

2016

*Conocimientos y prácticas sobre error médico en profesionales de la salud, de Jaibaná IPS. Primer trimestre 2016.*

Elsa Victoria Bernal Moreno

Paola Botero Mejía

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ERROR MÉDICO EN  
PROFESIONALES SANITARIOS, JAIBANÁ IPS, PRIMER TRIMESTRE 2016**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTAS EN  
AUDITORÍA DE SERVICIOS DE SALUD**

**ELSA VICTORIA BERNAL MORENO  
PAOLA BOTERO MEJÍA**

**Asesores  
CARMEN LUISA BETANCUR PULGARÍN  
JHON BAYRON EUSSE LONDOÑO**

**RED ILUMNO  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA  
CENTRO DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD  
PEREIRA**

**Abril de 2016**

## Lista de Contenido

1. PROBLEMA .....	5
1.1. Planteamiento del Problema .....	5
1.2. Formulación del Problema .....	6
2. JUSTIFICACIÓN .....	7
3. OBJETIVOS .....	9
3.1. Objetivo General .....	9
3.2. Objetivos Específicos.....	9
3.3. Matriz de Objetivos .....	9
4. MARCO TEÓRICO.....	11
4.1. Marco de Antecedentes .....	11
4.2. Marco Institucional.....	20
4.3. Marco Referencial.....	21
4.3.1. Auditoría .....	21
4.3.2. Error Médico .....	21
4.3.3. Factores que favorecen el desarrollo de un error médico .....	25
4.3.4. Conocimiento sobre error médico .....	27
4.3.5. Prácticas sobre error médico .....	29
4.3.6. Falencias en los conocimientos y prácticas sobre error médico .....	33
4.3.7. Plan de Mejora .....	33
4.4. Marco Conceptual.....	33
4.4.1. Palabras Clave: Caracterización Sociodemográfica, Profesionales Sanitarios, Error Médico, Conocimientos Sobre Error Médico, Prácticas sobre Error Médico, Reporte de Error Médico, Falencia sobre Error Médico, Auditoría, Plan de Mejora. ....	34
4.5. Marco Jurídico .....	35
5. METODOLOGÍA.....	37
5.1. Diseño.....	37
5.2. Población y Muestra .....	37
5.3. Marco Muestral .....	37
5.4. Unidad de Análisis .....	37
5.5. Criterios de Inclusión .....	37
5.6. Criterios de Exclusión .....	37
5.7. Variables.....	37

5.8. Plan de Análisis .....	37
5.14. Aspectos Administrativos .....	39
5.14.1. Cronograma.....	39
5.14.2. Presupuesto.....	40
6.1. Caracterización Socio-demográficamente de la población.....	41
6.1.1. Distribución de la población por género .....	41
6.1.2. Distribución de la población por edad.....	41
6.1.3. Distribución de la población por profesión.....	42
6.1.4. Nivel educativo de los encuestados .....	43
6.2. Identificar el nivel de conocimiento y práctica sobre el error médico .....	43
6.2.1. Número de reportes al mes de error médico de cada profesional.....	43
6.2.2. Nivel de conocimiento sobre error médico .....	44
6.2.3. Cultura punitiva en la institución.....	44
6.2.4. Identificación de principales factores de riesgo para llegar a un error médico. 45	
6.2.6. Eventos de la consulta en salud que se reportan como error médico	46
6.2.7. Divulgación del sistema de reporte de error médico en los empleados. 47	
6.2.8. Percepción del sistema de reporte de error médico en los profesionales de la salud.....	47
6.2.9. Relación de un sistema de incentivos con el número de reporte de error médico .....	48
6.3. Diseñar un plan de mejora según las falencias encontradas.....	49
6.4. Discusión de resultados .....	50
7. CONCLUSIONES .....	52
7.1. Caracterizar socio-demográficamente la población .....	52
7.2. Identificar el nivel de conocimiento y prácticas sobre error médico .....	52
7.3. Diseñar un plan de mejora según las falencias encontradas.....	52
8. RECOMENDACIONES .....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS .....	62
A. Matriz de Objetivos .....	62
B. Instrumento .....	63

C. Consentimiento Institucional .....	67
D. Respuesta Consentimiento Institucional .....	68
E. Consentimiento informado .....	69
F. Plan de Mejora.....	70

# 1. PROBLEMA

## 1.1. Planteamiento del Problema

El término error está asociado a un evento negativo, en donde la cultura de la época atribuye e inspira sentimientos de ira y depresión de quienes son los directamente afectados. Hoy se utiliza el término de evento adverso como sinónimo de error médico que puede ser prevenible o por negligencia, que tiene un impacto negativo en la economía de cualquier unidad sanitaria **(1)**.

A nivel mundial se viene estudiando el término de error humano desde hace muchísimos años, a todos los niveles y en todas las profesiones, porque entre más compleja sea una actividad mayor es la oportunidad de cometer errores graves **(2)**.

La seguridad del paciente el día de hoy es uno de los pilares principales de trabajo en los sistemas de salud a nivel mundial, tanto así, que es reconocido por la OMS donde señala que algunas intervenciones en salud con el propósito inicial de beneficiar el paciente, también pueden generar daño **(3)**.

El error médico no solo es el resultado del acto del profesional en medicina, también se combina con la falla en las organizaciones de salud y el mismo sistema administrativo, esto se evidencia con que en E.E.U.U cada año mueren, aproximadamente, 180.000 pacientes como resultado del error médico (EM) **(4)**.

Se debe considerar que el EM es un problema global que afecta a todos los países, pero son los países desarrollados los que se han ocupado de estudiar el problema con mayor profundidad, quizás debido a los recursos con que cuentan y a las demandas que se plantean ante consecuencias indeseadas, lo que constituye un serio problema.

El problema del error médico debe ser abordado desde el momento del aprendizaje, teniendo presente que se divide en tres procesos o etapas las cuales corresponden a la educación en pregrado que siempre velará por cumplir con el objetivo universal de capacitar para resolver problemas médicos y tomar decisiones, cumpliendo con unas habilidades que permitan actuar de manera correcta en la práctica, el periodo de posgrado que permite transformar al médico en especialista adquiriendo responsabilidades mayores, y la que continua por toda la vida es la formación médica continua que permite mantener la competitividad que se desarrolló en las otras fases, reconociendo la importancia de realizar de una manera exhaustiva la anamnesis y evaluación física **(5)**.

Los países en vía de desarrollo como Perú y Colombia tienen un factor de riesgo adicional, con trasfondo social, político y económico que incrementa los errores médicos. En el año 2010 el 89% de los médicos peruanos tienen la necesidad de laborar en más de una institución por razones económicas, buscando generar el

mínimo monto necesario para proporcionar a su familia una calidad de vida adecuada; pero esto genera como consecuencia la fatiga del profesional que repercute directamente en la atención segura del paciente e incrementa la posibilidad de equivocación en el diagnóstico, procedimiento y tratamiento **(6)**.

Controlar este factor ha sido difícil para los mandatarios ya que la generación de normas que regulen el número de trabajos en estos profesionales puede generar la migración hacia el exterior y generar déficit de profesionales, la única opción que se ha visto viable es el incremento salarial pero por cuestiones políticas aún no se tiene documentación disponible que permita sus análisis y ejecución.

En los aspectos sociales se presume que la reputación entre los colegas y los pacientes se puede ver afectada luego de un reporte de error médico, hay estudios que confirman esta hipótesis y es lo que se percibe en los ambientes y el voz a voz.

También se encuentra en los resultados que los médicos afirman el desconocimiento y la incompetencia para el proceso de reporte y retroalimentación de los errores médicos no es el adecuado, por otro lado la mayoría de los médicos no consideran necesario el reporte de un error médico si no se generó un daño severo.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuál es el nivel de conocimiento y prácticas sobre error médico en los profesionales asistenciales de la salud, de una IPS privada de primer nivel de atención de consulta externa en el primer trimestre del 2016?

## 2. JUSTIFICACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud propone las siguientes líneas de acción para mejorar la calidad de los servicios de salud: 1. Posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial, 2. Promover la participación ciudadana en temas de calidad, 3. Generar información y evidencia en materia de calidad, 4. Desarrollar, adaptar y apoyar soluciones de calidad y 5. Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente.

La evaluación del expediente clínico se inició de manera formal en 1956, en el Hospital La Raza, en la Ciudad de México, por un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con que se estaban otorgando los servicios en la institución; esto fue el antecedente para generar la necesidad a la constitución de la Comisión de Supervisión Médica de esta país. Con base en los trabajos realizados en esta institución, en 1960 la Jefatura de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, editó y publicó el documento: "Auditoría Médica", actualmente considerado como clásico y que en 1972 cuando evolucionó hacia "Evaluación Médica" y fue seguido por la edición del instructivo **(7)**.

Todo esto desencadenó en el mundo una tendencia para el estudio del error humano en el área médica y para el mejoramiento en la seguridad del paciente, las publicaciones médicas en relación a estos temas se incrementaron de 54 a 164 por cada 100,000 artículos en Medline desde el reporte mencionado del Instituto de Medicina.

Para evidenciar el impacto económico de esta tendencia se realizó un estudio en Estados Unidos en el que se evidencio que el costo total anual por eventos adversos es entre 37.6 y 50 billones de dólares y entre 17 y 29 billones para eventos adversos prevenibles.

El impacto del error médico a nivel mundial ha generado estudios internacionales como el realizado por Schwamppach **(8)** en el 2011 donde pretenden identificar los factores de riesgo reportados en 11 países; en los países bajos se reportaron el 5.7% de los errores médicos estudiados y el 40% de estos eran prevenibles.

La incidencia a nivel mundial informa que 1 de cada mil pacientes fallece por un evento adverso prevenible; dentro de los resultados evidenciados se encuentra que el cuidado de la salud es un común denominador para todos los países estudiados pero con ciertas diferencias en Europa, los errores médicos relacionados con la medicación corresponde al 2.2% en los últimos 2 años en comparación con 8.6% en Estados Unidos.

En la mayoría de los países la edad de los pacientes es inversa al reporte de los eventos adversos, el nivel educativo del paciente tiene una relación directa con el



reporte del error médico desde el usuario, el evento más destacado y con mayor importancia con la cultura del error médico y relacionado con la cultura del reporte es la falta en la coordinación profesional.

