



FACULTAD DE POSGRADOS

“FACTORES QUE INCIDEN EN EL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL QUITO N°1 DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2015”

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Especialista en Administración de Instituciones de Salud

Profesora Guía

Mgt. Susana Janneth Larrea Cabrera

Autora

Lilián Marlene Chamorro Tinajero

Año
2017

DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Susana Janneth Larrea Cabrera
Magíster en Gestión Empresarial
CI: 1709576597

DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Romo Pico Lidia Margarita
Magíster en Mención Descentralización y Desarrollo Local
C.I. 1703714087

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Lilián Marlene Chamorro Tinajero

CI: 0401186960

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a todos quienes hicieron posible la elaboración de este trabajo. A mi familia por su apoyo incondicional y por ser la motivación que guía mis días.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis hijas, por ser mi razón de ser y vivir, por hacerme una mejor persona cada día y por enseñarme la importancia de las pequeñas cosas de la vida.

RESUMEN

La asistencia sanitaria vinculada directamente con la producción de servicios de salud posee diversos grados de riesgo para quienes la reciben, las intervenciones en salud o enfermedad pueden correr el riesgo de que se presenten eventos adversos por fallas de calidad en la estructura y/o los procesos, incurriendo en la presentación de enfermedad y muerte de los usuarios del servicio.

El presente trabajo plantea un análisis de los factores que inciden en el registro de eventos adversos que se presentan durante el proceso de atención médica en el servicio de hospitalización del hospital Quito N°1 durante el periodo de enero a diciembre de 2015.

ABSTRACT

Health care directly linked to the production of health services has varying degrees of risk for those who receive it, health or disease interventions may run the risk of adverse events due to quality defects in the structure and / or processes, Incurring in the presentation of illness and death of the users of the service.

The present study also analyzes the factors that affect the registry of adverse events that occur during the process of medical care in the hospital service of the Quito No. 1 hospital during the period from January to December 2015.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos	5
1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN A INVESTIGAR.....	6
1.1 Antecedentes.....	6
1.1.1 Análisis externo e interno del hospital Quito N°1 de la Policía Nacional.....	6
1.1.2 Aspecto económico	8
1.1.3 Aspecto socio cultural	8
1.1.4 Aspectos tecnológicos.....	9
1.1.5 Aspecto administrativo	9
1.1.6 Oferta y demanda.....	10
1.2 Razones por las cuales se escogió el tema	11
1.3 Planteamiento del problema o situación a investigar	12
1.4 Metodología.....	13
1.5 Resultados esperados	14
1.6 Conclusiones del capítulo	15
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA ACADÉMICA DEL ÁREA E INVESTIGACIÓN	16
2.1 Estudios similares que se han realizado.....	16
2.1.1 Implementación de un plan de acreditación en seguridad del paciente	18
2.1.2 Sistemas de registro y notificación	19
2.1.3 Sistemas de registro en otros países	20

2.1.4 La atención insegura	23
2.1.5 Conceptos básicos	24
2.2 Investigación de Campo	26
2.2.1 Sobre hospitalización H2 Norte.....	26
2.2.2 Sobre los sistemas de registro y notificación	28
2.2.3 Entrevistas semiestructuradas	29
2.2.4 Encuesta a médicos.....	31
2.2.5 Análisis de resultados de la investigación de campo	37
2.2.5.1 Análisis de los resultados.....	37
2.2.5.2 Priorización de áreas de mejoramiento.....	40
2.3 Conclusiones del capítulo	41
3. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	41
3.1 Sistemas de registro y notificación.....	41
3.2 Plan de planeamiento y organización del hospital	42
3.3 Proceso de comunicación con los pacientes	43
3.4 Recursos financieros y apoyo a la implementación	44
3.5 Conclusiones del capítulo	44
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
4.1 Conclusiones	45
4.2 Recomendaciones	47
REFERENCIAS	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de Profesionales Médicos por Servicio.....	27
Figura 2. Grado de conocimiento sobre el concepto Evento Adverso.....	33
Figura 3. . Existencia de Normas de registro y notificación.....	33
Figura 4. Tipo de información que brinda el establecimiento al personal Médico sobre Eventos Adversos	34
Figura 5. Porcentaje de reporte eventos adversos por Médicos Tratantes	35
Figura 6. Sistemas de registro de Eventos Adversos.....	36
Figura 7. Factores que inciden en el Registro y Notificación.....	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos relevantes obtenidos en entrevistas y encuestas.....	39
Tabla 2. Priorización de áreas de mejoramiento	40
Tabla 3. Inversión	44

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria vinculada directamente con la producción de servicios de salud posee diversos grados de riesgo para quienes la reciben. Su presencia a lo largo del tiempo no es desconocida, Hipócrates en el siglo V a C., ya mencionaba que “ante todo no se debe hacer daño”, un estudio realizado por E. Codman en el Hospital General de Massachusetts registró una serie de 123 errores relacionados con la falta de conocimientos o destrezas y el desprovisto juicio terapéutico y de diagnóstico como causas de errores médicos asistenciales.

En 1955, Barr señalaba que “los errores son el precio a pagar por la modernización” y concepto ratificado posteriormente en 1956 por Moser quien afirmaba que “los errores, son las enfermedades del progreso médico”. Recientemente; en 1999, Chantler manifestaba que “antes la medicina era sencilla, poco efectiva y relativamente segura; hoy es compleja, efectiva y potencialmente peligrosa” (Organización Panamericana de la Salud, 2013, pág. 14).

La Organización mundial de la salud (OMS) considera como un tema prioritario la seguridad del paciente y la calidad en la atención que se le brinda, reconociendo el hecho de que las intervenciones médicas pueden producir daños, beneficios y riesgos; las intervenciones en salud o enfermedad pueden correr el riesgo de que se presenten eventos adversos por fallas de calidad en la estructura y/o los procesos, incurriendo en la presentación de enfermedad y muerte de los usuarios del servicio, y como consecuencia de su asistencia, el apareamiento de repercusiones económicas por las infecciones intrahospitalarias, hospitalizaciones prolongadas y demandas judiciales, así como la afectación física y/o psicológica en los pacientes y su familia; sumada la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos que representan un costo anual elevado (Organización Mundial de la Salud, 2008, pág. 9).

La falta de cultura sobre la seguridad del paciente se considera un problema de salud pública a nivel mundial, hecho que llevó a la OMS a promover la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente cuya vigencia es a partir de octubre de 2004, la misma se encuentra encaminada a promover la cultura de seguridad del paciente en los países miembros de la OMS.

Evidentemente, los problemas de seguridad clínica de los pacientes, se han abordado desde las sesiones de morbilidad y mortalidad y desde el registro de las reclamaciones y sugerencias de los pacientes. Éstas siguen siendo fuentes de informaciones muy útiles, así como los sistemas de auditoría de historias clínicas u otros registros clínicos que permiten conocer la frecuencia de los problemas de seguridad e inclusive en ocasiones las causas.

La creación de sistemas de registro y notificación de eventos adversos puede mejorar las fuentes anteriormente descritas y constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia a través de la notificación.

La notificación a su vez cumple con dos funciones importantes: puede garantizar la responsabilidad social exigiendo que los proveedores rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica, y exigir a los proveedores que proporcionen información útil sobre la mejora continua de la seguridad en la atención en salud.

Aunque en los últimos años se han producido tendencias enfocadas en esta dirección, como por ejemplo: registros de incidentes en anestesia, en unidades de cuidados intensivos, en unidades de transfusión, en manejo de medicamentos, en medicina laboral, y pese a al interés creciente en relación a la seguridad, no existe todavía una sensibilización generalizada respecto a la importancia de la notificación. Se puede observar varios abordajes en las experiencias internacionales y como denominador común una resistencia a la notificación por parte de los profesionales, basada en cuestiones legales y en la falta de confianza respecto a la confidencialidad de los datos.

Se estima que cerca del 95% de todos los eventos adversos no se documentan, es decir, quedan ocultos, dándonos la idea de que solo se observa una pequeña realidad sobre la notificación. Ésta obedece no sólo a la conciencia del error, sino también, a la buena voluntad para documentarlo y sobre todo, al clima laboral de la institución y confianza que hayan transmitido los líderes de la misma, para entender a la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpa o punición.

El conocer sobre los riesgos de los eventos adversos, su detección, registro e intervención, han demostrado ser efectivos en el proceso de mantener una mejora continua de la calidad de la atención. Al respecto existen varios conceptos que es necesario conocer dentro del lenguaje de la seguridad y sistema de registro de eventos adversos, los mismos que se detallan a continuación:

Evento Adverso: es una lesión ocasionada por la asistencia sanitaria que incluye todos aspectos de la atención con relación al diagnóstico y tratamiento, así como los equipamientos y todos los métodos y equipos utilizados, más no por la patología de base.

Existen eventos adversos evitables y no evitables.

Evento adverso evitable: es la lesión o daño no intencional ocasionado por la intervención asistencial producida por error, no por la patología de base.

Evento adverso no evitable: es la lesión o daño no intencional ocasionado por la intervención asistencial producida sin error, no por la patología de base.

Evento centinela: hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, lesión física o psicológica que puede presentarse en el corto o largo plazo (Cirugía y Cirujanos, 2006, pág. 495).

Error: se refiere al uso de un plan de intervención equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada, pueden ser de omisión o también a través de acciones consientes o inconscientes.

Efecto adverso Grave: es aquel que ocasiona incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

Efecto adverso moderado: cuando ocasiona una prolongación en la hospitalización de al menos un día.

Efecto adverso leve: cuando se ocasiona una lesión o complicación que no prolonga la estancia hospitalaria (Ministerio Nacional de Sanidad y Consumo, 2006, pág. 50).

Paciente: persona que recibe una atención sanitaria.

Atención sanitaria: se define como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Daño: es una modificación funcional de un organismo y el efecto nocivo procedente de ello. El **sufrimiento** se considera como una experiencia subjetiva desagradable y comprende el dolor, malestar general, náuseas, depresión, agitación, estado de alarma, miedo y aflicción. La **discapacidad** es una alteración funcional de un organismo, que genera restricción de la actividad y participación en la sociedad y se relaciona a un daño presente o pasado. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 11).

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los factores que inciden en el registro de eventos adversos que se presentan durante el proceso de atención médica en el servicio de hospitalización del Hospital Quito N°1.

