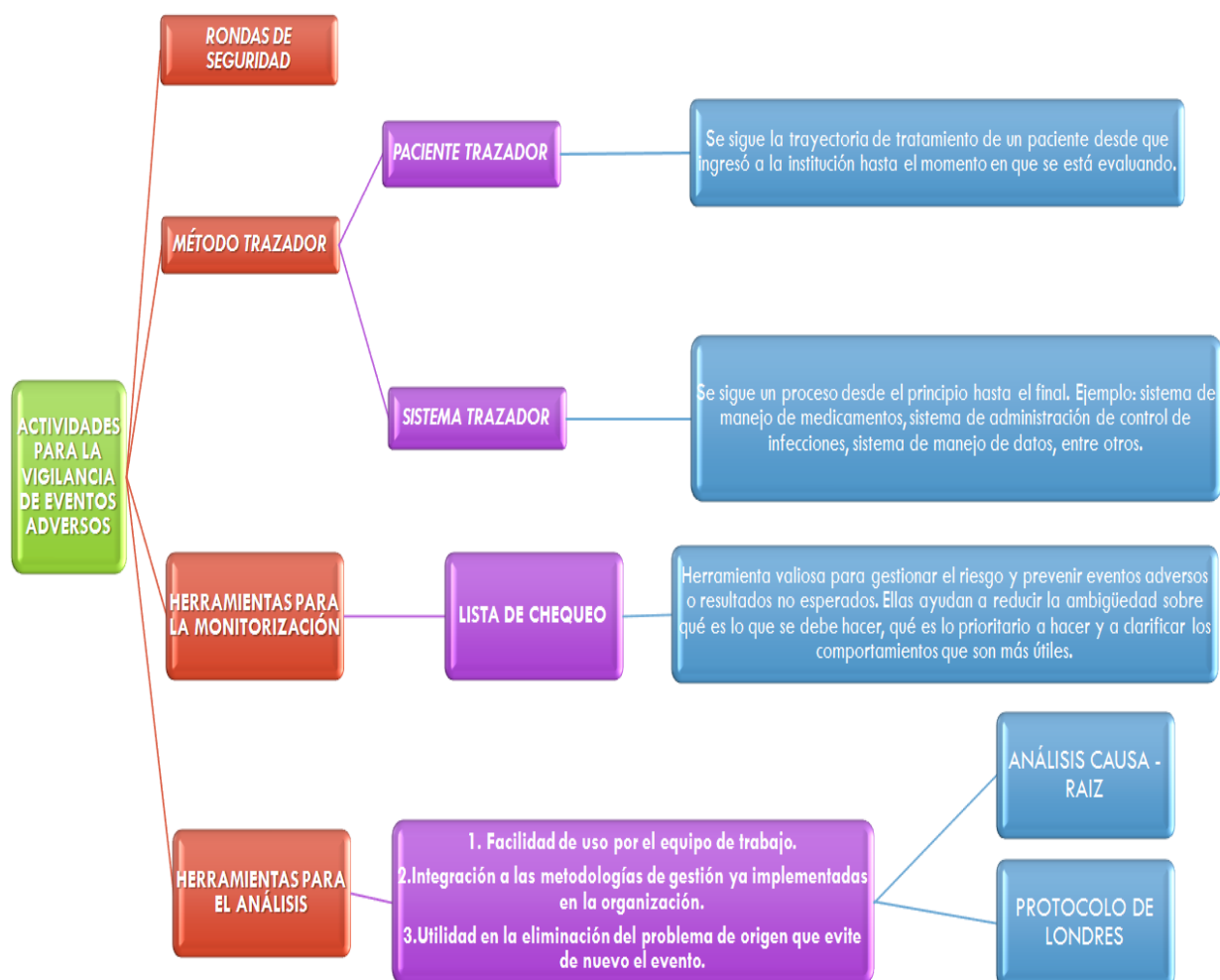
Fuente: Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

Gráfico 6. Programas de monitoreo



Fuente: Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

Gráfico 7. Actividades para la vigilancia de eventos adversos



Fuente: Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

8. Conclusiones

Una articulación efectiva entre las EAPB y las IPS dentro del programa de seguridad del paciente, permite un reporte, análisis y seguimiento oportuno a los eventos adversos generados durante la prestación de servicios de salud, como también detectar las falencias que desencadenan un EA, y direccionar los planes de mejora a realizar para prevenir la ocurrencia repetitiva de los mismos en otros usuarios.