La orientación de los errores médicos es uno de los indicadores de transparencia de un sistema de salud (9), pero el subreporte es una realidad en los hospitales actuales, son múltiples las causas dentro de las que se pueden destacar la resistencia del personal médico a cumplir los protocolos, temor a procesos legales secundarios a la discusión de los errores médicos con los colegas y los pacientes, las especulaciones que un error médico puede generar un despido o suspensión laboral.

La seguridad del paciente incluye dentro de su estructura diferentes elementos entendidos desde el concepto que plantea el Instituto de Medicina de Estados Unidos como un andamiaje entre dos ejes principales: la calidad de la atención médica y la Seguridad con elementos paralelos de efectividad, equidad, eficacia, eficiencia y oportunidad centrado en el paciente.

Generar una educación adecuada en los tres momentos facilita el acercamiento al paciente, mejorando la comunicación, permitiendo el sentir del padecimiento del paciente con su enfermedad lo que de una manera u otra podría evitar el presentar errores médicos.

El error médico, luego de la revisión realizada de los diferentes artículos científicos, la identificación de los múltiples factores de riesgo, el impacto económico y emocional que desencadena el reporte y no reporte de un evento, amerita la ejecución de estudios que lleven a la mejoría en el reporte y aceptación en los profesionales de la salud generando una cultura de seguridad del paciente que repercuta en la calidad de atención.

Con lo anterior surge el propósito del presente estudio para determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre error médico en los profesionales de la medicina, de una IPS privada de primer nivel de atención en el primer trimestre del 2016.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre error médico en los profesionales de la salud, en Jaibaná IPS en el primer trimestre del 2016, para proponer un plan de mejora de acuerdo a lo encontrado.

#### 3.2. Objetivos Específicos

3.2.1.1. Caracterizar socio-demográficamente la población.

3.2.2. Identificar el nivel de conocimiento y práctica sobre el error médico.

3.2.3. Diseñar un plan de mejora según las falencias encontradas.

#### 3.3. Matriz de Objetivos

Objetivos	Conceptos	Variables	Indicadores
Caracterizar socio-demográficamente la población.	Caracterización sociodemográfica	Genero	Proporción Hombres y Mujeres
		Edad	Razón de profesionales Mayores de 35 años / Menores de 35 años
		Máximo nivel educativo alcanzado	% de profesionales con estudios adicionales al pregrado
	Profesiones Sanitarias de Jaibaná IPS Sede Manizales	Médico	Frec. De Médicos
		Enfermera Profesional	Frec. De Enfermeras
		Odontólogo	Frec. De odontólogos
		Bacteriólogo	Frec. De Bacteriólogos
Identificar el nivel de conocimiento y prácticas sobre error médico.	Conocimiento sobre error médico	Resultado de la prueba de conocimiento	% de profesionales con calificación >70%
	Prácticas que acercan a los errores médicos	Reporte de Error Médico	% de profesionales que generan más de 2 reportes al mes.

Diseñar un plan de mejora según las falencias encontradas	Plan de mejora	Hallazgos de la investigación	Frecuencia de profesionales con falencias significativas en conocimientos y prácticas sobre error médico
	Falencias		

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. Marco de Antecedentes

El Error es perfectamente lógico en cualquier actividad humana y la medicina no está exenta de este, todo proceso realizado en la atención médica puede incurrir en el riesgo de desarrollar un error médico, los errores son eventos desafortunados que no fueron previstos, no son identificados de manera adecuada en el momento de su ocurrencia, generando una repercusión negativa en la atención con calidad y en el desarrollo de manera oportuna del acto médico.

Las industrias nuclear y aeroespacial son pioneras del tema y los frutos de sus investigaciones han cimentado el estudio del error médico; Mientras más compleja es una actividad, mayor es la oportunidad de cometer errores graves. Según Kizer, expresidente del National Quality Forum, el sistema moderno de salud es la actividad más compleja a la que se ha dedicado el ser humano.

Las intervenciones de atención médica intentan beneficiar a los pacientes, pero también pueden causar daño. La compleja combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el moderno sistema de atención médica puede aportar beneficios importantes, sin embargo, también involucra un riesgo inevitable de errores médicos.

Si tenemos en cuenta, que la mala práctica ocurre como consecuencia de la falta de atención a los preceptos que determinan una atención médica de calidad y que se incurre en responsabilidad profesional o institucional, como consecuencia de la falta de apego a los preceptos de calidad y seguridad del paciente.

En la antigüedad era imposible juzgar a un Galeno por sus actos médicos, estos gozaban de un carácter sagrado, o estatus elevado que impedía culparlos del daño ocasionado a los pacientes. Sin embargo, esta era una preocupación social y legal que se corroboraba con las acciones que realizó Hammurabi, Rey de Babilonia, al penalizar a los médicos imperitos y negligentes y la Lex Aquila romana, que reguló el resarcimiento del daño causado a otro, por citar solo dos casos **(10)**.

Erróneamente, a través de los años revistieron a los profesionales de la salud de unos poderes divinos con la facultad de aliviar cualquier dolencia del alma o del cuerpo, pero en la actualidad volvieron a su status de personas mortales, el día de hoy la sociedad habla del binomio médico-paciente, por eso en la medida que fueron humanizando esta relación, se desarrolla un medio de confianza, respeto y transparencia, que permiten acercan a altos niveles de credibilidad con un excelente grado de tolerancia, minimizando la ocurrencia de un error médico, permitiendo una mejor anamnesis y plan de tratamiento.

Los profesionales de la salud trabajan en busca de la perfección en la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes, basados en conocimiento, habilidad y la entrega del profesional para emitir juicios y diagnósticos acertados, que unidos a buenas prácticas profesionales logren el bienestar de los usuarios finales de nuestro sistema de salud.

Históricamente solo han estado sometidos a la ética profesional y a su conciencia que en caso de quebrantarla se exponían a la burla de la sociedad, el juramento hipocrático así lo confirma al expresar que “Si observo mi juramento con fidelidad, séanme concedidos gozar plenamente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres, si los quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria”, esto implicaba que si cumplían de manera adecuada con sus obligaciones u oficios terapéuticos serían tratados como dioses, de lo contrario serían sometidos a la vergüenza ante la sociedad.

A sido tanto la importancia que la sociedad le ha dado a la profesión médica que siempre ha estado por encima de las demás profesiones, pero hoy en día el médico es uno más, que si ejerce mal su profesión podrá ser llevado ante un juez para ser juzgado por el que hacer de su profesión, dejando al lado su figura de ser intocable como se veía en tiempos anteriores.

La democracia trajo un cambio activo en las normas disciplinarias, código de ética y documentos donde se llegaron a desarrollar los derechos de los pacientes, generando un cambio en la postura de los paciente en el binomio, el paciente adopta una posición activa que se preocupa por conocer sobre sus patologías, procedimientos y tratamientos esto lleva a que se cambie de manera negativa la comunicación asertiva y adecuada que en algún momento se logró tener en esta relación.

El instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos publicó «Errar es humano», donde tras extrapolar datos de dos estudios importantes, reportó que alrededor de 98,000 pacientes hospitalizados mueren al año en ese país a consecuencia de errores médicos prevenibles, constituyendo la octava causa de muerte global por encima del cáncer de mama, accidentes automovilísticos o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Un error médico es el resultado de un daño no intencional o complicación que es causado por una intervención médica durante el proceso de una enfermedad, entendiéndose por intervención médica a aquella atención realizada por el personal de salud que tiene acceso autorizado para realizar procedimientos sobre el paciente **(11)**.

La mala práctica ocurre como consecuencia de la falta de atención a los preceptos que determinan una atención médica de calidad y que se incurre en responsabilidad profesional o institucional, como consecuencia de la falta de apego a los preceptos

de calidad y seguridad del paciente, como puede observarse en este concepto se incorporan cuatro elementos del proceso de la atención: oportunidad, competencia profesional, seguridad durante el proceso de la atención y respeto de los principios éticos.

La seguridad del paciente es definida como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles, producidos en la atención médica, adicionalmente en su estructura se encuentran diferentes elementos entendidos desde el concepto que plantea el IOM como un andamiaje con dos ejes principales: la calidad de la atención médica y la Seguridad con elementos paralelos de efectividad, equidad, eficacia, eficiencia y oportunidad centrado en el paciente.

Otro componente de esta línea de acción es la seguridad del paciente en la que con el paso del tiempo y según la ubicación geográfica puede ser dimensionada de diferentes formas, ha sido de interés mundial la unificación de este concepto que facilite la generación de documentación con evidencia científica como se menciona en la tercera línea, pero hasta el momento no se cuenta con una definición internacional establecida.

En el estudio realizado por Gonzales y Gallardo se identifican diferentes definiciones que se han dado a lo largo del tiempo, como las que se mencionan a continuación: daño, lesión o muerte, no intencionados, causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de la salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes, también hace referencia al resultado que es adverso al esperado y debido al error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o condiciones propias del mismo; con las anteriores definiciones se puede concluir que un evento adverso puede ser generado por cualquier personal asistencial del área de la salud sin intención.

El ejercicio de las profesiones en salud siempre están ligadas a ser ejercidas bajo los principios de Ética (autonomía, beneficencia, justicia) que son el pilar fundamental para brindar una atención con calidad, permitiendo evitar hacer el mal a los pacientes, todo esto ligado a que los profesionales de la salud deben contar con profundo conocimiento científico y técnico, los cuales siempre estarán liderados para prevenir y disminuir las malas prácticas que puedan generar un eventos adversos **(12)**.

Zhanks y colaboradores en su estudio definen el error médico como un fracaso en una acción planificada o buscar llegar al objetivo final de una manera equivocada **(13)**, desde esta perspectiva cambia las creencias equivocadas que el error médico se deriva únicamente del que hacer médico, la realidad es que el error médico es toda equivocación en una acción planeada que se realice en el contexto de la prestación de un servicio de salud.

Existen otros factores que favorecen la aparición de los errores médicos como la falla en las organizaciones de salud y el mismo sistema administrativo, factores psicológicos del profesional, que podrían ser claramente identificados en la fase de pregrado de la preparación profesional, siendo estos: perfil psicológico, el auto concepto y el poder sobre la vida y la muerte **(14)**.

Según los criterios de algunos científicos se dificultan mucho los estudios sobre el error médico por falta de un acuerdo, tanto en su definición como por la falta de integración de un sistema de reporte e incluso la dificultad de diferenciar un error prevenible de otro inevitable o no prevenible.