Objetivos Específicos

1. Realizar un diagnóstico de la situación actual o línea base sobre el sistema de reporte de eventos adversos
2. Identificar si el Hospital Quito N°1 posee políticas establecidas de Seguridad del paciente, así como los sistemas de registro, intervención en los casos y monitoreo de eventos adversos.
3. Ejecutar entrevistas semiestructuradas en el personal médico en Hospitalización H2 Norte del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional que permitan identificar la presencia de factores de tipo asistencial médico que determinen la existencia o no de registro de eventos adversos
4. Identificar la presencia de factores externos no asociados a la atención médica asistencial que incidan en el registro de eventos adversos
5. Identificar las necesidades y expectativas de los pacientes que ingresan a Hospitalización H2 Norte del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional con respecto a la calidad técnica y calidez de la atención, así como el nivel de conocimiento sobre eventos adversos
6. Analizar la problemática global de registro de eventos adversos y recomendar estrategias de implementación.

1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN A INVESTIGAR

1.1 Antecedentes

1.1.1 Análisis externo e interno del hospital Quito N°1 de la Policía Nacional

Desde hace mucho tiempo atrás han existido problemas relacionados con la seguridad de los pacientes, los mismos siempre se han tratado de solucionar en un contexto de reclamaciones y sugerencias que, en ocasiones, no han trascendido y únicamente han sido motivo de malestar de los pacientes, quejas, insatisfacción de la atención y calidad de atención disminuida. Sin embargo, estas quejas y sugerencias son una fuente importantes de información para la institución ya que permite conocer la frecuencia con que suceden y en ocasiones las causas, para determinar acciones en torno a la resolución de problemas.

La creación de los sistemas de registro de reporte y notificación de problemas de seguridad en la atención complementa y perfecciona las fuentes anteriormente descritas y sirve como una herramienta adecuada de notificación y a la vez de manejo para disminuir su recurrencia.

Tal y como lo señalan organismos internacionales, los sistemas de notificación cumplen con las funciones de: orientar a las instituciones hacia la responsabilidad social, de tal forma que los proveedores de salud rindan cuentas en cuanto a seguridad en su práctica sanitaria, así como orientar a los organismos de control puedan disponer de información útil que les permita monitorear, intervenir y procurar una mejora continua de los sistemas de salud.

En el Ecuador el sistema de salud nacional amparado por la Ley Orgánica de Salud en sus artículos 1 y 2 expresa que para efectivizar y garantizar una atención con principios de equidad, integralidad, universalidad, calidad,

eficiencia, participación, pluralidad, todos los integrantes del sistema nacional de salud se encuentran en la obligación de ejecutar programas que permitan el acceso universal enmarcado en principios de integralidad en salud con enfoque intercultural, de género, generacional y bioético.

Además señala en el artículo 201 la responsabilidad que tienen los profesionales de salud, de brindar atención de calidad con calidez y eficacia, en la esfera de sus competencias, buscando siempre el mayor beneficio para el paciente y la población respetando los derechos humanos y de bioética. El artículo 202 establece como infracción el ejercicio de los profesionales de la salud que genere daño en el paciente y sea resultado de imprudencia, impericia, negligencia e inobservancia.

En el Ecuador el sistema de salud se encuentra conformado por el órgano rector Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL).

El Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional es una entidad pública de tercer nivel, que brinda atención a beneficiarios del ISSPOL, tanto a miembros policiales como a sus derechohabientes.

Con la firma del convenio marco en el 2012, la entidad es parte de la Red Pública Integral de Salud, hecho por el accede a la posibilidad de brindar atención a la población de otros subsistemas mediante el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, y siguiendo además los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que faculta el acceso de la atención por niveles.

Existen algunos factores que deben ser analizados en relación al ámbito externo e interno de la entidad de salud:

1.1.2 Aspecto económico

El Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional es una entidad pública que brinda atención a los miembros policiales y derechohabientes, el presupuesto y fondos son proporcionados por el ISSPOL. El ingreso de fondos se realiza en base a asignaciones presupuestarias para los diferentes grupos de gasto, mediante El Sistema de Gestión Financiera Público ESIGEF a través del Ministerio de Finanzas que asigna recursos a las diferentes entidades del sector público como herramienta de apoyo en el control presupuestario.

La asignación presupuestaria se realiza en base a gasto y presupuesto histórico, otorgando fondos por cuatrimestre, según lo establecido en el Plan Anual de Contrataciones PAC, que para el año 2015 fue de 15 millones de dólares.

1.1.3 Aspecto socio cultural

El Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional es un establecimiento público de salud de Tercer Nivel de complejidad. Pertenece a la Policía Nacional y se encarga de brindar servicios en prevención, promoción, curación y rehabilitación a los miembros del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, amparados éstos por el Seguro de Enfermedad y Maternidad de la Policía Nacional.

La entidad de salud se encuentra adscrita a la Dirección Nacional de Salud (DNS), ubicada en la provincia de Pichincha, ciudad de Quito, en la urbanización la Granja, en la avenida Mariana de Jesús NS y Occidental. Su área de influencia es nacional, y de forma preferencial a la provincia de Pichincha y Distrito Metropolitano de Quito.

Se encuentra cerca del Hospital Metropolitano una entidad privada que brinda servicios de tercer nivel y que mantiene flujos de atención y referencia de

pacientes en caso necesario. Se encuentra en un área geográficamente accesible para los usuarios ya que se encuentra frente a la avenida Teniente Hugo Ortiz.

Como parte de sus actividades en salud, brinda apoyo en el área de docencia a estudiantes de Pregrado de la Universidad Central del Ecuador, Pontificia Católica del Ecuador, Salesiana, entre otras.

El perfil epidemiológico de la unidad, muestra que la atención se encuentra enmarcada en patologías de primero, segundo y tercer nivel, al no existir un sistema de atención de primero y segundo nivel eficiente.

1.1.4 Aspectos tecnológicos

La unidad se encuentra agregada a la Red Pública Integral de Salud, y los sistemas de información que posee se enmarcan dentro de los establecidos para los establecidos de los organismos públicos del Ecuador.

Posee un software de manejo de la información denominado SOFTKASE, que permite registrar digitalmente, información relacionada con: historia clínica, consumos de farmacia, laboratorio, rehabilitación, consulta externa, Imagen, Emergencia, Hospital del Día, Financiero. Adicionalmente el área de laboratorio de encuentra provisto de un sistema denominado ENTERPRAISE.

1.1.5 Aspecto administrativo

El hospital Quito N°1 se encuentra administrado por profesionales médicos o policías de línea sin la necesidad de cumplir con un perfil de gerencia en salud, existe una distribución de actividades por áreas: Dirección Administrativa, Subdirección Médica, Talento Humano, Financiero, Compras públicas, Activos Fijos, Mantenimiento, Jurídico.

A partir de abril de 2015 se implementó un área de Calidad la misma que se encuentra encargada de 3 procesos: Auditoria de la facturación de los servicios de salud, área de atención al usuario y área de validación de derechos.

El establecimiento cuenta con 830 trabajadores de los cuales aproximadamente el 30% son empleados civiles, y el 70% es talento humano policial. (Diario El Comercio, 2016)

1.1.6 Oferta y demanda

Se brinda servicios en salud con cobertura del 100% servicios para policías en servicio activo, pasivo, montepío, menores de 18 años, pacientes con enfermedades catastróficas y dependientes (esposas, padres) con una cobertura del 68%. Actualmente existen aproximadamente 45000 miembros policiales a nivel nacional.

Oferta servicios asistenciales en los servicios de: Emergencia, Hospitalización o internación Clínica y Quirúrgica (H2 Norte, H2 Sur, H3 Norte, H3 Pediatría), Unidad de Cuidados Intensivos adultos y Neonatos, Hospital del Día, Centro Quirúrgico, Unidad Materno Infantil, Unidad de Intervencionismo Cardíaco y Neurointervencionismo, Consulta Externa con 31 especialidades clínico quirúrgicas, Auxiliares de Diagnostico (Laboratorio Clínico, Imagen, Patología Clínica, Rehabilitación, Fisiatría).

En cuanto a la demanda para el 2015 se registra alrededor de 123000 atenciones.

1.2 Razones por las cuales se escogió el tema

Con la finalidad de disminuir los riesgos durante el proceso de atención médica, se han instaurado políticas de seguridad del paciente que han capturado la atención del mundo, tomando en cuenta que las intervenciones que provienen de la atención médica durante el proceso de una enfermedad tratan de beneficiar a los pacientes, sin embargo, éstas pueden causar eventos adversos.

Un evento adverso es el resultado de un daño no intencional o complicación que resulta en un efecto negativo a la salud del paciente y que puede darse durante la estancia hospitalaria o al egreso del paciente, provocando en ocasiones estancias hospitalarias prolongadas, costos mayores, desconfianza por parte del paciente, estrés tanto del que recibe así como del que realiza la acción, inclusive en ocasiones lesiones permanentes y muerte.

Es importante señalar que, existen además diversos factores que involucran a personas, a los sistemas de salud y a las instituciones que deben ser analizados para poder determinar la ocurrencia de acciones o situaciones lesivas producto de un proceso de atención inadecuado, o mal ejecutado en alguna de sus fases.

En el ámbito médico asistencial existen factores relacionados con creencias, valores y actitudes en los profesionales médicos que definen un determinado tipo de manejo de los eventos adversos que ocurren en el proceso de atención médica y el proceder en estos casos; de este comportamiento que puede ser individual o grupal depende la capacidad de respuesta y la eficacia en el manejo de la seguridad del paciente y reporte de eventos adversos.

En el ámbito hospitalario el profesional médico interviene de manera activa y constante con el paciente en búsqueda de un mejor estado de salud, por lo

que su formación siempre debe estar encaminada hacia la búsqueda de prácticas médicas seguras, para la obtención de buenos resultados en cuanto al mejoramiento del estado de salud del paciente y mejorar las condiciones de vida del mismo.

Con la realización de este estudio se propone identificar los factores que inciden en el registro de eventos adversos en el Hospital Quito N°1 lo que a su vez permitirá tener una línea base de información necesaria para determinar y recomendar líneas de intervención.