La detección y notificación de los eventos adversos y/o fallas de la atención en salud permiten a la EAPB realizar un seguimiento oportuno que le permita evidenciar la calidad en la prestación de servicios que reciben los usuarios en las instituciones que contrata, permitiendo evaluar costos y definir la continuidad de la contratación dependiendo de las mejoras realizadas por las instituciones una vez se han detectado los eventos.

Una disminución en la ocurrencia de eventos adversos o fallas en la calidad de la atención en salud, impacta directamente en la disminución de las estancias prolongadas y por ende en los costos consecuentes que requerirá la atención del usuario por dichos eventos, lo cual será directamente relacionado con el componente financiero tanto de la IPS como de la EAPB.

La disminución de peticiones, quejas y reclamos (PQRS) por parte de los usuarios se da como resultado de la prestación de servicios de salud con calidad, lo que garantiza a la IPS mantener una buena percepción desde su entorno.

9. Recomendaciones

Se recomienda la EAPB que dentro de la inducción y capacitación dada a los profesionales contratados en auditoría concurrente se les dé a conocer la propuesta presentada, con el fin de encaminar sus labores a un trabajo articulado con las IPS dentro del programa de Seguridad del paciente que incluya un reporte, análisis y seguimiento oportuno de los EA.

Recomendamos hacer uso del procedimiento propuesto con las herramientas generadas ya que permitirán tener un método de reporte y seguimiento efectivo tanto de las IPS como de las EAPB, con el fin de que se dé una articulación que permita trabajar en planes de mejoramiento para la prestación de servicios con calidad.

Se recomienda involucrar a todo el personal de las IPS y EAPB en el conocimiento del programa de seguridad del paciente lo que generará mayor compromiso en la atención en salud con calidad, disminuyendo las complicaciones, estancias prolongadas y sobrecostos.

10. Referencias bibliográficas

ApliSalud. (s.f.). *Auditoría clínica concurrente*. Disponible en <https://www.aplisalud.com/servicios/auditoria-clinica-concurrente>

Hospital San José. (2004). *Manual de auditoria en salud*. Callao, Perú. Disponible en http://www.hsj.gob.pe/web1/UGC/html/comite_auditoria/publicaciones/manual_auditoria.pdf

Kohn, L., Corrigan, J. M. y Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington D.C.: National Academies Press (US). Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>

Ministerio de la protección social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia*. Bogotá D.C. Disponible en https://minalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012-%20Documentos%20de%20apoyo%20.pdf

Ministerio de salud y protección social. (s.f.a). *Auditoría médica en los hospitales de mediana y alta complejidad e institutos especializados del MINSA* (Documento de trabajo). Disponible en <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/documentos/decs/01-%20Directiva%20de%20Auditoria%20M%E9dica.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (s.f.b). *Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.*

Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”.

Disponible en

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Parra, D., Camargo, F. y Rey, R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Revista Enfermería global*, 11(28).

Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400010

Portal del Observatorio de calidad de la salud. (s.f.). *Eventos adversos*. Disponible en

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/observatoriodecalidad/eventos-adversos/>

Rocco, C. y Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista médica Clínica Las Condes*, 28(5), 649-812. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Vincent, C. (2010). *Patient Safety*. Hoboken, USA: BMJ Books

11. Anexos

11.1 Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																					
ACTIVIDADES	MES	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
TITULO Y OBJETIVOS	4	■	■	■	■																
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4					■	■	■	■												
REVISIÓN DOCUMENTAL	4									■	■	■	■								
INVESTIGACIÓN DE CAMPO	4									■	■	■	■								
ANÁLISIS Y REGISTRO DE HALLAZGOS	4													■	■	■	■				
PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA	4													■	■	■	■				
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	1																	■			
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO	1																			■	

Fuente: Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

11.2 Presupuesto

PRESUPUESTO			
DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
TRANSPORTE	80000	2	160000
DOCUMENTOS	25000	2	50000
IMPRESIONES	20000	2	40000
BIENES DE CONSUMO (COMPUTADORES)	2000000	2	4000000
SISTEMAS	75000	2	150000
MEMORIA USB	40000	2	80000
VIÁTICOS	260000	2	520000
		TOTAL	5000000

Fuente: Proceso para la detección y notificación de eventos adversos desde la auditoría concurrente en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)