Los errores más frecuentes son:

- Mal uso de la relación médico-paciente: Los errores médicos producidos por relación deficiente médico-paciente pueden deberse a la subvaloración de este aspecto por parte del facultativo, a su desconocimiento de los factores psicológicos básicos de la relación o a la inseguridad y la angustia que surge ante la enfermedad del paciente o ante situaciones humanas extra profesionales que el médico desplaza sobre sus enfermos.
- Mal uso del interrogatorio: De forma intuitiva, el paciente valora, de acuerdo con las preguntas que se le formulan, el grado de interés mostrado por el médico sobre su problema. El interrogatorio puede ser deficiente: por su brevedad, ya que se percibe como manifestación de apuro; por indiscreto, apreciación del paciente cuando las preguntas no tienen una relación clara con su problema; por inducir síntomas, sobre todo en pacientes muy sugestionables; por utilización de términos que el paciente no conoce, deficiencia productora de grandes dificultades de comunicación; y por mala sistematización, error que causa serias dudas sobre la capacidad del médico, en pacientes con alto desarrollo cultural. El interrogatorio mal encausado expresa que el médico no se ha preocupado por escrutar qué espera de él su paciente y a qué nivel lo espera.
- Mal empleo del examen físico: El examen físico puede ser deficiente por iguales causas que las señaladas en el interrogatorio, pero sus fallas son más significativas para el paciente, ya que valora este aspecto del trabajo médico como el más importante. La causa más frecuente de error médico por deficiencias en el examen físico es la subvaloración que realizan los médicos como efecto reforzador de la terapéutica de un examen físico que satisfaga al paciente.
- Mal uso de los exámenes complementarios: El médico, en ocasiones, crea notable angustia cuando comenta sus dudas sobre los exámenes complementarios delante del paciente, o cuando los repite sin necesidad o sin una explicación adecuada **(15)**.

- Mal uso de la información: Información omitida o insuficiente, información excesiva, información angustiante, información técnica, utilización de términos con significados populares de mal pronóstico, informaciones contradictorias, falta de discreción con la información y descuidos en la programación de informaciones masivas, entre otras.
- Uso deficiente de las prescripciones: Los métodos transmitidos en forma verbal, los escritos con letras ilegibles y, sobre todo, aquellos donde se utilizan diversos fármacos.

Los médicos y los establecimientos de atención médica tienen la obligación ética y profesional de esforzarse por tener un mejoramiento continuo de los servicios y de la seguridad del paciente; estas normas buscan reforzar las revisiones de la calidad y crear fundamentos éticos para dichas prácticas.

Los profesionales son responsables de especificar las normas que constituyen un trabajo de buena calidad y los procesos necesarios para su evaluación, además deben tener posibilidades para la educación continua y participación en el desarrollo de procesos de mejoramiento.

Las normas clínicas basadas en estándares profesionales para una atención de alta calidad deben ser elaboradas y estar a disposición de todo el personal, con instrucciones específicas y que permitan el mejoramiento continuo basado en 4 elementos del proceso de atención: oportunidad, competencia profesional, seguridad durante el proceso de la atención y respeto de los principios éticos.

Cuando se aborda el tema del error médico se debe tener presente que este se puede desarrollar por tres causas **(16)**:

1. Negligencia: identificando que es el incumplimiento de los principios de la profesión, llevando a la práctica, es que, sabiendo que se debe hacer no se hace o viceversa, sabiendo que no se debe hacer y se hace y esto también se identifica que es realizado por omisión, se caracteriza por falta de indolencia, pasividad.
2. Imprudencia: Afrontar una situación que lleva a un riesgo sin tomar las precauciones para evitarlo, actuando precipitadamente sin pensar en la dificultad que llevara esta acción es decir “consiste en hacer lo que no debería ser hecho”.
3. Impericia: falta de Conocimiento técnico, u observación de normas por la falta de una preparación adecuada las cuales son de obligatoriedad en el desarrollo de las facultades en medicina.



Son identificadas estas tres causas, pero no se debe dejar a un lado otros eventos del diario vivir que podrían acercar a los errores médicos, como son el exceso de trabajo y las largas jornadas laborales, el gran número de paciente atendidos esto se ve claramente identificados en los hospitales públicos, y como lo mencionamos anterior mente la inadecuada comunicación entre médico –paciente entre muchas más que se podrían mencionar.

La conducta ética en el contexto de la divulgación error médico requiere de dos consideraciones relativas a la decisión de un proveedor de divulgar un error y la conducta del error divulgación, este documento adopta el punto de vista de que la divulgación tiene el mandato ético en todos los casos.

Mala praxis puede definirse como la infracción o imprudencia cometida en ocasión del ejercicio de la profesión, que vinculada al sector de la salud provoca efectos sobre la vida o la salud del asistido; por ello se puede exigir responsabilidad jurídica, si el fin de la actividad médica es buscar el beneficio del paciente (principio bioético de beneficencia que postula "hacer o fomentar el bien"), ello ha de excluir en la mayoría de los casos la intencionalidad o dolo.

Estados Unidos cuenta con políticas establecidas para identificar conductas que conlleven el incremento de los errores médicos como la sanción generada al Hospital Kaiser **(17)**, en Los Ángeles en el 2012, por un valor de \$50.0000, por incumplimiento en la Política de Seguridad; la muerte inesperada de dos pacientes encendió la alerta y genero el despliegue de todos los estudios para identificar la causa y se encontró que la revisión en la curva de refrigeración de medicamentos no se estaba realizando con la periodicidad indicada sino que en la guía aparecía cada 3 años, este error género que medicamentos y vacunas que estaban siendo administrados a los pacientes no se encontraran en la condiciones óptimas.

Cuando se genera un erro médico, el mayor dilema de esto no es haber ocasionado el daño, sino la divulgación o no de parte del personal que lo ocasiona, en E.E.U.U. informa que según algunas investigaciones el paciente siempre estará interesado en saber cualquier error médico que les haya causado daño, y como en la declaración de deberes y derechos de los pacientes exige la divulgación de este tipo de sucesos.

Por el contrario se puede concluir que los médicos afirman que el desconocimiento y la incompetencia para el proceso de reporte y retroalimentación de los errores médicos es otra de las cusas del no reporte, por otro lado la mayoría de los médicos no consideran necesario el reporte de un error médico si no se generó un daño severo.

Cuando se produce el error médico además de analizar la persona quien se encuentra involucrada en este, se deberá indagar en las fallas del sistema que pudieron acompañar a que se diera este error, la poca adherencia a los protocolos

y los procesos; recurriendo al análisis se deberán tener dos opciones, en la primera se recopilarán los datos relacionados con el suceso o el error, las personas involucradas y que tan involucrados están, en la segunda opción se identificara la manera de rectificar el error, y al mismo tiempo lo positivo o negativo de cada una de las opciones, esto permitirá realizar un juicio moral, y principios éticos permitiendo llegar a una solución con las mejores estrategias que eviten la ocurrencia de nuevos errores médicos.

Estas fallas podrán dividirse en: fallas activas que se identifican y se corrigen de manera adecuada como el incumplimiento de protocolos y cansancio; Fallas latentes entendidas con los eventos relacionados con equipos sin mantenimientos adecuados y medicamentos de mala calidad, que son innatos al sistema y son más delicados de corregir; al identificar alguna de las fallas anteriores se generaran unas recomendaciones que convendrán tener en cuenta para evitar los errores médicos.

En la Universidad Federal de Paraíba **(18)**, Brasil se realizó un estudio buscando identificar la percepción sobre el error médico de los estudiantes y profesionales de la salud en el cual se destacó la alta asociación con impunidad, incompetencia laboral, desinterés y falta de preparación en los profesionales, finalmente se concluye que el error médico es la consecuencia de la interacción de 3 principales variables: falta en la formación, estructura inadecuada de los servicios de salud y la prepotencia de la mayoría de los profesionales del área. Las legislaciones modernas son conscientes de que el médico no se despoja fácilmente de su papel autoritario, pero al reconocer los derechos de los enfermos han reducido el despotismo y las conductas exclusivamente paternalistas.

Como se ha mencionado el sub reporte es otra de las grandes dificultades que limitan el avance y mejoramiento en las políticas de calidad, ya que la cultural del reporte se ve afectada por la percepción y el temor a ser despedido o juzgado por sus colegas, Shanks en su estudio publicado en Septiembre de 2015 en el cual se realizó un análisis de un sistema de reporte de errores que consistía en una base de datos a la cual todos los profesionales del área asistencial tienen accesos para el diligenciamiento de la información, sin identificadores personales, llama la atención que la tasa de reporte por año fue incrementando con el paso de cada año, 31 reportes el primer año, 42 el segundo y 106 el reporte del tercer año.

Con la implementación del anterior sistema se lograron identificar las principales causas de errores médicos en esta institución, el 13.4% correspondían a demora en el diagnóstico y el 10.6% a tratamiento inapropiado; de esta forma se facilita el desarrollo de planes de mejoramiento, sin necesidad de generar angustias ni señalamientos entre los funcionarios, con todo esto se concluye que este sistema de reporte si es viable pero aún queda por generar un plan de retroalimentación a los usuarios.

El conocimiento, actitud y prácticas relacionadas con los errores médicos son factores esenciales para entender y desarrollar una práctica más transparente y un ambiente seguro en los servicios de la salud, este es el pilar del estudio realizado por Alsafi y colaboradores con una muestra de 161 médicos, solo el 66.5% respondieron el cuestionario, entre los 25 y 59 años, en los ítems de conocimiento sobre error médico la mayoría de los encuestados pensaban que habían subregistros, sobre carga laboral, falta de experiencia, formación inadecuada y falta de información.

En este mismo estudio se comprobó que en la frecuencia del reporte el 61% de los médicos entrevistados respondieron que en los últimos 12 meses no han presentado errores médicos, 21% 1 o 2 reportes y el 8% de 3 a 5 reportes, las especialidades con mayor porcentaje de reporte son los ginecólogos 38.9% y en menor porcentaje los cirujanos 18.2%.