1.3 Planteamiento del problema o situación a investigar

La Salud Pública hoy en día, busca promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente en los establecimientos de salud, con el fin de establecer sistemas de registro de eventos adversos formadores y no punitivos para la notificación de los incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.

Con la finalidad de fortalecer la detección de incidentes y eventos adversos e identificar oportunidades para la mejora de la calidad técnico - asistencial en el proceso de atención de salud, y, principalmente conocer la dimensión del problema con respecto a factores que inciden en el registro y notificación de eventos adversos para priorizar su análisis y establecer medidas de prevención es preciso levantar información específica respecto a los factores que inciden en el registro de eventos adversos que se presentan durante el proceso de atención médica en el servicio de Hospitalización H2 Norte del Hospital Quito N°1 durante el periodo de enero a diciembre de 2015, ya que en la actualidad no existen investigaciones respecto a la detección de factores que inciden en el registro de eventos adversos en el Ecuador.

Es por esto que resulta relevante analizar ésta temática con el objetivo de sugerir estrategias de intervención con respecto al tema.

1.4 Metodología

Para la ejecución de la investigación se realizará un estudio descriptivo, retrospectivo sobre los factores que inciden en el registro de eventos adversos.

S

Se efectuará la siguiente Metodología para la consecución de los objetivos:

- Establecer una línea base sobre el sistema de reporte de eventos adversos que realiza al personal médico que labora en el servicio de Hospitalización H2 Norte del Hospital Quito n°1 de la Policía Nacional durante el periodo de enero a diciembre de 2015.
- Conocer si dentro del Plan Estratégico del Hospital se encuentran implementadas Políticas en Seguridad del paciente, y sistemas de reporte y registro de eventos adversos.
- Realizar entrevistas semiestructuradas al personal médico del establecimiento, con la información obtenida se elaborará el mapa del proceso que se ejecuta para el registro y reporte de eventos adversos.
- Detectar los factores asistenciales, no asistenciales o de operatividad determinantes en el sistema de registro y reporte de eventos adversos.
- Encuesta a médicos tratantes:
 - Muestra: se aplicará a todos los médicos tratantes que se encuentren de turno el día de la aplicación, que aproximadamente representan a 25 personas.
- Sugerir estrategias de implementación sobre registro y reporte de eventos adversos.

1.5 Resultados esperados

Con la realización de este estudio se propone identificar los factores que inciden en el registro de eventos adversos en el Hospital Quito N°1 lo que a su vez permitirá tener una línea base de información necesaria para determinar y recomendar líneas de intervención.

Realizar un diagnóstico de la situación actual o línea base sobre el sistema de reporte de eventos adversos.

Identificar si el Hospital Quito N°1 posee políticas establecidas de Seguridad del paciente, así como los sistemas de registro, intervención en los casos y monitoreo de eventos adversos.

Ejecutar entrevistas semiestructuradas en el personal médico en Hospitalización H2 Norte del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional que permitan identificar la presencia de factores de tipo asistencial médico que determinen la existencia o no de registro de eventos adversos.

Identificar la presencia de factores externos no asociados a la atención médica asistencial que incidan en el registro de eventos adversos.

Identificar las necesidades y expectativas de los pacientes que ingresan a Hospitalización H2 Norte del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional con respecto a la calidad técnica y calidez de la atención, así como el nivel de conocimiento sobre eventos adversos.

Analizar la problemática global de registro de eventos adversos y recomendar estrategias de implementación.

1.6 Conclusiones del capítulo

- En el ámbito médico asistencial existen factores relacionados con creencias, valores y actitudes en los profesionales médicos que definen un determinado tipo de manejo de los eventos adversos que ocurren en el proceso de atención médica y el proceder en estos casos; de este comportamiento que puede ser individual o grupal depende la capacidad de respuesta y la eficacia en el manejo de la seguridad del paciente y reporte de eventos adversos.
- En el ámbito hospitalario el profesional médico interviene de manera activa y constante con el paciente en búsqueda de un mejor estado de salud, por lo que su formación siempre debe estar encaminada hacia la búsqueda de prácticas médicas seguras, para la obtención de buenos resultados en cuanto al mejoramiento del estado de salud del paciente y mejorar las condiciones de vida del mismo.
- Con la realización de este estudio se propone identificar los factores que inciden en el registro de eventos adversos en el Hospital Quito N°1 lo que a su vez permitirá tener una línea base de información necesaria para determinar y recomendar líneas de intervención.
- La presente tesina en su primer capítulo aborda varios antecedentes sobre la cultura de seguridad del paciente que se toman en cuenta a nivel mundial, hace énfasis en la participación activa de la Organización Mundial de la Salud mediante la alianza mundial para la seguridad del paciente.
- También se refleja la importancia del registro y notificación y factores que incurren en torno al registro
- El capítulo entregado nos ayuda a tener una idea más clara del estudio en general la forma organizada de los pensamientos con respecto a su desarrollo.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA ACADÉMICA DEL ÁREA E INVESTIGACIÓN

2.1 Estudios similares que se han realizado

Desde el surgimiento de informes sobre la magnitud y causas de eventos adversos durante el proceso de atención sanitaria, se ha magnificado su importancia y se han incorporado objetivos de seguridad y planes de mejora en las instituciones sanitarias, a la vez que permiten la potenciación de la investigación en este campo.

En 1999, el informe del Instituto de Medicina “Errar es humano” atrajo la mirada internacional de los sistemas políticos y sanitarios sobre la seguridad del paciente. En este informe se manifestó que alrededor de 44.000.980 personas mueren cada año en hospitales como resultado de eventos adversos (Medicina Universitaria, 2011, pág. 70).

En Reino Unido en el informe “*Una Organización con memoria*” del año 2000 estimó que el 10% de las hospitalizaciones (850000 atenciones al año) corresponden a eventos adversos, generando un costo aproximado de 2000 millones de libras al año y el pago de indemnizaciones de alrededor 400 millones anuales, mientras que en Australia se encontró una tasa de eventos adversos de 16.6% (Hospital Iquitos, 2007).

Por otro lado, Aranaz (2006), detalla estadísticas relacionadas con la incidencia de eventos adversos en los Hospitales de España y compara con otros similares de Europa y Australia, rescatando como resultados relevantes la presencia de causas de eventos adversos a los presentados en errores en la administración de la medicación, infecciones nosocomiales y problemas de origen técnico, señala además, que los pacientes más vulnerables son los que tiene mayor posibilidad de presentar eventos adversos y con mayor impacto en un 55%, con un incremento en la estancia hospitalaria de un 31,4%, y un 25%

se condicionó su ingreso por la presencia de un evento adverso. El documento considera la importancia de considerar al problema como una prioridad de salud pública, el reforzamiento en cuanto al uso y aplicación de guías de práctica clínica y medicina basada en la evidencia (Ministerio Nacional de Sanidad y Consumo, 2006, pág. 46).

Pinzon en su artículo *“Costos directos e impacto sobre la morbimortalidad hospitalaria sobre eventos prevenibles a medicamentos en una Institución de tercer nivel de Bogotá”* menciona a los eventos adversos como situaciones que se presentan en el ámbito hospitalario y que generan costos incrementados de la atención en salud y el impacto económico negativo que se genera en cuanto a la utilización de mayores recursos producto de la presencia de eventos adversos en su mayoría prevenibles (Pinzon, Maldona, Díaz, & Segura, 2011, pág. 307).

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador M.S.P., a través de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, con fecha 17 de mayo de 2013, suscribió por primera vez, el contrato N° 0000067 para la contratación de una empresa que realice la preparación y acreditación de 44 Hospitales del MSP con base en el modelo Canadiense “Accreditación Canadá International”, de los cuales para el 2016 acreditaron 36 (Ministerio de Salud Pública, 2013).

El sistema de salud pública del país no ha instaurado una cultura de seguridad y de registro de eventos adversos en los hospitales, por lo que no se dispone de datos que permitan realizar estudios de investigación para identificar la prevalencia o incidencia de en eventos adversos.

Como parte de las políticas de acreditación de las unidades hospitalarias se encuentra el establecer mecanismos de registro y notificación de eventos adversos, para lo cual las unidades hospitalarias han formulado protocolos de registro y notificación, sin embargo, a la fecha del presente estudio no existe

información acerca de los mecanismos de monitoreo, seguimiento, aplicación y efectividad de los mismos.

Así mismo, no existe un estudio previo sobre los factores que inciden en el registro de eventos adversos que se presentan durante el proceso de atención médica en el servicio de hospitalización del hospital Quito N°1, ni en ningún centro de salud Ecuatoriano, por lo que, a continuación se presenta la investigación de campo según la metodología planteada en el capítulo anterior.

2.1.1 Implementación de un plan de acreditación en seguridad del paciente

Joaquín Bañares en el informe Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos señala que, dentro de las propuestas emitidas por organismos nacionales e internacionales, es la aplicación de políticas sanitarias y acciones orientadas a la mejora continua lo que establece desde un inicio la línea de actuación y permite llegar al logro de objetivos en seguridad del paciente; para ello, es necesario que las instituciones de salud empleen políticas de liderazgo, investigación, herramientas y protocolos en seguridad en salud (Ministerio de Sanidad y Consumo , 2012).

En Colombia, el Ministerio de Protección Social ha elaborado una Guía oficial de Preparación para la Acreditación en Salud, en el que se describe un Plan Único de Acreditación (vigente a partir del 4 de febrero de 2004) el mismo que se encuentra destinado a brindar la información y orientación necesaria a las instituciones de salud públicas y privadas de Colombia en cuanto a recomendaciones sobre las acciones a desarrollarse en las instituciones en la etapa previa de evaluación.

El documento recopila las actividades a realizarse a cargo del equipo de salud que serán objeto de auto evaluación en base al proyecto “Evaluación y ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del

Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de servicios”, desarrollado por el consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria - Canadian Council on Health Services Acreditación- Qualimed (Ministerio de Salud - Colombia, 2005).

2.1.2 Sistemas de registro y notificación

El acto del reporte enmarca desde los conocimientos de manejo de protocolos hasta el reconocimiento del papel que juega el personal asistencial en los posteriores planes de mejoramiento, si bien se reconoce que hay un protocolo y luego un reporte, es necesaria la aplicación de planes de mejora, para que el registro y notificación se refleje como una cultura y no como una actividad adicional en las funciones de los empleados. La culpa es uno de los factores preponderantes en el no reporte de eventos adversos (Burbano, 2013).

Es primordial la identificación de problemas en seguridad, mediante la aplicación de un sistema de registro y notificación, mediante la formulación de estándares de calidad y mejora continua. (Ministerio de Sanidad y Consumo , 2012).

Los sistemas de notificación y registro constituyen una estrategia de aprendizaje y conocimiento de errores, su recurrencia y la puesta marcha de actividades dirigidas a mitigar su presencia. El registro y notificación permite a su vez garantizar de alguna manera la responsabilidad social mediante la rendición de cuentas, así como contar con información complementaria para que el proveedor de salud brinde información útil sobre mejora continua de la calidad.

Existen dos tipos de notificaciones que se realizan en algunos países:

- El reporte voluntario que es aquel que se encuentra orientado hacia la mejora de la seguridad y tiene como objetivo identificar áreas vulnerables

del sistema antes o después de producido el daño, permiten detectar las causas y contribuir con la formación de profesionales mediante el seguimiento de los casos.

- Los sistemas de registro obligatorio en cambio, se orientan a la responsabilidad, centrándose en problemas graves de lesiones agravantes y muerte, que pueden exigir al personal actividades de mejora.

Los dos sistemas no son opuestos sino complementarios.

En el caso del hospital objeto de estudio, la aplicación de un sistema voluntario generaría una disminución de los factores que afectan el registro y notificación como es el caso del miedo a la sanción.

Se ha descrito que es mayor el compromiso del personal en las organizaciones en las cuales ellos mismos tienen el control del reporte de incidentes en relación a aquellas en que este manejo está en manos de sistemas gerenciales de mejoramiento de calidad ya que los primeros estimulan la confianza, mientras que los otros generan desconfianza en el hecho del reporte, hecho por el que la participación del personal asistencial se constituye como una fortaleza en el sistema de registro y reporte de eventos adversos (Burbano, 2013).

2.1.3 Sistemas de registro en otros países

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, recopila las experiencias en cuanto al sistema de registros de eventos adversos en países como EEUU, Canadá, Australia, Reino Unido, quienes han dado prioridad a este tipo de procesos y los han incrementado dentro de sus sistemas sanitarios, con el objeto de minimizar el daño al paciente hospitalizado. En este documento se describe los términos de notificación que permiten mejorar e implementar la seguridad de los pacientes, mediante su aplicación obtener datos que permitan

obtener tendencias y riesgos que requieran la atención priorizada dentro de una institución hospitalaria y sugerir políticas de buena práctica clínica a seguir (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014).

Por su parte, el investigador Joaquín Bañares señala las diferentes estrategias de registro de eventos adversos que han adoptado algunos países desarrollados y sub desarrollados para, mediante el análisis, desarrollar estrategias de implementación en sistemas futuros que superen las barreras organizacionales y legales que se presentan en cada sistema, con el propósito de generar un sistema beneficioso para las instituciones de salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, págs. 216-222).

El conocido investigador colombiano Hernando Guillermo Gaitán y colaboradores, relata el estudio cualitativo llevado a cabo en cuatro instituciones hospitalarias en Colombia en donde se hizo un análisis sobre la incidencia y la forma de evitar eventos adversos, mediante la aplicación de la metodología basada en un marco conceptual de publicaciones relacionadas con eventos adversos en los grupos focales. El estudio tubo como resultados la una creencia permanentemente de que los sistemas de vigilancia de eventos adversos tienen una relación laboral negativa o punitiva, por lo tanto, demuestra que no existe la confianza por parte del personal de salud y de apoyo lo que hace que se transforme, entre otros, como un factor importante que evita la detección y el registro de eventos adversos (Gaitán, Gómez, & Sanchez, 2009, págs. 745-752).

Héctor Gerardo Aguirre, por otro lado, habla sobre la relevancia que ha tomado la seguridad del paciente en pos de conseguir en lo posible una atención médica cada vez más segura en todo su proceso, este documento describe los principales conceptos y definiciones semejantes dentro del lenguaje de seguridad del paciente.

Además, hace énfasis en la diversidad de necesidades por las que acude el paciente y medios para mantener el grado de competencia profesional mediante el uso de varias herramientas como son la capacitación continua, actualización, uso de guías y medicina basada en la evidencia, finalmente insiste en la cultura de seguridad y habla de la presentación de efectos adversos que inclusive pueden darse sin que esté de por medio un error médico por lo que precisó la observación y cuidado de todo el proceso de atención del paciente con el objeto de minimizar en lo posible su presentación (Cirugía y Cirujanos, 2006, pág. 478).

Por su parte Greenberg plantea la participación activa del paciente como “compañero” del médico, en cuanto a la revisión, registro y seguimiento de eventos adversos y manifiesta que, los análisis causa raíz consideran al paciente como punto importante para el manejo de eventos adversos. Señala asimismo que en la Unión Americana existen alrededor de 26 estados que cuentan con legislación y regulaciones para la emisión de informes de eventos adversos, todos diseñados para el personal de salud, sin embargo, no tienen muy definido los términos de obligatoriedad en cuanto a los reportes y tampoco se encuentra claro el valor agregado de los reportes en cuanto a mejoras en salud.

El investigador hace énfasis en la importancia de incluir dentro de los sistemas de salud mecanismos de reporte de eventos adversos en los que participe el paciente de forma dinámica, que se escuche al paciente para de esta forma tener información adecuada y responder así mismo de la mejor forma ante la presentación de un evento adverso mejorando su seguridad (Greenberg, L.; Battles, J.; Haskell, H., 2010, pág. 463).

El Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) es un sistema de notificación de incidentes desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Especiales e Igualdad para ser utilizado por los centros del Sistema Nacional de Salud en España, se encuentra diseñado

para ser utilizado por centros hospitalarios y de atención primaria, tiene como objetivo primordial la mejora de la seguridad de los paciente desde un punto de partida de situaciones, problemas, incidentes que podrían haber provocado daño a los pacientes. Es un sistema de reporte de carácter voluntario, que se encuentra hecho para que el personal de salud como ente protagónico no lo vea desde un punto de vista punitivo sino más bien desde el punto de vista de mejora continua de la calidad y reforzamiento de la calidad de registro y actuación frente al hecho. Es de fácil acceso e incorpora información relevante sobre los eventos adversos, tipo de daño generado, sitio de ocurrencia y seguimiento del mismo y de factores que llevaron a su presentación, sirviendo de ésta manera como una herramienta primordial para el registro de eventos adversos a aplicarse como política de salud en España (Instituto Universitario Avedis Donabedian, 2014).

2.1.4 La atención insegura

La Organización Mundial de la Salud hace referencia y analiza a escala mundial los daños producto de atenciones médicas o atención insegura en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados, así como falta de conocimiento de atención insegura en otros, se dice que uno de cada 10 pacientes sufre algún daño en el momento de recibir atención sanitaria, lo que genera gastos económicos incrementados, hospitalizaciones prolongadas, situaciones legales. Este problema, que es de índole mundial, ha hecho que se formule una alianza internacional entre países miembros de la OMS para promover esfuerzos dirigidos a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes, para lo cual se manifiesta que una de las alternativas de mejora de la atención sanitaria es mediante la investigación sobre la seguridad del paciente, hecho por el que permanentemente se encuentran apoyando la generación de proyectos de investigación (Organización Mundial de la Salud, 2008).

2.1.5 Conceptos básicos

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente estableció un grupo de redacción para que defina conceptos clave de términos de seguridad del paciente, que utilizados a nivel mundial favorezcan la recopilación de la información, descripción, comparación, recopilación, medición, seguimiento, análisis e interpretación de la información, así como su aprendizaje. En este instrumento se describen alrededor de 48 conceptos clave para su utilización universal (Organización Mundial de la Salud, 2009).

La mayor parte de eventos adversos se producen en hospitales, ya que es el sitio en donde la población se encuentra sometida a mayor riesgo, esto no excluye a otros ámbitos de la atención sanitaria como es el caso de la atención primaria y atención ambulatoria.

A continuación algunos términos útiles para el desarrollo y comprensión del tema:

Evento Adverso: es una lesión ocasionada por la asistencia sanitaria que incluye todos aspectos de la atención con relación al diagnóstico y tratamiento, así como los equipamientos y todos los métodos y equipos utilizados, más no por la patología de base.

Existen eventos adversos evitables y no evitables.

Evento adverso evitable: es la lesión o daño no intencional ocasionado por la intervención asistencial producida por error, no por la patología de base.

Evento adverso no evitable: es la lesión o daño no intencional ocasionado por la intervención asistencial producida sin error, no por la patología de base.

Evento centinela: hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, lesión física o psicológica que puede presentarse en el corto o largo plazo (Cirugía y Cirujanos, 2006, pág. 495).

Error: se refiere al uso de un plan de intervención equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada, pueden ser de omisión o también a través de acciones conscientes o inconscientes.

Efecto adverso Grave: es aquel que ocasiona incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

Efecto adverso moderado: cuando ocasiona una prolongación en la hospitalización de al menos un día.

Efecto adverso leve: cuando se ocasiona una lesión o complicación que no prolonga la estancia hospitalaria (Ministerio Nacional de Sanidad y Consumo, 2006, pág. 50).

Paciente: persona que recibe una atención sanitaria.

Atención sanitaria: se define como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Daño: es una modificación funcional de un organismo y el efecto nocivo procedente de ello. El **sufrimiento** se considera como una experiencia subjetiva desagradable y comprende el dolor, malestar general, náuseas, depresión, agitación, estado de alarma, miedo y aflicción. La **discapacidad** es una alteración funcional de un organismo, que genera restricción de la actividad y participación en la sociedad y se relaciona a un daño presente o pasado. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 11).

2.2 Investigación de Campo

2.2.1 Sobre hospitalización H2 Norte

Previo a la ejecución de entrevistas semiestructuradas al personal de salud de Hospitalización H2 Norte del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional, el 09 de noviembre del 2016 se realiza el levantamiento de la línea base sobre los sistemas de registro y notificación de eventos adversos, para lo cual, una de las primeras intervenciones realizadas fue en el sitio objeto de estudio, evidenciando entre otras cosas:

- El hospital Quito N°1 de la Policía Nacional posee dos áreas para hospitalización H2 ala Sur y H2 ala Norte y H3.
- El área de internación H2 Norte se encuentra destinada a la internación en el ámbito clínico o quirúrgico de pacientes adultos de ambos sexos, de los servicios de traumatología, urología cirugía general, medicina interna, geriatría, cardiología.
- En el área se encuentran alrededor de 29 profesionales médicos en calidad de Tratantes a cargo de los pacientes, son responsables de la visita diaria por turnos y manejo de las patologías que se presentan por diversas causas.