El primer artículo realizado en Arabia Saudita para evaluar el conocimiento de los médicos sobre la ocurrencia, frecuencia, causas y prácticas de errores médicos se identificó que la sub notificación era más común de lo pensado; en los médicos no se evidencia intentos de mejorar el sistema de reportes ni prevalece una cultura de culpa; el reto para todas las instituciones de salud es implementar un sistema de reporte con transparencia, confidencialidad, y cultura de no culpa.

El trabajo de buena calidad necesita recursos, se deben realizar todos los esfuerzos para asegurar que se cuenta con el tiempo adecuado y los medios económicos para un trabajo de calidad. Es importante que conceptos relativos a la calidad de la atención, desde los que se relacionan con la disponibilidad de los recursos requeridos para otorgarla y la organización en que permita contar con las normas y procedimientos requeridos, cuyo cumplimiento permita asegurar un proceso de atención estandarizado, como establece el Sistema I.S. O. 9000.

La práctica médica ha determinado ser totalmente positivista, considerando al hombre como un ser puramente biológico, desconociendo su esencia social presente en el proceso salud-enfermedad; la práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la salud del individuo, es decir la enfermedad.

Los errores médicos en la práctica profesional, son abordados desde este punto de vista limitan al paciente al ámbito individual y únicamente biológico, se olvida así, al hombre como ser social y el carácter humano que debe prevalecer en la atención médica que se sustenta en los principios de la ética.

Debemos señalar, por último, que lo más importante no es partir de un evento adverso o daño ya producido, sino de la vigilancia y el control de calidad permanente, de forma concurrente durante el proceso de atención de salud, a fin de detectar los fallos e incumplimientos para actuar preventivamente, evitando errores para elevar la seguridad del paciente.

Todos los planes de mejoramiento de cada institución prestadora de salud a nivel internacional debe estar orientado al cumplimiento de las 6 metas internacionales por la seguridad de los pacientes propuestas por la OPS desde el 2001 y siguen vigentes a la fecha, que a su vez despliega el cumplimiento de 6 objetivos prioritarios como se evidencian a continuación:

**Cuadro 1. Metas y Objetivos Internacionales para la seguridad del paciente – OPS**

<b>Meta</b>	<b>Objetivo</b>
1. Identificar correctamente a los pacientes.	Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucren al paciente equivocado.
2. Mejorar la comunicación efectiva.	Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.	Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.
4. Gestionar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto.	Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.	Reducir el riesgo de infección asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de lavado de manos.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.

El error médico y la seguridad del paciente son temas de actualidad en salud a nivel mundial que requieren de intervenciones oportunas y efectivas que generen repercusiones positivas para los pacientes, administradores de servicios de salud y los profesionales de la salud. El reto que se plantea para todas las instituciones es llegar al punto de que los errores médicos sean divulgados sin pensar que esto conllevara un proceso punitivo, teniendo en cuenta que intervienen varios factores antes mencionados, por esta razón es indispensable poder contar con la disposición total de los profesionales sanitarios para poder entrar en el proceso de reporte del error médico y permitir la disminución de los mismos, accediendo a brindar una mejor atención con calidad y recuperando la confianza del paciente en la atención.

## 4.2. Marco Institucional

Jaibaná IPS SAS, es una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad, localizada en la ciudad de Manizales, Caldas; nace el 15 de Junio del año 2000, buscando satisfacer las necesidades de la población afiliada a Coomeva EPS en atención médica, odontológica, actividades de promoción y prevención y servicio de laboratorio, teniendo como fundamento el respeto, confianza, calidez, compromiso y responsabilidad **(19)**.

Fotografía 1. Sede odontológica localizada en la ciudad de Manizales



Fotografía 2. Sede Laboratorio



### **4.3. Marco Referencial**

#### **4.3.1. Auditoría**

La auditoría en salud nace paralelo a la profesión médica, por las necesidades para evaluar y mejorar los procedimientos y técnicas para la prestación del servicio y dar soluciones a los problemas de salud de la población; tenido como punto de partida dos orígenes: el método científica que permite determinar la calidad de medicamentos, técnicas y procedimientos realizados por los profesionales en salud y el modelo de actividad industria como procesos de gestión de calidad total permitiendo mejorar la administración de las instituciones de salud **(20)**.

En Colombia, el instituto de los seguros sociales en los años de 1983 y 1987 documenta los marcos teóricos sobre calidad en los servicios de salud, lo que da pautas para iniciar múltiples reformas legislativas buscando estandarizar el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud, donde la auditoria cumple, en el cual la auditoria es la herramienta central para este proceso.

La auditoría se define como una evaluación crítica y periódica de la calidad en la atención, mediante los estudios de historias clínicas y estadísticas hospitalarias, teniendo objetivo general prestar la mejor atención a los usuarios y elevar la calidad de la atención de forma constante **(21)**.

La auditoría es la de inspección y verificación de un proceso determinado, en el sector de la salud, se entiende como la revisoría para que la atención a los usuarios se realice con los mínimos estándares de calidad y se verifica la gestión para el mejoramiento continuo; dentro de esta especialidad se incorpora la auditoria del servicio **(22)** que involucra los conocimientos que se deben adquirir para el mejoramiento de la calidad, seguridad de la atención y la verificación con evidencias de la concordancia entre lo planeado y lo ejecutado en todos los aspectos relacionados, un ejemplo de este proceso que debe auditarse es el sistema de reporte, análisis y retroalimentaciones de errores médicos.

#### **4.3.2. Error Médico**

La UNESCO define a través de la declaración Universal sobre Bioética y Derecho Humanos define la importancia del concepto de atención medica con calidad “como la disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigido a preservar su dignidad, su salud y su vida” siempre guiado por los principios de beneficencia, equidad, autonomía, honestidad y justicia **(23)**.

Error médico se define como **(24)** la acción errónea por omisión o acción en el proceso de diagnóstico y tratamiento de un paciente, no solo por un profesional de

medicina sino por todos los profesionales de la salud; dentro de estos errores se subclasifican en 2 categorías por fallas en la planeación o ejecución de la atención, generando el evento adverso, entendido como el daño causado por el error.

En el 2009 definen error médico: es cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, que puede involucrar a otros profesionales implicados en la atención, en el que no existe mala fe, ni necesariamente se pone de manifiesto una impericia, imprudencia o negligencia que implique responsabilidad moral y legal **(25)**.

Se debe identificar que son los médicos quienes incurren en el error médico, pero que existen más profesionales que incurren en errores como son las profesionales de enfermería y que nunca se ha permitido una bibliografía amplia de estudios realizados donde se permita evidenciar el error más frecuente en estos profesionales.

En la literatura se describen múltiples sistemas de clasificación a pesar de ser fácilmente reconocibles; como un intento por categorizar dichos errores, los investigadores Lucian Leape y colaboradores en 1993, los clasificó en diagnósticos, terapéuticos, preventivos y de otro tipo como se evidencian en la Tabla 2. Esta categorización es útil para agrupar errores sobre los cuales el sistema o el médico pueden intervenir de forma conjunta:

<b>Cuadro 2. Clasificación de Errores Médicos (25)</b>
<b>Diagnósticos:</b> Error o retardo en el diagnóstico, falla en el uso de las pruebas indicadas, falla para actuar sobre los resultados ofrecidos.
<b>Terapéuticos:</b> Cuidado inapropiado o no indicado, error en el método o la dosis de un medicamento, error en la administración del tratamiento, error en la realización de una cirugía, un procedimiento o una prueba , retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal.
<b>Preventivo:</b> Seguimiento del tratamiento inadecuado y falla para proveer un tratamiento profiláctico.
<b>Otros:</b> Falla en el equipo, en la comunicación y en otros sistemas.

(Gladis Adriana Vélez Álvarez. El error en la práctica médica: una presencia ineludible. IATREIA; Vol 19 (1). 2006.)

Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) hacen relación que existen dos tipos de errores médicos clasificados en “errores excusables e

inexcusables “el excusable se sustenta en un mal juicio, sé comete con lógica de pensamiento correcta, pero parte de una interpretación inadecuada de los hechos, y los inexcusables parte del hecho que son los que se pudieron haber evitado y son el resultado del descuido o falta de pericia estas siempre estarán relacionados con el profesional y su responsabilidad, “activos y latentes” siempre relacionados con el estado de conciencia de quienes participaron en la atención médica **(26)**.

Desde que en 1912 Cabot publicó el primer estudio sobre el error médico en el diagnóstico de las enfermedades, haciendo notar que algunos de ellos eran comunes, incluso para los médicos más experimentados de su época, se sabe que los errores se producen con relativa frecuencia, a pesar de los grandes avances de la medicina.

A nivel mundial se han realizado estudios epidemiológicos de los eventos adversos en la atención hospitalaria, cuyos resultados muestran porcentajes diferentes de incidencia en los hospitales implicados **(27)** (Cuadro 3):

<b>Cuadro 3. Estudios epidemiológicos de los eventos adversos</b>				
<b><i>Estudio</i></b>	<b><i>Autor y año de realización</i></b>	<b><i>Numero de hospitales implicados</i></b>	<b><i>Pacientes</i></b>	<b><i>% de eventos adversos</i></b>
EEUU (Estudio de Nueva York) Estudio de la Práctica Médica de Harvard)	Brennan 1984	51	30195	3.8
EEUU (Estudio de Utah-Colorado)(UTCOS)	Thomas 1992	28	14565	2.9
Australia (Estudio Calidad atención Sanitaria) (QAHCS)	Wilson 1992	28	14179	16.6



Nueva Zelanda	Davis 1998	13	6579	11.3
Reino unido	Vincent 1999	2	1014	11.7
Canadá	Baker 2002	20	3720	7.5
Dinamarca	Schioler 2002	17	1097	9
Francia	Michel 2005	71	8754	5.1

En el 2008 la Academia Nacional de Medicina hace su declaración sobre error médico aclara que el sistema de salud colombiano desde la Ley 100 de 1993 ha dado gran importancia a los intermediarios lo que atenta contra la calidad en la atención del paciente, lo categoriza como un sistema complejo impredecible y adaptativo, declaran y rechazan el uso indiscriminado de “error médico” a todos los eventos adversos impredecibles.

El error médico como tal constituye un problema de creciente preocupación en los sistemas de salud, debido al incremento de las demandas por parte de los pacientes, atribuibles a este tipo de eventos. Varios estudios realizados en la Unión Europea y Estados Unidos sugieren que en torno a un 10% de los ingresos hospitalarios implican algún tipo de daño causado al paciente, de ahí que las prioridades desde el año 2008 para el mejoramiento de la prestación de servicios médicos en el campo de la seguridad, calidad y eficiencia, se enfocan a la disminución de los errores médicos, los cuales pueden tener diferentes grados de impacto en la evolución clínica del paciente **(28)**.