La distribución de profesionales por áreas es la siguiente: 5 Traumatólogos, 2 Geriatras, 6 Urólogos, 6 Cirujanos Generales, 3 Médicos Internistas, 3 Psicólogos, 1 Psiquiatra, 1Infectólogo, 2 Cardiólogos (Gráfico 1).

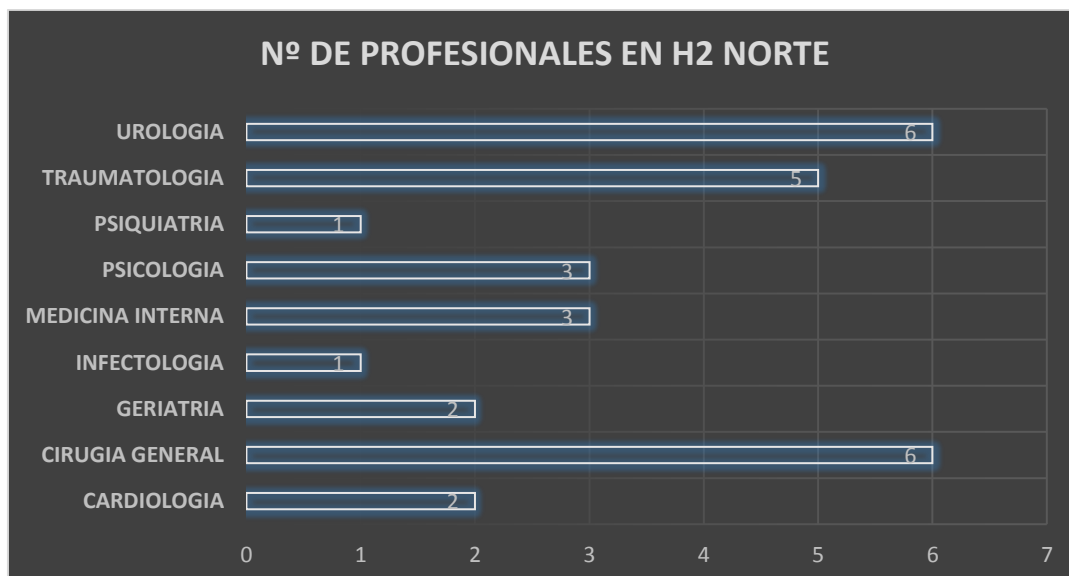


Figura 1. Número de Profesionales Médicos por Servicio

Existe un médico responsable del área clínica y un responsable del área quirúrgica.

Existe un secretario clínico, que es el encargado de la organización del ala y tiene a su cargo las siguientes funciones:

- Custodia y organización de las historias clínicas del paciente internado.
- Coordinación con los servicios de imagen y laboratorio para la realización de exámenes a pacientes internados.
- Revisión del cumplimiento de las visitas médicas y de enfermería.
- Revisión de pedidos efectuados a pacientes internados.
- Registro de ingresos y egresos hospitalarios.
- Notificación y reporte de novedades presentadas al personal de salud y de los pacientes internados en el ala a su cargo. Así también, existe un/a Jefe de Enfermeras en cada ala y se encarga de las actividades de control del personal de enfermería y auxiliares de enfermería.

Además, en el hospital existe un/a Jefe de Control que realiza guardias las 24 horas; es un profesional médico con Grado Policial que se encarga del control

de todas las actividades que se desarrollan en el hospital en el periodo de guardia y es quien notifica a la máxima autoridad todas las novedades así como también es el encargado de solucionar problemas suscitados en su turno.

2.2.2 Sobre los sistemas de registro y notificación

El 09 de noviembre del 2016 se realiza el levantamiento de información en el Departamento de Informática, el Mayor Cristian Rosero Jefe del departamento se encarga de realizar el acompañamiento durante el levantamiento de la línea base encontrando que:

- El hospital Quito N°1 de la Policía Nacional no posee un sistema de registro de eventos adversos y notificación.
- Existe un sistema digital denominado SOFTKASE, que ingresa información de consulta externa, hospitalización, farmacia, estadística, imagen. Este sistema no posee un link de registro de eventos adversos. Al ser un sistema que ya cumplió su capacidad útil de uso no permite la incorporación de sistemas adicionales.
- El personal del departamento no conoce acerca de la existencia de políticas relacionadas con la cultura de seguridad del paciente; así como tampoco se conoce el proceso responsable de la aplicación de sistemas de registro en el hospital.
- En el levantamiento se observó la existencia de un Departamento de Calidad creado en el mes de junio de 2014 que se encuentra encargado de la recepción de quejas generadas por mala atención médica y/o asistencial y de índole administrativo. Se pudo conocer que existe una profesional Médica que realiza Auditoría Médica y el análisis de las quejas de atención.
- El departamento no ha implementado políticas destinadas al registro y notificación de eventos adversos, así como tampoco posee un sistema de registro de quejas en ese sentido, hecho por el que la institución no

posee estadísticas sobre frecuencia de ocurrencia de eventos adversos y mecanismos de mitigación cuando se éstos se presentan.

- Se solicitó el registro de quejas generadas por mala atención durante el periodo de estudio sin embargo no existe información oficial que permita determinar las causas, frecuencia y soluciones a las quejas.

2.2.3 Entrevistas semiestructuradas

El día 10 de enero del 2017, en el Hospital Quito N° 1, se aplica una entrevista al personal clave del establecimiento de salud, el señor Sub director Médico Teniente Coronel de Estado Mayor Dr. Kleber Saénz Saltos, Sr. Germán Paéz Jefe del Departamento de Estadística, Sr. Luis Tipán Secretario Clínico de Hospitalización H2Norte.

En la reunión mantenida se mencionan 3 tópicos relacionados con respecto a la asistencia médica hospitalaria, en lo referente al registro y notificación de eventos adversos:

1. ¿Cuáles cree usted son factores de tipo asistencial médico que determinan la existencia o no de registro de eventos adversos?
2. ¿Cuáles considera usted son factores externos no asociados a la atención médica asistencial que incidan en el registro de eventos adversos?
3. ¿Cuáles cree usted pueden ser las posibles soluciones para la notificación y registro de eventos adversos?

A continuación se detallan los resultados más relevantes de las entrevistas:

El Dr. Marcelo Sáenz Subdirector Médico comenta:

- Uno de los factores de tipo asistencial para el no registro de eventos adversos y la notificación es el temor que tienen los profesionales médicos a la notificación, esto debido a que el hospital, al ser una

institución policial, se rige por jerarquías y en caso de presentación de un evento adverso puede incidir en sanciones de orden policial, esto en el caso de médicos policías, en el caso de los médicos civiles por temor a sanciones que conlleven el despido en sus funciones.

- En otros factores señala que también existe poco conocimiento por parte del personal médico sobre la cultura de seguridad en el Ecuador, así como a la desmedro en su imagen profesional.
- En cuanto a los factores externos no asociados a la asistencia médica señala que existe una falta de aplicación de normas y protocolos relacionados con la seguridad del paciente en el establecimiento, lo que ocasiona que el profesional tampoco haga énfasis en la aplicación.
- Otro factor es la falta de herramientas que permitan la notificación y el registro, así como la falta de presupuesto asignado para la implementación de los sistemas de registro.

No cabe duda que, para que se inicie con una cultura de seguridad en salud de los pacientes, es necesario que las autoridades policiales encargadas de la implementación de políticas sanitarias tengan el conocimiento y el anhelo de inmiscuirse en políticas actuales relacionadas con la cultura de seguridad así como el encaminarse en políticas de mejora continua que procuran calidad en la atención centrada en el paciente.

Las soluciones planteadas por el Dr. Sáenz son, hacer conocer mediante documentos oficiales acerca de las políticas internacionales de seguridad emitidas por la OMS a las autoridades policiales encargadas de la generación y aplicación de políticas del hospital, organizar talleres y charlas relacionadas con Eventos Adversos y Atención Segura, propiciar una revisión de aplicación de herramientas de registro y notificación que se realicen en otros hospitales para formular una herramienta propia con base en otras experiencias.

Por su parte el Sr. Germán Paéz Jefe del Departamento de Estadística señala lo siguiente:

- Los médicos no realizan un adecuado registro de historia clínica, delegan sus funciones a posgradistas o residentes, esto hace que en ocasiones no se enteren de la existencia de un posible evento adverso.
- También habla del bajo presupuesto asignado al hospital para la ejecución de programas.
- La solución que plantea es la incorporación de un sistema digitalizado de eventos adversos.

Finalmente el Sr. Luis Tipán Secretario Clínico manifiesta que:

- Los médicos tratantes tienen algunas responsabilidades a su cargo que no les permite a los profesionales darse el tiempo necesario para poder buscar mecanismos de registro.
- Por otro lado señala que las autoridades no se han encargado del tema, no existen sistemas de registro y tampoco se han implementado políticas para este proceso.
- El entrevistado manifiesta que es necesario impartir al profesional médico y no médico, los conocimientos sobre los eventos adversos y los sistemas que lograrían tener un registro y poder proceder con la notificación adecuada de los mismos con el objetivo de mejorar el daño al paciente.

2.2.4 Encuesta a médicos

Antes de aplicar la encuesta a los médicos tratantes, se realizó el intento de aplicar dicha encuesta a pacientes del Hospital, sin embargo, el intento fue infructuoso ya que los pacientes no conocían lo que son los registros de eventos adversos y sus respuestas no fueron objetivas, por lo que los resultados no reflejaron la realidad del objeto de estudio. En ese sentido, se decidió aplicar la encuesta solamente a los médicos, sin olvidar este detalle al momento de plantear las estrategias de mejora.