Un estudio realizado en Estados Unidos en el año del 2003 donde el daño causado por error médico da como resultado que se ocasionarán daños letales en un 3,7% de los paciente hospitalizados, y 1,7 millones de personas sufrían en el momento lesiones generadas por la atención, con estos datos se estipulo que 180 mil muertes anuales son fundadas como eventos iatropatogénicos y en el año de 2009 se calculó que el costo derivado de la atención de eventos adversos puede alcanzar

el 4% del gasto total en salud, de los cuales aproximadamente un 50% pudo haberse evitado, además, su presencia durante la hospitalización alarga la estancia de la misma en aproximadamente 5 días y aumenta el costo por paciente en 4500 dólares.

Se debe diferenciar el error médico originado de un accidente imprevisible y el de un resultado incontrolable; el accidente imprevisible es el resultado lesivo de un caso fortuito o de fuerza mayor, incapaz de ser previsto o evitado, cualquiera que sea el autor en idénticas circunstancias, el resultado incontrolable es aquel que se deriva de una situación incontrolable, de curso inexorable, propio de la evolución de la enfermedad, cuando hasta el momento de la ocurrencia, la ciencia y la competencia profesional no disponen de solución **(29)**.

Otros estudios investigan el error médico desde dos escuelas la anglosajona haciendo referencia al costo y juicios y plantean estrategias preventivas. Por otro lado la escuela latina estudia la responsabilidad moral del error permitiendo que ambas sean complemento **(30)**.

#### **4.3.3. Factores que favorecen el desarrollo de un error médico**

Todos los profesionales de la salud buscan generar el mayor bienestar posible para sus pacientes pero nunca provocar daño **(31)**; pero por la interacción de diferentes factores se pueden generar eventos inoportunos que pueden generar desde una molestia hasta la muerte de los pacientes, con grandes costos a los sistemas de salud.

El problema de la seguridad clínica de los pacientes pertenece al mundo de la salud y no sólo a los hospitales de los países desarrollados que informan en la literatura médica internacional, múltiples factores no sólo institucionales y humanos, sino también gubernamentales, académicos y tecnológicos relacionados con la atención de pacientes no son tenidos en cuenta durante el proceso de atención y se traducen en fallas latentes que cuando se alinean producen el error. La construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras, es el punto de partida para disminuir al mínimo posible la incidencia de eventos adversos **(32)**.

La calidad en la atención es un conjunto de interacciones que Borrell F, en el 2011 **(33)** identifica dentro de los gestos de la calidad dependientes de la conducta médica y los divide en tres grandes grupos:

1. Indicios de la historia clínica: que sea una historia integral, con seguimientos establecidos, expresión de dudas clínicas con posibilidades de diagnóstico diferenciales y un examen orientado al problema.

2. Indicios en la entrevista: una anamnesis detallada del problema, que incluya condiciones psicosociales de relevancia y expresarle el diagnóstico al paciente en probabilidad.
3. Indicios en el seguimiento del paciente: consultar casos clínicos y sesiones con colegas por diferentes medios y hacer registro en la historia clínica son indicios de calidad.

Finalmente define que la presencia de estos gestos de calidad hacen parte de los profesionales reflexivos con capacidad de rectificación.

La seguridad del paciente es un elemento que se involucra con todos los profesionales de la salud, es por esto que Calderón **(34)** en su artículo realiza una aproximación en el ámbito de la odontología, entendido desde la misma perspectiva de una atención dental segura y con calidad, teniendo como objetivo la prevención de sucesos adversos, pero a diferencia de la medicina se cuentan con otros obstáculos adicionales como la dificultad en el registro por las prácticas actuales en el ejercicio de esta profesión, las creencias erróneas de los pacientes frente a la menor importancia de los padecimientos bucales y la obligatoriedad del diligenciamiento del consentimiento informado para todas las atenciones estomatológicas con el fin respetar el derecho a la autonomía.

En Odontología el enfoque Bioético desde la Seguridad del paciente está definido como **(35)** el conjunto de actividades y responsabilidades asumidas por el profesional y el paciente; que se puede verificar con la puntualidad, el cumplimiento de la técnica en puntos clave, ya que en la mayoría de los casos el profesional no es quien realiza el reporte en el sistema; finalmente se concluye que tanto para el ámbito médico como para el odontológico la seguridad para el paciente es la unión de una atención humana, con valores y principios bioéticos, que genere una medicación entre lo que espera el usuario y lo que se oferta en el momento con base científica y normativa.

El ser humano, en toda su existencia lleva inherente la posibilidad de acierto o error, por la capacidad de toma de decisiones **(36)**; el error puede darse por situaciones personales como desmotivación y agotamiento, o por situaciones del sistema como se explica en la teoría del queso suizo el origen de un evento adversos, donde las diferentes partes del sistema cometen errores en cadena, que no permite la prevención del evento y es precisamente lo que pasa en el área de la salud, es este el motivo por el cual los temores, señalamientos y tendencias punitivas deben desaparecer y fortalecer el trabajo en equipo.

Precisamente las investigaciones enfocadas en explicar cuáles de los errores cometidos en el ejercicio de la medicina son más frecuentes, son escasas y con resultados muchas veces diferentes dependiendo del desarrollo del estudio. La génesis de los errores médicos puede relacionarse con la organización e implementación del servicio, casi todos los eventos adversos involucran una

combinación de un error activo dependiente de la persona y de factores latentes.

En estudios realizados por Lucían Leape se ha analizado la privación del sueño y la posibilidad de errores médicos graves después de 24 horas de turno, sin dormir, el desempeño psicomotor de un profesional de la salud es semejante al de un individuo embriagado (nivel alcoholemia en sangre > 0,08%).

Los médicos que se incorporan por primera vez a su lugar de trabajo carecen en general de un procedimiento de ingreso o una adecuada inducción con instrucciones e ideas claras; los médicos también perciben riesgo en los cambios de agenda y aumento del trabajo, finalmente expresan preocupación por derivaciones urgentes sobre las que no se tienen mecanismos para detectar a tiempo la disposición de red **(37)**.

#### **4.3.4. Conocimiento sobre error médico**

Los eventos adversos que resultan prevenible son los que denominamos errores dentro de la política de seguridad del paciente; los errores diagnósticos que son los errores médicos más frecuentes e incluye el retraso en el diagnóstico o un diagnóstico equivocado, dependen de factores que favorecen su aparición como las condiciones propias de la enfermedad, la dificultad en la comunicación con el paciente o su entorno, comorbilidades asociadas, la exigencia del paciente o su entorno de exploraciones complementarias y finalmente las condiciones médicas propiamente dichas como el nivel y actualidad en la educación, condiciones psicosociales que puedan influir y definitivamente como se ha evidenciado en diferentes artículos la formación que haya recibido en su pregrado, especialización y formación continua relacionada con el reporte de eventos adversos marcará de forma significativa las percepciones y conductas en la práctica profesional.

Las conductas relacionadas con la seguridad del paciente, están directamente relacionadas con el conocimiento que se tiene desde el pregrado en las diferentes áreas de la salud, aunque el desconocimiento no justifica la no acción, es un tema de interés en la actualidad que debemos reforzar en todos los profesionales de la salud.

Paralelo a todos los temas asistenciales, en el 2012, se realizó un estudio en la Universidad Libre del Cauca, Colombia **(38)** con el fin de identificar los niveles de conocimiento sobre seguridad del paciente en los pregrados de Medicina, Odontología, Atención Pre-hospitalaria y Rehabilitación Humana, donde se evidencio que el conocimiento promedio se encontraba en nivel medio, los estudiantes de odontología presentaron mayor nivel de conocimiento seguidos por medicina; la realidad es que la seguridad del paciente por indicadores de calidad en todos los servicios de salud deben encontrarse en rango alto para la mayoría de la población asistencial y solo el 8% de todos los estudiantes encuestados presentaron conocimientos en este nivel.

En el 2015, Juan Manuel Daza y sus colaboradores confirman la falta de conocimientos sobre seguridad del paciente en el área de odontología, pero se encuentra una gran similitud con el área médica, identificando como prácticas de riesgos aquellas invasivas como infiltraciones, punciones, radiaciones y medios de diagnóstico; además identifican 4 áreas básicas de actuación:

- a. Área de errores en los documentos clínicos: en las que se incluye el mal diligenciamiento de las historias clínicas, abreviaturas, falta de información adecuada al paciente, falla en los consentimientos informados, entre otras.
- b. Área de errores en la prescripción de medicamentos: es quizás el área que genera mayor número de eventos y errores médicos como interacciones, dosis erróneas o reacciones alérgicas.
- c. Área de errores en los procedimientos quirúrgicos: en esta área se incluyen los errores en la planeación, zona de intervención errónea, infecciones posoperatorias y los seguimientos posteriores.
- d. Accidentes: es el conjunto de sucesos aleatorios, imprevistos e inesperados que producen daño al paciente relacionado con la atención en salud.

Es muy importante recalcar que la formación académica del profesional siempre deberá estar encaminada a que se brinde con gran énfasis en valores de ética y bioética, ya que esto permitirá fomentar una mayor responsabilidad en el profesional y abrirá mayores opciones a que tengan presente la importancia de brindar una atención de salud con calidad enfocados en satisfacer y ayudar a las personas que lo requieran sin producir ningún daño o lesión, inculcar el respeto por la profesión y por quienes son la razón de las profesiones en salud como son los pacientes **(39,40,41)**

El reporte de los eventos adversos y los errores médicos están directamente relacionados con el nivel de conocimiento teórico, las prácticas y la cultura de la seguridad del paciente, pero el gran obstáculo para el reporte y las acciones consecuentes es el desconocimiento de los profesionales y de los estudiantes de pregrados en el área de la salud, lo que motivó a Cristina González **(42)** y sus colaboradores a identificar la relación entre la capacitación y reporte en estudiantes de diferentes áreas de la salud, encontrando que la capacitación sí incrementa el número de reportes, pero es un proceso que requiere educación continua para evitar la evasión de reporte o reportes incompletos por las creencias punitivas que se tienen al rededor del reporte.

Los errores médicos relacionados con el diagnóstico son los más comunes, y la certeza del diagnóstico no solo depende de los conocimientos teóricos del profesional sino también del paciente y la sinceridad en el momento del interrogatorio, es por esto que en el 2012 se realiza un estudio en la Habana **(43)** que rechaza la asociación entre los errores en el interrogatorio con la certeza

diagnóstica, se encontraron que los errores más frecuentes que generaban repercusiones en el diagnóstico era la anamnesis incompleta, datos psicosociales y semiográfica incompleta sin generar repercusiones significativas en el diagnóstico.

Es importante enfatizar que el saber crece principalmente con el conocimiento del error, por lo tanto los profesionales se deben entrenar en reconocer y estudiar no solo su propio error sino también el de sus colegas; generando la posibilidad de discutir; lo cual se lograría con un sistema efectivo de reportes anónimos no punitivo **(44)**.

#### **4.3.5. Prácticas sobre error médico**

Gracias a la importancia que en los últimos años se le ha dado a la seguridad del paciente, como consecuencia de la publicación del libro de “Errar es Humano” en el año de 1999 por la Institución de Salud de los Estados Unidos se han desarrollado una gran cantidad de estrategias para lograr prevenir los errores médicos, y que lleguen a desarrollarse eventos adversos **(45, 46)**, pero existen muchos factores que pueden asociarse para incrementar el riesgo de que aparezca el error médico.

Estudios realizados por el Instituto de medicina de los EE.UU revelaron que unas 7000 muertes ocurren por eventos adversos a medicamentos, donde el 56% de estos se dan en el momento de la orden o indicación médica, pero hay un porcentaje importante que tiene que ver con la administración de medicamento donde está involucrada totalmente la enfermera, este porcentaje es de 34%, los resultados han llevado a que se incorpore de manera rápida desde hace algunos años la importancia sobre brindar atención a los pacientes desde un ámbito de seguridad para el “llamado seguridad del paciente” permitiendo desarrollar un sin fin de actividades en la atención que lleva a disminuir los errores de estos profesionales de la salud **(47, 48)**.

Uno de los puntos que siempre se deberá tener presente en la atención médica es que se debe brindar con calidad, atendiendo al paciente y sus familiares, con oportunidad, competencia, seguridad y respeto por los principios y valores para satisfacer las necesidades y expectativas, todo esto evita los errores médicos.

Con la idea de ubicar la gran magnitud y el problema que traen los errores médicos los cuales en su mayoría se desencadenan en eventos adversos, se hace una revisión de los diferentes estudios plasmados en Estados Unidos en el transcurso de varios años se encuentra un comparativo importante de que en el año de 1997 los eventos adversos ocurren entre un 2,9 y 3,7 % de los pacientes, se produjo la muerte por desarrollo de eventos adversos entre 3,6 y 13,6% de los casos, con un total de 33.6 millones de ingresos hospitalarios en este año, provocando entre 44,000 y 98,000 muertes, ocupando la octava causa de muerte en este país.

Los estos estudios realizados en Estados Unidos lleva a que desde el año 2002 un 36% de las instituciones de salud hallan establecido una política de informes de errores médicos, permitiendo que sea de tan buena aceptación que en el año del 2005 la cifras aumente en un 69%, esto se ha establecido como un mecanismo importante en la calidad en el cuidado médico **(49)**.

En Latinoamérica existe poca información al respecto, es probable que estos valores sean similares o aún mayores, dada la poca legislación existente, el desinterés de los entes reguladores por hacer cumplir la reglamentación vigente y de los administradores por identificar y prevenir tales eventos.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) de México realiza un estudio donde evaluaron 8062 quejas en la atención medica entre el 3 junio de 1996 y 31 de diciembre del 2008: en 1356 de ellas (16.8%) no encuentran criterios para determinar la existencia o no de la mala práctica, de las restantes que se evaluaron 6076 (83.2%) se determina que en 1673 atenciones de salud que corresponde el 20,8%, se dio una atención inadecuada llevando a un error médico, en el 62,4% se dio una adecuada atención médica.

Se puede concluir que las diferentes estrategias adquiridas por las instituciones han tenido una adecuada adherencia en los profesionales de la salud disminuyendo el desarrollo de cometer errores médicos.

Colombia en el 2008 fue pionero en américa latina en la seguridad de la paciente con la publicación de los “Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente” **(50)** y promulgado por el Ministerio de la Protección Social y en el 2009 “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” **(51)**.

El servicio de atención a los pacientes debe darse bajo los siguientes lineamientos:

- ✓ Accesibilidad para utilizar los diferentes servicios y programas ofertados.
- ✓ Oportunidad para la asignación de citas, evitando demoras en la atención.
- ✓ Pertinencia
- ✓ Continuidad

Con altos niveles de satisfacción al usuario y transversal a estos aspectos se encuentra la seguridad definida por Blanca Piedad Cifuentes como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimiza el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

Si se tiene en cuenta la definición anterior en un proceso de auditoría de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, el ideal no es la ausencia de reportes adversos, por el contrario un adecuado sistema de reporte, seguimiento y

retroalimentación de eventos adversos es un indicador de transparencia del programa de seguridad del paciente de una IPS, ya que la perfección es una utopía y toda acción involucrada en atención al paciente, por mínima que sea tiene diferentes tipos de riesgos.

En el estudio realizado por Francesc y colaboradores **(52)** en el año 2006 en el cual se encuestaron 238 médicos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de relación entre los años de vida profesional con el número de reportes, la reacción más frecuente era contactar al paciente o su entorno y el médico asumía una actitud ansioso-obsesiva, el 18% de los médicos se conocen como médicos negadores ya que niegan haber cometido un error clínico o evento adverso importante en el ejercicio de la población, no se encuentran diferencias importantes en el género para la percepción y reacción ante una reacción adversa.

Existe una relación inversa entre la frecuencia y familiaridad de los médicos con determinadas patologías, y los errores cometidos. La explotación de dicho hallazgo podría traducirse en mejoría mediante la protocolización del manejo de las patologías menos prevalentes para prevenir los errores en diagnóstico y tratamiento **(53)**.

En odontología los estudios encontrados relacionados con conocimientos, prácticas y actitudes sobre el error médico en los profesionales son muy pocos, la Revista Colombiana de Investigación en Odontología en el 2012 **(54)**, publicó un artículo sobre conocimientos, prácticas y actitudes relacionadas con Bioseguridad en los estudiantes del Odontología de sexto a décimo semestre en el cual se encontró que tenían alto conocimiento de bioseguridad pero esto no se ve reflejado en las prácticas, pues aunque realizan los procedimientos con conocimientos teóricos de bioseguridad, el 43% nunca avisaría a la ARL en caso de accidente.

Las diferentes profesiones de salud están expuestas a cometer errores y una de ellas es en el laboratorio clínico donde se han realizado pocos estudios que evidencian que el error más común y más frecuente identificado en esta área a nivel internacional corresponde a la recepción y procesamiento de muestras hemolizadas. Los errores cometidos en el laboratorio clínico que tienen un grado de alta severidad sobre la seguridad del paciente tienen un porcentaje significativo (24,5%) y pueden llegar a consecuencias fatales **(55)**.

Las políticas institucionales ante los eventos adversos y errores médicos, requieren de una evaluación y seguimiento de forma sistémica, que permitan identificar las barreras de contención que fallaron para que se generara el evento, entendido como una falla en el sistema y nunca hacer señalamientos ni culpables.

En la atención médica cada paciente se deberá ver como un ser individual, que llega a desarrollar grandes incertidumbres, que exige del médico toda su atención, su



conocimiento, habilidades y experiencia, para crear un ambiente de comunicación abierta con el paciente y su familia permitiendo romper con prototipos y facilitando la comunicación bidireccional para la toma de decisiones y evitar las conductas impuestas en situaciones críticas que lleven al desarrollo de un error médico.

Las altas tasas de demandas y procesos legales por negligencia médica han generado una tendencia en los profesionales de la salud hacia el ejercicio preventivo, lo que muchas veces genera altos costos en los sistemas de salud a nivel mundial, por lo que se han fortalecido los programas de auditoría médica para el fortalecimiento en la educación continuada de los prestadores de servicios asistenciales para evitar los sobre costos, pero aún cabe la cita del Dr. Justin Smith **(56)** en el año 1988 “la relación médico-paciente, personal y humana es la que evita los conflictos legales al producirse un error a un resultado adverso”.

Un sistema de información, es un conjunto de procedimientos ordenados, que proporcionan información efectiva para apoyar la toma de decisiones y asegurar el control de la organización. Se pueden tener muchos datos sobre la causa de un efecto, pero si no se tiende a clasificarlos, estudiar su frecuencia, y establecer sus relaciones para controlar el proceso y mejorar su desempeño, de poco servirán dichos datos y la medición. De la misma manera, los procesos desarticulados a nivel institucional, interinstitucional y sectorial, generan inconsistencias en la información recolectada y duplican el esfuerzo del reporte, afectan la validez interna de los datos **(57, 58)**.

Es importante enfatizar que los sistemas de reportes de errores no deben tener una finalidad punitiva, dado que de otra forma desalentarían a los profesionales a informar los mismos; por ello una de las principales características que debe conservar es que sean anónimos. De acuerdo a lo anterior podríamos describir 2 tipos de sistema:

- Sistemas mandatorios: Estos sistemas están dirigidos al “derecho a conocer o saber”, generalmente se implementan en las instituciones de salud y requieren que los eventos sean reportados a la autoridad institucional para asegurar que los incidentes sean investigados y las medidas correctivas implementadas.
- Sistemas voluntarios: Son instituidos por aquellos organismos gubernamentales y no gubernamentales, que enfatizan principalmente sobre la calidad en lugar de la rendición pública de lo que ocurrió.

En un estudio de la revista de pediatría chilena se citan tres mecanismos de defensa del error médico: La negación que está relacionado con la práctica médica, definiéndolo como un artes de zonas grises, el descontar atribuido a la responsabilidad, y cuando los errores no pueden ser negados ni descontados se utilizan mecanismos de desplazamiento atribuyendo a que todos cometemos

errores.