En una segunda fase se realizó una encuesta a los médicos tratantes que pasan visita y se encargan de la atención de pacientes en el ala H2Norte, previa autorización y consentimiento de la Dra. Sbte. Diana Vaca Jefe del Departamento de Calidad del Hospital Quito N°1, en la misma se señala claramente que es de tipo confidencial, voluntaria y espontánea, ya que pretende conocer el punto de vista del Médico Tratante en relación al tema de estudio.

La encuesta se encuentra conformada por 10 preguntas, que contienen preguntas generales entre ellas unas que tratan de generales y otras relacionadas con temas de eventos adversos.

El personal encuestado fue del 100% de los médicos tratantes que se encontraban prestando sus servicios el día de la intervención, lo que corresponde a 25 médicos, tomando en cuenta que del total de médicos tratantes que realizan actividades laborales en H2Norte existieron médicos que no tenían en ese momento a cargo el pase de visita, en otros casos se encontraban en periodo de vacaciones.

Del 100% de entrevistados el 48% (12) son del género masculino mientras que el 52% (13) corresponden al género femenino.

Se procuró al inicio de la encuesta conocer si los profesionales encuestados conocían sobre el concepto de evento adverso, determinándose que un 76% si conocía el concepto de evento adverso mientras que un 24% no conocía dicho concepto:

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONCEPTO DE EVENTO ADVERSO

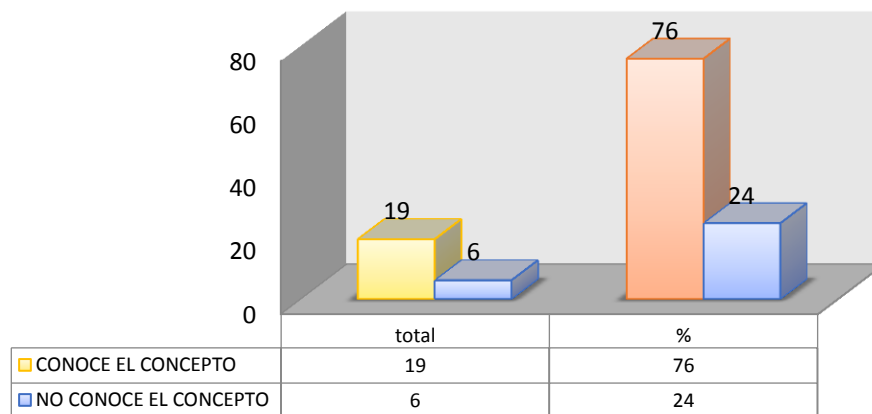


Figura 2. Grado de conocimiento sobre el concepto Evento Adverso

Por otra parte, se preguntó a los médicos tratantes si ellos conocían si el establecimiento posee normas de registro y notificación de eventos adversos, encontrando que el 44% del personal no conoce si existen normas para el registro y notificación, mientras que un 36% manifiesta que si existen sistemas de registro y notificación y un 20% menciona que no existen normas para el registro:

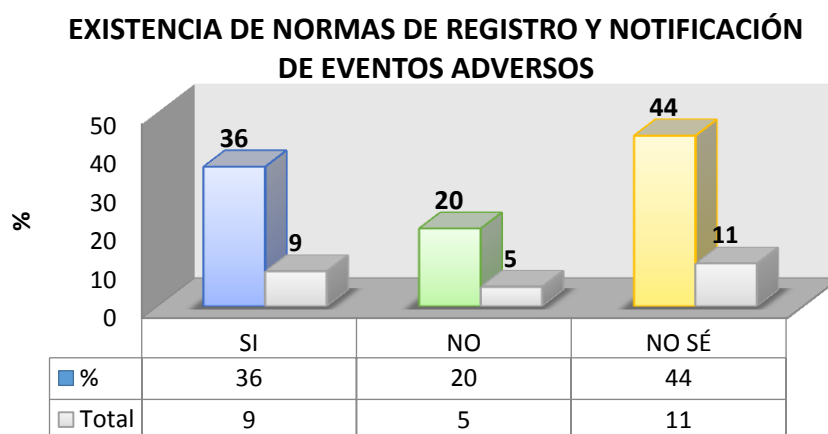


Figura 3. Existencia de Normas de registro y notificación

Para conocer la calidad de información que el establecimiento brinda al personal médico, información sobre los sistemas de registro y notificación de eventos adversos se realizó la pregunta “¿cómo evaluaría la información que le brinda la institución en relación al reporte de eventos adversos?” hallando que un 44% de los profesionales menciona que la información es regular, el 36% menciona que es mala, 16% buena y un 4% cree que es excelente:

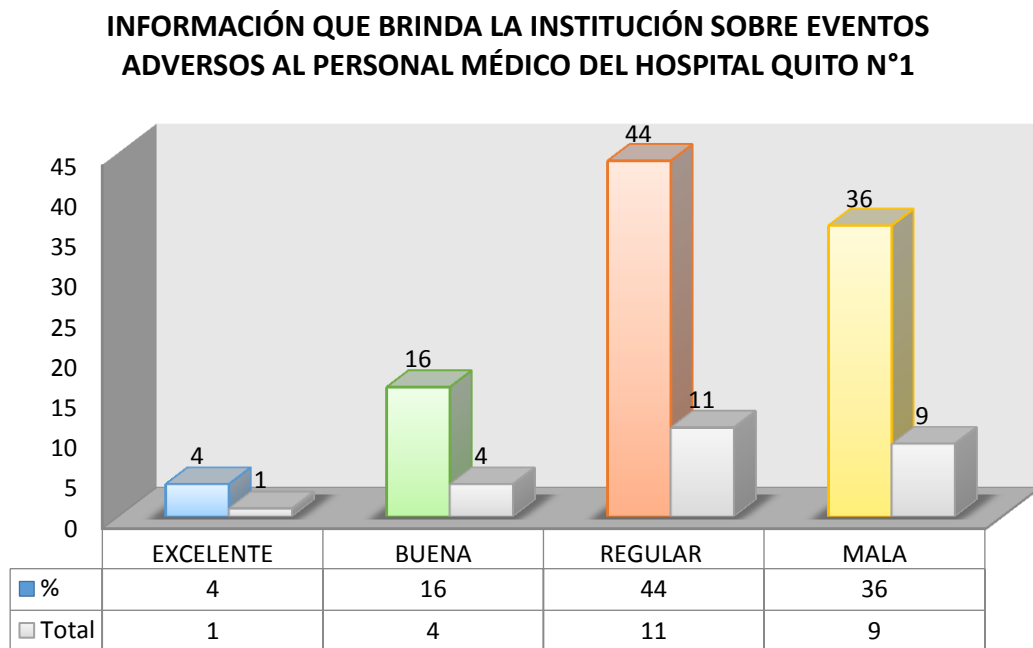


Figura 4. Tipo de información que brinda el establecimiento al personal Médico sobre Eventos Adversos

Otra de las preguntas que se realizó a los profesionales fue: “usted reporta los eventos adversos que se han presentado durante la atención médica de pacientes hospitalizados en H2Norte” encontrando que el 40% de los encuestados respondió que si reporta los eventos adversos, mientras que el 60% opina que no reporta los eventos adversos:

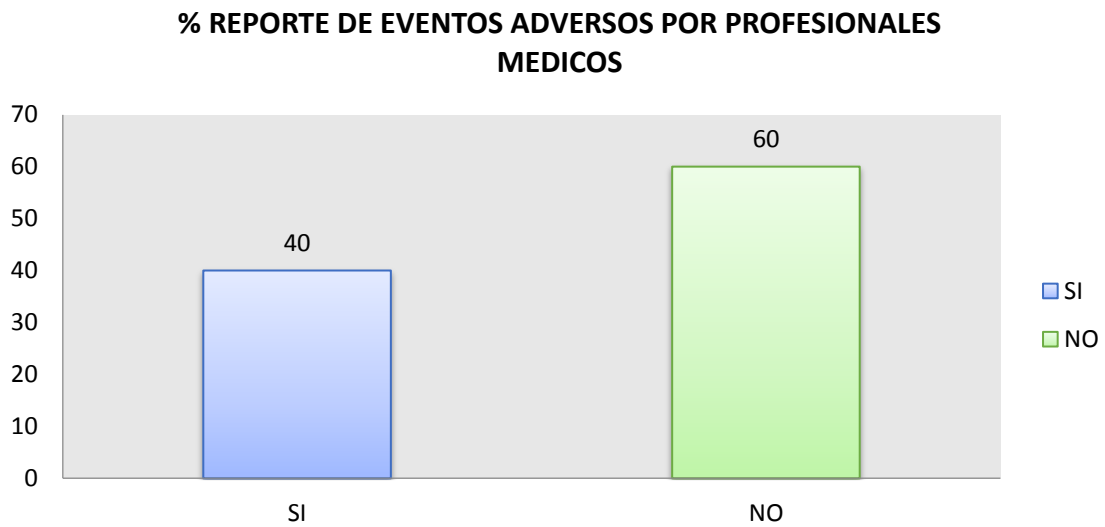


Figura 5. Porcentaje de reporte eventos adversos por Médicos Tratantes

Para poder conocer cuál es el medio de reporte, en el caso de los profesionales que realizan el reporte de eventos adversos, se procedió a realizar la pregunta *“el sistema de registro y notificación de eventos adversos en el Hospital Quito N°1 se realiza de forma manual, digital, no existe un registro”*. Un 12% opina que los registros se realizan de forma manual, el 8% realiza los registros digitales, mientras que el 80% de los encuestados manifiesta que no existe un sistema de registro de registro y notificación de eventos adversos.