#### **4.3.6. Falencias en los conocimientos y prácticas sobre error médico**

Es una realidad a nivel mundial que los profesionales sanitarios carecen de conocimientos suficientes sobre seguridad del paciente, que permita una adecuada práctica y reconocimiento del error médico; por otro lado el responsabilidad no es solo de los profesionales, la mayoría de las instituciones no cuentan con planes de capacitación sobre los mínimos elementos que se deben conocer sobre error médico y eventos adversos, un sistema apropiado para el manejo de los reportes e implementar estrategias que promuevan la cultura de seguridad del paciente con tranquilidad y sin temores, buscando siempre el aprendizaje colectivo.

En la literatura revisada no se establece una relación clara entre el reporte de los errores médico con características sociodemográficas de la población, que según el diccionario demográfico corresponde a “ciencia que estudia estadísticamente la composición, estado y distribución de las poblaciones humanas, en un momento determinado de su evolución histórica” (59), y describe características como el género y la edad; pero si se evidencia que hay marcadas diferencias en los niveles de conocimientos y practicas relacionadas con el error médicos en las diferentes áreas de la salud. La OMS (60) reconoce los profesionales de la salud como personal sanitario y lo definen “todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud”; es por esto que surge la necesidad de la presente investigación para identificar el nivel de conocimientos y las practicas relacionadas con el error médico en los profesionales de salud de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de primer nivel de atención.

#### **4.3.7. Plan de Mejora**

Plan de mejoramiento es el conjunto de elementos de control, que consolidan las acciones de mejoramiento, necesarias para corregir las desviaciones encontradas en sistema y en la gestión de operaciones, que se generar como consecuencia de procesos de autoevaluación o heteroevaluación (61), permitiendo promover el crecimiento de la institución y concretar objetivos estratégicos que se deben completar dentro de la planeación institucional (62).

#### **4.4. Marco Conceptual**

- **Caracterización sociodemográfica:** clasificación de una población específica de forma estadística según la estructura y dinámica del conjunto poblacional.
- **Profesionales Sanitarios:** Todos los profesionales que ejercen una acción en pro o atención de un paciente.

- **Error médico:** Falla que afecta la atención médica, ocasionando lesión o daño en el paciente.
- **Conocimiento sobre Error médico:** facultad del profesional sanitario para aceptar un error médico por los conocimientos teóricos y aplicados.
- **Prácticas sobre Error Médico:** Conductas relacionadas con la seguridad del paciente como el reporte de cada uno de los eventos adversos.
- **Reporte de Error Médico:** sistema de diligenciamiento del formato de informe de cada uno de los errores médico, según el sistema de cada institución.
- **Falencia sobre el Error Médico:** Carencia en el conocimiento que genera temor al reporte por creencias a conductas punitivas.
- **Plan de mejora:** conjunto de elementos de control para corregir desviaciones encontradas por autoevaluación o heteroevaluación.

4.4.1. **Palabras Clave:** Caracterización Sociodemográfica, Profesionales Sanitarios, Error Médico, Conocimientos Sobre Error Médico, Prácticas sobre Error Médico, Reporte de Error Médico, Falencia sobre Error Médico, Auditoría, Plan de Mejora.

Únicamente se encuentra Error Médico en MeSh, el resto no se encontraron.

#### 4.5. Marco Jurídico

NORMA	DESCRIPCIÓN
Ley 23 del 27 de Febrero de 1981	Normas en materia de ética médica. Artículo I. la siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre ética médica. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propende por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinción de nacionalidad, económico-social, racial, político y religioso. La relación médico paciente elemento primordial en la práctica médica, Capítulo II juramento Hipocrático. Artículo 15. el médico no expondrá a sus pacientes a riesgos injustificados, pedirá su consentimiento para aplicar tratamientos médicos y quirúrgicos, le explicará al paciente o a sus responsables de las consecuencias anticipadamente. Artículo 16 la responsabilidad del médico por reacciones adversas inminentes o tardías.
Decreto 3380 del 30 de Noviembre de 1981	Por el cual se reglamenta la ley 23 de 1981 las autoridades académicas o sus delegados que confieren los títulos médicos, tomarán el juramento médico. Artículo 10. el médico cumple la advertencia de riesgo previsto con el aviso que de forma prudente haga a los pacientes o a sus familiares o allegados con respecto a los eventos adversos.
Constitución política del 7 de Julio de 1991	Capítulo I derechos fundamentales. Artículo 11 el derecho a la vida es inviolable.
Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993	Sistema de seguridad social integral. Capítulo I tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana. Artículo 3. Derecho a la seguridad social. El estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional derecho irrenunciable a la seguridad social
Sentencia C-355 de Junio de 2006	Derecho a la vida como un bien protegido por la constitución. Vida valor y derecho fundamental

Acuerdo 010 del 28 de Febrero de 2012	Artículo 1.actualizar y reglamentar las opciones de grado para optar por un título de pregrado posgrado en los programas que ofrece la fundación universitaria del área andina
Sentencia T -133 de Marzo de 2013	Funda mentalidad del derecho a la salud principios de continuidad, integridad y garantía de acceso a los servicios de salud
Ley Estatutaria del 16 de Febrero de 2015	Tiene como objeto esenciales, principios derechos y deberes Artículo 1 la presente ley tiene como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud regularlo establecer sus mecanismos de protección.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1. Diseño

Estudio cuantitativo observacional descriptivo.

### 5.2. Población y Muestra

30 profesionales asistenciales de Jaibaná IPS, Manizales, N=N trabajo censal.

### 5.3. Marco Muestral

Listado de profesionales asistenciales de la salud suministrado por la oficina de gerencia y verificado con cada una de la coordinación de cada área del personal activo en la institución para el mes de marzo de 2016.

### 5.4. Unidad de Análisis

Cada uno de los profesionales de la salud que desempeñe funciones asistenciales en Jaibaná IPS, sede Manizales en el primer trimestre de 2016.

### 5.5. Criterios de Inclusión

- Ser profesional de la salud vinculado a Jaibaná IPS, sede Manizales en el primer trimestre de 2016.
- Aceptar la participación en la investigación.
- Firmar el consentimiento informado e institucional.

### 5.6. Criterios de Exclusión

Este trabajo no cuenta con criterios de exclusión.

### 5.7. Variables

En el **ANEXO A** se puede evidenciar la matriz de objetivos en la que se desglosa cada uno de los objetivos específicos con sus conceptos y variables.

### 5.8. Plan de Análisis

- 5.8.1. Recolección de datos:** Los investigadores crearon un instrumento, encuesta para recolectar la información necesaria para la investigación. El instrumento se validó por una prueba de expertos, conformado por un número impar, antes de ser aplicado a las unidades de análisis. Ver **ANEXO B**.

**5.8.2. Tabulación de la Información:** Los investigadores crearon una base de datos que se alimentó con la información obtenida a través de las encuestas.

**5.8.3. Análisis de los Datos:** los datos fueron analizados a través de estadística descriptiva, medidas de tendencia central, dispersión y variabilidad.

**5.8.4. Presentación de los resultados:** Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos, con interpretación de los mismos.

## **5.9. Compromiso Bioético**

Después de revisar la resolución 008430 de 1993 el equipo investigador determina que esta es una investigación con riesgo inferior al mínimo, por ser una actividad académica se cuenta con consentimiento institucional (**ANEXO C**), respuesta del consentimiento institucional (**ANEXO D**) y consentimiento informado (**ANEXO E**).

## **5.10. Componente Medioambiental**

Revisada la normatividad Colombiana, sobre medio ambiente los investigadores se comprometen a cuidar el entorno, haciendo uso de medios magnéticos para el manejo de la información y aplicación del instrumento.

## **5. 11. Impacto Social (beneficios a la comunidad)**

Mejora en la calidad de la atención y seguridad de los paciente atendidos en Jaibaná IPS.

## **5.12. Población Beneficiada**

Con la realización del presente proyecto de investigación se verá beneficiada la IPS con el incremento de los reportes de errores médicos en las diferentes áreas asistenciales, los profesionales de la salud mejoraran sus conocimientos y prácticas sobre el error médico que se reflejará en la seguridad en la atención de los pacientes.

## **5.13. Difusión de Resultados**

Los resultados se socializarán en un evento académico en la Fundación Universitaria del Área Andina durante el mes de Junio de 2016. Se publicará un artículo en una revista especializada para dar mayor cobertura con la información.

## 5.14. Aspectos Administrativos

### 5.14.1. Cronograma.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											
Actividad/ Tiempo de Ejecucion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Octubre	Octubre	Octubre	Octubre	Noviembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	JUNIO
Clase de investigación Inicial (Caracterización demografica del Grupo)											
Búsqueda de Investigación Sobre Temas de Salud											
Lectura de artículos científicos y realización de herramientas de Estudio											
Presentación de herramientas de estudio y selección de temas para realizar investigación en los diferentes grupos											
Conformación de grupos											
Clase de Investigación II (tipos de variables)											
Selección de tema de investigación											
Revisión Bibliográfica											
Título de la investigación y desarrollo de Objetivos											
Lectura de la bibliografía encontrada											
Realización de herramientas de estudio sobre "Error Médico"											
Realización del Estado del Arte "Error medico" (Introducción, cuerpo y conclusiones)											
Ejecución del Planteamiento del Problema y Justificación											
Corrección de Objetivos											
Aplicación de Normas ICONTEC											
Referencias Bibliográficas											
Envío De la Primera Entrega											
Construcción del Anteproyecto.											
Matriz de Objetivos											
Corrección del título de la investigación											
Marco Teórico											
Marco de Antecedentes											
Marco Referencial											
Marco Conceptual											
Marco Jurídico											
Metodología											
Cronograma de Actividades											
Presupuesto											
Envío de Anteproyecto											
presentación de Anterproyecto											
Construcción del Instrumento											
Revisión del Instrumento por parte de los Tutores											
Revisión del Instrumento por Expertos											
Aplicación del Instrumento											
Tabulación de la Información											
Análisis de Datos											
Presentación de Resultados											
Exposición Final											