LOS SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL QUITO N°1

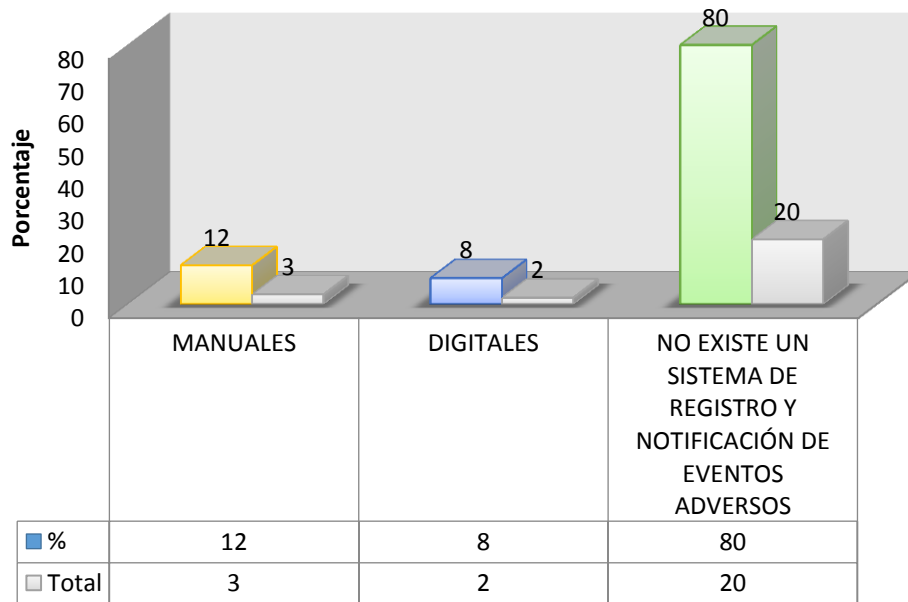


Figura 6. Sistemas de registro de Eventos Adversos

Los profesionales que manifestaron reportar los eventos adversos, señalaron entre sus respuestas que el reporte lo realizaban solo en los casos en que la autoridad solicitaba el reporte.

Por otra parte, con el fin de conocer las factores que inciden en el no reporte de eventos adversos, se encontró entre otras causas: el personal médico no realiza el reporte y registro de eventos adversos por temor a sanciones dentro de la Institución (26%), temor a la formulación de acciones legales por parte del paciente (21%), el reporte de eventos adversos pone en tela de duda el actuar médico (21%), algunos encuestados manifiestan que es proceso engorroso que conlleva mucho tiempo (21%), finalmente un 16% de los encuestados no responde las razones de no registro:

FACTORES QUE INCIDEN EN EL NO REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

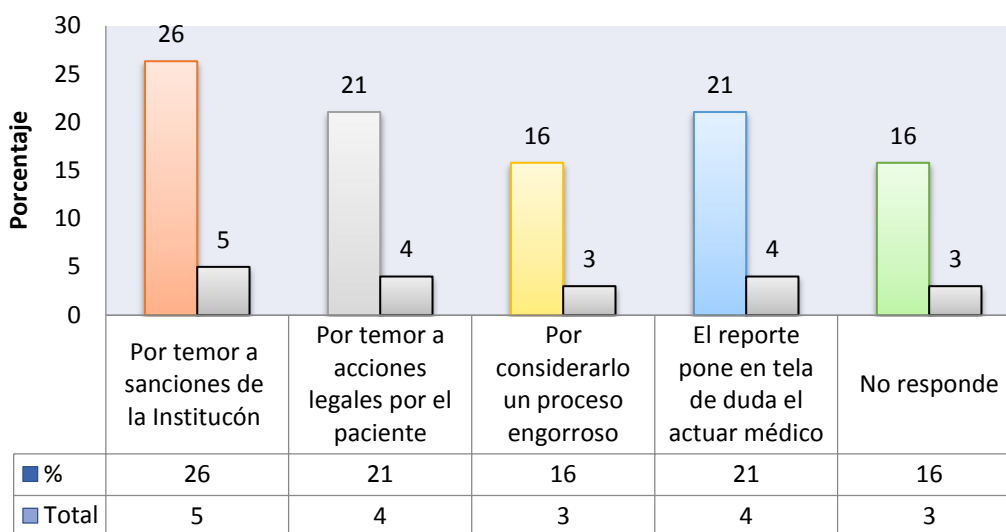


Figura 7. Factores que inciden en el Registro y Notificación

Luego de la aplicación metodológica se cuenta con una idea clara de la actual situación del Hospital Quito N 1 de la Policía Nacional referente a las acciones que toman los médicos para el reporte de situaciones adversas que se suscitan durante la atención sanitaria, información que servirá de premisa para la elaboración de la propuesta de mejora continua de dicho proceso.

2.2.5 Análisis de resultados de la investigación de campo

2.2.5.1 Análisis de los resultados

Una problemática relevante que se observa en el estudio es la falta de aplicación y desconocimiento de normativas nacionales y/o internacionales en políticas de seguridad del paciente por parte de las autoridades del establecimiento, situación que conlleva al desinterés en la implementación de sistemas de registro y notificación.

La Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional como ente rector policial, tampoco ha emitido normativas relacionadas con temas en seguridad, registro y notificación de eventos adversos.

El hospital no posee un sistema de registro y notificación de eventos adversos. Existe un sistema digital que no posee la capacidad de ingreso de información nueva lo que hace imposible adaptar un software de registro y notificación de E.A.

El personal operativo del hospital, en relación a los médicos tratantes, no conoce sobre políticas en cultura de seguridad del paciente y los que la conocen no la implementan. La falta de conocimiento en el tema también se ve reflejada en el personal encargado del manejo y custodia de las historias clínicas, como es el responsable de estadística y el secretario clínico de H2 norte.

Se atribuye como causas de no reporte y notificación a la inexistencia de un sistema de registro, a la falta de políticas institucionales de aplicación y falta de capacitación del personal, temor a sanciones punitivas, falta de talento humano que se encargue del seguimiento de éstos temas.

El hospital Quito ha implementado un departamento de Calidad y Atención al usuario que se encuentra liderado por una profesional especializada en Administración en Salud, que posee funciones múltiples que se relacionan con auditoria de facturación y que también se encarga de realizar la revisión de quejas de atención sin un protocolo de manejo institucional, en el departamento de reciente inicio no existe personal que se encargue de elaborar políticas, control, seguimiento y monitoreo de registro y notificación de eventos adversos.

Con relación al hecho de no contar con políticas en seguridad en salud, se identifica que el paciente desconoce los derechos que como tal le acogen y no existen normas de educación al paciente en este sentido.

La unidad hospitalaria tampoco cuenta con presupuesto asignado para el área de calidad y tampoco se encuentra contemplado en el plan anual de contrataciones (PAC), por lo que, de instituirse la política, se deberá considerar dentro del plan como reforma al PAC.

Cabe señalar, finalmente, que el régimen de organización del hospital tiene un carácter jerárquico de rigor policial, en donde además de las normas establecidas para las instituciones públicas, se suman las propias de una Unidad de la Policía Nacional, esto ocasiona un temor a sanciones disciplinarias propias de la ley policial, esto en el caso de los Médicos Tratantes que pertenecen a la Policía Nacional.

Tabla 1.

Datos relevantes obtenidos en entrevistas y encuestas

PERSONAL ADMINISTRATIVO	MEDICOS TRATANTES
Desconocimiento sobre políticas de seguridad en salud	Poco conocimiento sobre el término evento adverso
Falta de conocimiento sobre los sistemas de registro y notificación de eventos adversos	Desconocimiento sobre políticas de seguridad en salud
Temor al registro y notificación por sanciones disciplinarias en los miembros policiales	Falta de políticas de aplicación institucional
Falta de aplicación de normas y protocolos de seguridad del paciente	Temor al registro por sanciones punibles
	Falta de educación al personal médico asistencial en el registro y notificación de eventos adversos

2.2.5.2 Priorización de áreas de mejoramiento

Una vez detectadas las falencias a través del análisis externo, interno, entrevistas realizadas a las personas claves como son personal administrativo y encuestas a médicos tratantes, se realiza la priorización de las situaciones encontradas, obteniéndose las siguiente:

Tabla 2.

Priorización de áreas de mejoramiento

FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
DEBILIDADES:	OPORTUNIDADES
Falta de un sistema informático y software para registro y notificación de EA	El estado apoya la implementación de políticas de seguridad en salud en entidades públicas
Falta de personal óptimo en el área de calidad del hospital	La Dirección Nacional de Salud DNS, permite una administración descentralizada de recursos en los hospitales
Falta de conocimiento sobre sistemas de registro y notificación de EA	Contar con una herramienta útil de registro y notificación de EA
	El paciente será beneficiado directamente mediante el registro, Monitoreo y seguimiento de registro de eventos adversos.
	Contar con políticas institucionales de rigor internacional
FORTALEZAS:	AMENAZAS
Contar con profesionales de gran calidad humana, interesados en el brindar una atención con calidad y calidez	Distribución de presupuesto en base a consumo Histórico
Contar con un departamento de calidad recién creado	Falta de organismos de control en cultura de seguridad
Existe personal administrativo que conoce sobre normas de seguridad en salud.	Desconocimiento de los derechos que tienen los pacientes

Una vez que contamos con todo el análisis previo de la situación actual, a continuación se presenta el plan de mejoramiento.

2.3 Conclusiones del capítulo

- En este capítulo se realiza una revisión sobre los conceptos generales que deben conocerse dentro del lenguaje de cultura y seguridad del paciente así como el sistema de registro y notificación de eventos adversos.
- También se realiza el análisis de los datos encontrados en la entrevista semiestructurada al personal administrativo así como a los profesionales médicos tratantes por servicio la encuesta, concluyendo lo siguiente:
 - No existe un presupuesto anual para procesos de calidad
 - Los sistemas tecnológicos actuales del Hospital son obsoletos y no permiten realizar una mejora al proceso de reporte de situaciones adversas.
 - Se evidencia la falta de capacitación a los públicos internos y externos sobre temas de eventos adversos.

3. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO

3.1 Sistemas de registro y notificación

En relación a los sistemas que se utilizan para el registro, en algunos casos son digitales y en otros físicos, y su utilización es en relación al presupuesto y accesibilidad que la institución posee.

El hospital Quito N°1 al no contar con un presupuesto destinado para políticas de seguridad del paciente, inicialmente debe implementar un sistema físico de registro y notificación de reporte de eventos adversos.

Para la implementación es necesario poseer las siguientes herramientas de aplicación:

1. Ficha de Registro y reporte de Eventos Adversos
2. Formato de consolidación de eventos adversos
3. Plan de capacitaciones en Seguridad del paciente así como del llenado del formato de registro y notificación de eventos adversos
4. Plan de intervención en la unidad, previo a la aplicación de la herramienta
5. Plan de monitoreo de la aplicación y seguimiento del registro y notificación

Es importante que los sistemas de registro y notificación garanticen la confidencialidad y la protección de los datos.

Deben ser no punitivos, estar basados en la confianza y compromiso de todo el equipo de salud.

Se propone que al inicio se aplique un sistema de registro inicialmente voluntario y evolucionar a la obligatoriedad.

En el marco de seguridad los sistemas de registro permiten a la institución tener un sistema de notificación, esto a su vez le permite compartir la información con los organismos de control de ocurrencia de eventos adversos, con el objetivo de dar el seguimiento en cuanto a su resolución.

Finalmente es preciso recordad que la cultura de seguridad es el producto de los valores individuales y colectivos o de grupo en cuanto a las percepciones, competencias y objetivos que determinan el grado de implicación que tienen éstos en las instituciones para minimizar el daño a los pacientes.

3.2 Plan de planeamiento y organización del hospital

Tiene como objetivo lograr la organización del equipo responsable de la implementación de la ficha de registro, del monitoreo y seguimiento de casos y evaluación de todo el proceso como tal.

Para la realización del plan es necesario cumplir con las siguientes actividades:

1. Reunión con el personal administrativo del hospital y jefes departamentales en búsqueda de la socialización e involucramiento de departamentos y servicios.
2. Notificar como responsable del proceso al área de calidad como el servicio responsable de la puesta en marcha del plan así como el monitoreo, control y seguimiento de los casos reportados.
3. Determinar el personal óptimo encargado del proceso.
4. Capacitación a los jefes de control, jefes de servicio, equipo del área de calidad, secretarios clínicos y personal administrativo.
5. Socialización y difusión
6. Aplicación de la ficha de registro y notificación de eventos adversos.
7. Monitoreo y seguimiento de plan, evaluación de los instrumentos.

3.3 Proceso de comunicación con los pacientes

Dentro de la cadena de atención en salud, el paciente debe ser considerado como un ente participativo de forma activa dentro del proceso de atención, hecho por el que debe conocer de cerca todos los procesos organizacionales y planes de mejora que se instituyen en su favor. De esta forma se debe generar un vínculo de confianza entre el paciente, la familia y la institución que lo acoge.

Los pacientes y sus familiares deben ser incluidos dentro de un plan de capacitaciones que les permita conocer sus derechos, la posibilidad de solicitar que se despejen dudas sobre el proceso de su atención así como también a la posibilidad de notificar según su apreciación si fue víctima de un error o falla durante el proceso de atención en salud.

Esta relación de retroalimentación permanente permitirá entender mejor los procesos de mejora.

3.4 Recursos financieros y apoyo a la implementación

Es necesario que la institución incorpore dentro del Plan Anual de Contrataciones todos los costos contemplados para el planeamiento y puesta en marcha del sistema de registro y notificación.

A continuación se detalla los costos aproximados que representarán la inversión de la puesta en marcha del presente plan de mejoramiento de procesos, que representaría una necesidad anual, evidenciando la viabilidad económica del proyecto:

Tabla 3
Inversión

No.	Actividad	Costo en \$
1	Implementación plan de acreditación: reuniones, talleres, documentación, imprevistos	\$2.000,00
2	Implementación de un sistema físico de registro, gasto anual : papelería, capacitación, archivo	\$3.000,00
3	Planificación y organización: reuniones, capacitaciones, campaña de comunicación	\$10.000,00
4	Campaña de comunicación a pacientes	\$20.000,00
TOTAL		\$35.000,00

3.5 Conclusiones del capítulo

- En este capítulo se presenta una propuesta de mejora con base en los resultados obtenidos de la investigación de campo.
- Se incluyen sugerencia de planeamiento y puesta en marcha de las actividades que se sugiere se pongan en marcha.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Esta investigación se instituye como un aporte para posteriores investigaciones que originen cambios en cuanto a la actitud que asume el personal de salud frente al registro y notificación de eventos adversos; y, de esta forma generar un clima de confianza en cuanto a la aplicación del mismo, además de ser herramienta útil en la corrección de factores no asociados a la sanción.

Al identificar áreas vulnerables en el sistema de atención en salud, antes de ocurrido el evento, permitirá a los profesionales aprender de lo analizado en cada caso.

Los sistemas de registro permiten a las instituciones de salud, por un lado identificar el evento y por otro aprender de su ocurrencia y rediseñar los procesos necesarios para mitigar su ocurrencia.

Mediante la aplicación de un registro de notificación de eventos adversos, el Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional podrá enmarcarse dentro del uso de políticas Internacionales de Seguridad del Paciente, y cumplir con lo expuesto por la Organización Mundial de Salud en lo referente a seguridad del paciente.

El poder reconocer los factores que inciden en registro y notificación de eventos adversos, permite a la institución poner en práctica estrategias destinadas a disminuir el no registro, así como fortalecer y afianzar la cultura de reporte.

Uno de los factores más preponderantes en el no registro y notificación por el personal Médico Tratante es el temor a la punición.

Existen barreras comunes en el reporte de los EA tales como hecho de que existen políticas institucionales de rigor policial sancionadoras, desconocimiento, limitaciones de tiempo, procesos insatisfactorios, falta de normas, falta de persona, creencias previas acerca del riesgo a ser objeto de procesos legales, inadecuada retroalimentación y percepción de escaso valor del reporte y notificación, incidiendo todos estos factores de forma crítica, constituyéndose en componentes que deben intervenir con el objeto de incrementar el reporte y notificación.

Es necesario que los administradores del Hospital tomen en cuenta que el registro y la notificación de E.A. depende no solo de la existencia de un sistema de registro, sino también de la voluntad del personal para documentarlo, teniendo como base un clima de organización y entendimiento sobre la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad en la atención y no como un mecanismo de culpa o de sanción.

Es necesario instituir un enfoque de liderazgo, investigación, herramientas y protocolos en el personal administrativo del Hospital Quito N°1 para que le permita potenciar el conocimiento del personal médico.

El contribuir con la mejora de seguridad en el ámbito del trabajo asegura la entrega de una atención con calidad y con la menor posibilidad de generar una lesión o falla.

Es imprescindible la participación activa del personal de salud en el reporte, esto partiendo de la sensibilización acerca de la importancia de la notificación, entendiéndola a ésta como una oportunidad de mejora y no como un componente de culpa.

Los modelos de acreditación toman como aspecto relevante el hecho de que las instituciones de salud posean sistemas de registros y notificación de E.A.,

por lo que una adecuada estrategia sería la implementación de un plan de acreditación.

La implementación de un sistema de registro y notificación de E.A. permitirá al hospital Quito, aplicar barreras de seguridad y protección ante la presencia de lesiones graves o muertes, evitando de esta manera posibles sanciones y/o situaciones de carácter legal.

4.2 Recomendaciones

Debe identificarse los problemas de seguridad, mediante la aplicación de un sistema de registro y notificación ya que ésta es una herramienta que permite actuar para mejorar la cultura de seguridad; ésta última como producto de los valores individuales y de grupo.

Es necesario detectar las barreras que se presentan para el registro y notificación como son: falta de sistemas de registro, poca conciencia de ocurrencia de error, la apreciación de que el paciente es indemne al error, falta de tiempo para el registro, la falta retro alimentación en caso de ocurrencia, falta de capacitación, falta de personal en el sistema de registro y notificación.

Retroalimentar al empleado civil, y policial sobre los resultados de la implementación registro y notificación de eventos adversos.

Socializar a todo el personal el resultado y análisis del registro y notificación de eventos adversos en el establecimiento.

Generar una cultura de seguridad en todo el personal médico y administrativo para que el inicio de la etapa no sea considerada como un plan a cumplir sino más bien como una cultura permanente y natural dentro del desempeño de cada profesional.

REFERENCIAS

- Acreditación Canadá. (2015). *Modelo de Acreditación Canadá*. Recuperado el 25 de Enero de 2017, de <https://prezi.com/ellvrxpm-tks/modelo-de-acreditacion-canada/>.
- Burbano, H. (2013). *Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora en Pasto - Nariño, Colombia*. Recuperado el 02 de Febrero de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072013000200009
- Cirugía y Cirujanos. (Noviembre de 2006). *El error médico. Eventos adversos*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/662/66274614.pdf>.
- Diario El Comercio. (2016). Nuevo edificio del Hospital Quito#1 incrementa capacidad de atención.
- Gaitán, H., Gómez, P., & Sanchez, J. (2009). Actitudes del Personal en la Vigilancia de Eventos Adversos Intrahospitalarios en Colombia. *Revista de Salud Pública*.
- Greenberg, L.; Battles, J.; Haskell, H. (2010). Aprendiendo del paciente para mejorar los sistemas de eventos de seguridad. *Cirugía y Cirujanos*, 463-467.
- Hospital Iquitos. (2007). *Plan de Seguridad del Paciente*. Recuperado el 15 de Marzo de 2017, de https://www.forosalud.org.pe/reddepacientes/plan_de_seguridad_del_paciente_iquitos.pdf
- Instituto Universitario Avedis Donabedian. (2014). *Sistema de Notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP)*. Recuperado el 6 de Noviembre de 2016, de https://www.sinasp.es/Sinasp_GuiaNotificante.pdf.

- Medicina Universitaria. (2011). *Errar es Humano*. Recuperado el 15 de Marzo de 2017, de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Hospitales del Ministerio de Salud iniciarán proceso de acreditación internacional*. Recuperado el 15 de Marzo de 2017, de <http://www.salud.gob.ec/hospitales-del-ministerio-de-salud-iniciaran-proceso-de-acreditacion-internacional/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo . (2012). *Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos*. Madrid: Rumagraf .
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes:una estrategia para aprender de los errores*. Madrid: Rumagraf .
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2014). *Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes de Eventos Adversos*. Madrid: Rumagraf .
- Ministerio Nacional de Sanidad y Consumo. (2006). *Estudio Nacional de Eventos Adversos Ligados a la Hospitalización*. Madrid: Rumagraf .
- Ministerio de Salud - Colombia. (2005). *Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud*. Recuperado el 15 de Marzo de 2017, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-de-preparacion-para-acreditacion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*. Francia: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Ginebra: WHO.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Sistemas de Notificación de Incidentes en América Latina*. Recuperado el 2 de diciembre de 2016, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20893&Itemid=270.

Pinzon, J., Maldona, C., Díaz, J., & Segura, O. (Marzo de 2011). Costos directos e impacto sobre la morbimortalidad hospitalaria sobre eventos prevenibles a medicamentos en una Institución de tercer nivel de Bogotá. *Biomédica*.