## 5. 14.2. Presupuesto

PRESUPUESTO						
Item	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Aportes		Total
				FUAA	Estudiantes	
Talento Humano						
Asesor FUAU	Hora/Docente	10	\$ 45.000,00	\$ 450.000,00		\$ 450.000,00
Consultor Externo	Hora/Asesoría	5	\$ 45.000,00		\$ 225.000,00	\$ 675.000,00
Estudiante	Hora/Estudiante	300	\$ 10.000,00		\$ 3.000.000,00	\$ 3.675.000,00
Recursos Lógicos						\$ 3.675.000,00
Computador	Hora/PC	300	\$ 1.000,00		\$ 300.000,00	\$ 3.975.000,00
Internet	Hora/Internet	150	\$ 1.500,00		\$ 225.000,00	\$ 4.200.000,00
Cd	Cd	4	\$ 1.000,00		\$ 4.000,00	\$ 4.204.000,00
Impresión	Hoja/Impresa	200	\$ 30,00		\$ 6.000,00	\$ 4.210.000,00
	Tinta	4	\$ 30.000,00		\$ 120.000,00	\$ 4.330.000,00
	Resma Papel	1	\$ 10.000,00		\$ 10.000,00	\$ 4.340.000,00
Viáticos	Pasaje entre Mzles y Pereira	30	\$ 15.000,00		\$ 450.000,00	\$ 4.790.000,00
	Pasajes a Pereira	10	\$ 2.000,00		\$ 20.000,00	\$ 4.810.000,00
	Peajes	16	\$ 10.000,00		\$ 160.000,00	\$ 4.970.000,00

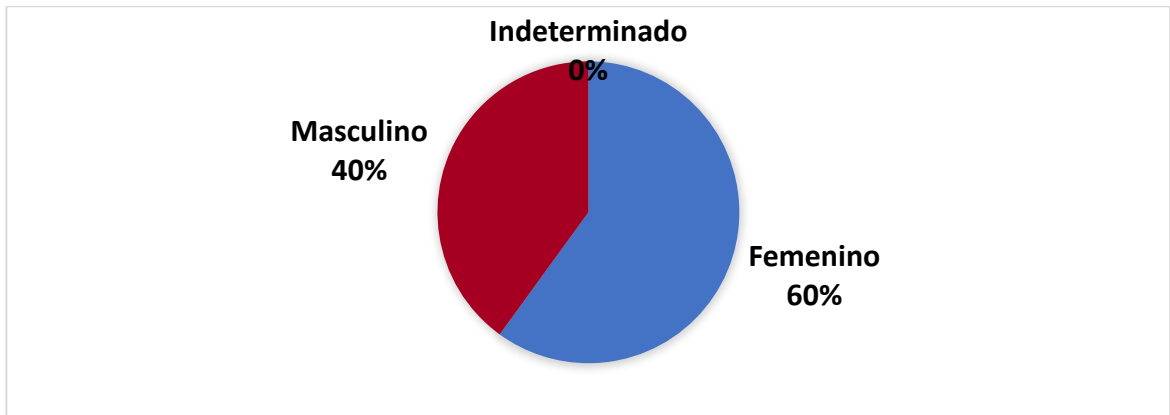
## 6. RESULTADOS

Al analizar los datos se obtuvieron los siguientes resultados:

### 6.1. Caracterización Socio-demográficamente de la población.

#### 6.1.1. Distribución de la población por género

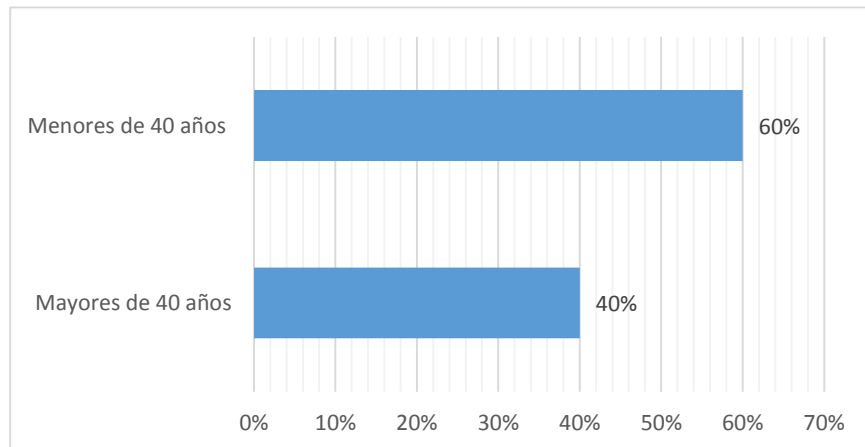
*Grafico 1.* Distribución según género de la población de profesionales de Jaibana IPS en la ciudad de Manizales.



La mayoría de las personas encuestadas correspondieron al género femenino con una razón H:M de 2:3

#### 6.1.2. Distribución de la población por edad

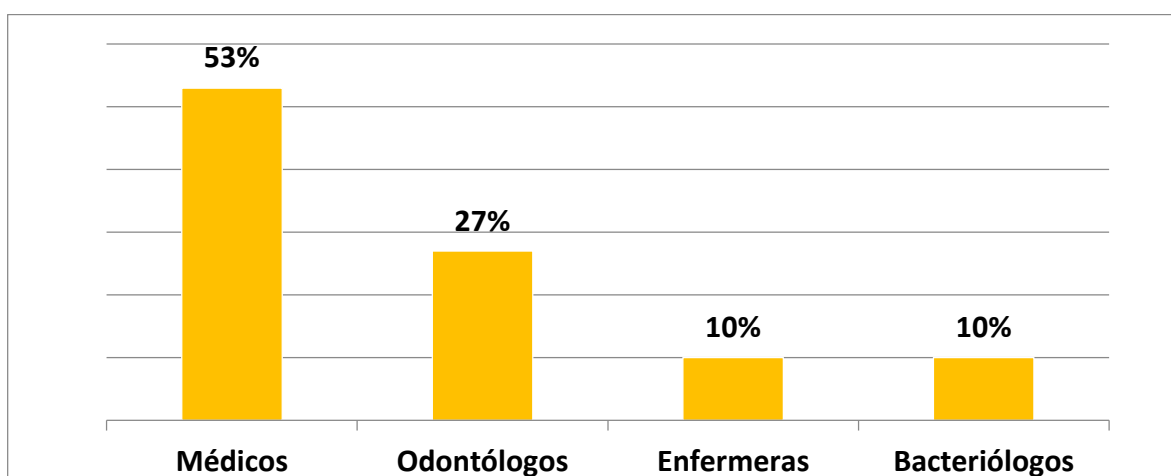
*Gráfico 2.* Distribución por edad de la población de profesionales de Jaibana IPS en la ciudad de Manizales.



Sobre el rango de edades de la población encuestada se encontró que la mayoría de la población se encuentra en los rangos de 20 a 40 años y el grupo restante son mayores de 40 años.

### 6.1.3. Distribución de la población por profesión

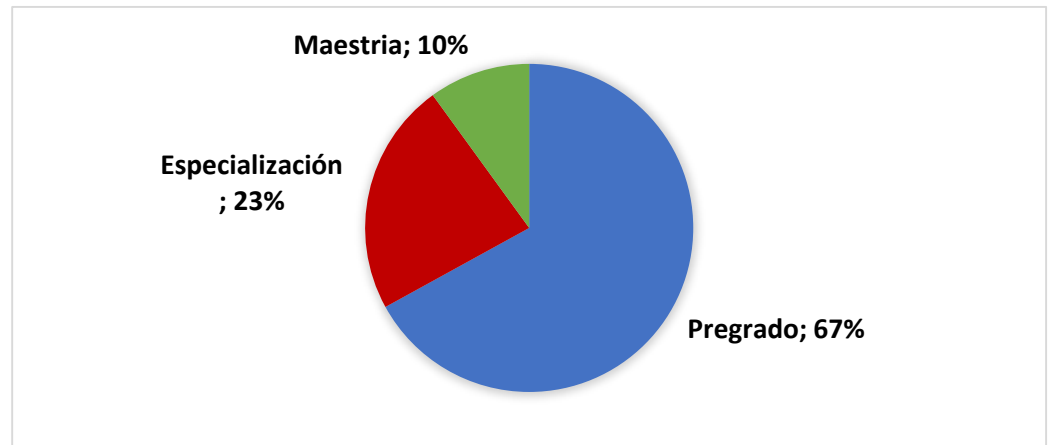
*Gráfico 3.* Distribución de la población según el título de pregrado en Jaibaná IPS en la ciudad de Manizales.



Toda la población encuestada cuenta con un título académico profesional, con predominio en profesionales médicos, seguidos de odontólogos, y el grupo restante dividido en profesionales de enfermería y bacteriólogos.

#### 6.1.4. Nivel educativo de los encuestados

Gráfico 4. Nivel educativo de la población de profesionales de Jaibana IPS en la ciudad de Manizales.

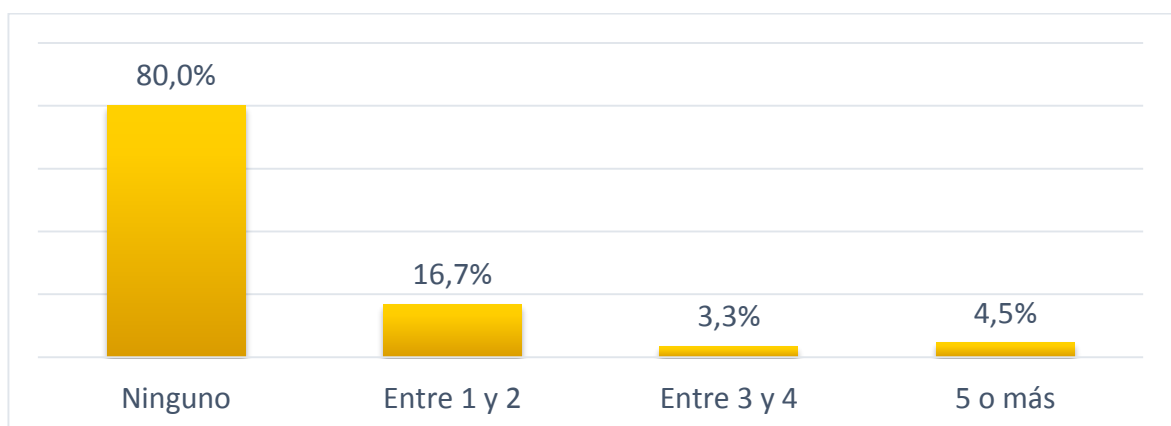


Sobresale la población con formación exclusiva de pregrado, seguida de los que cuentan con títulos de especialización o maestrías.

## 6.2. Identificar el nivel de conocimiento y práctica sobre el error médico

### 6.2.1. Número de reportes al mes de error médico de cada profesional

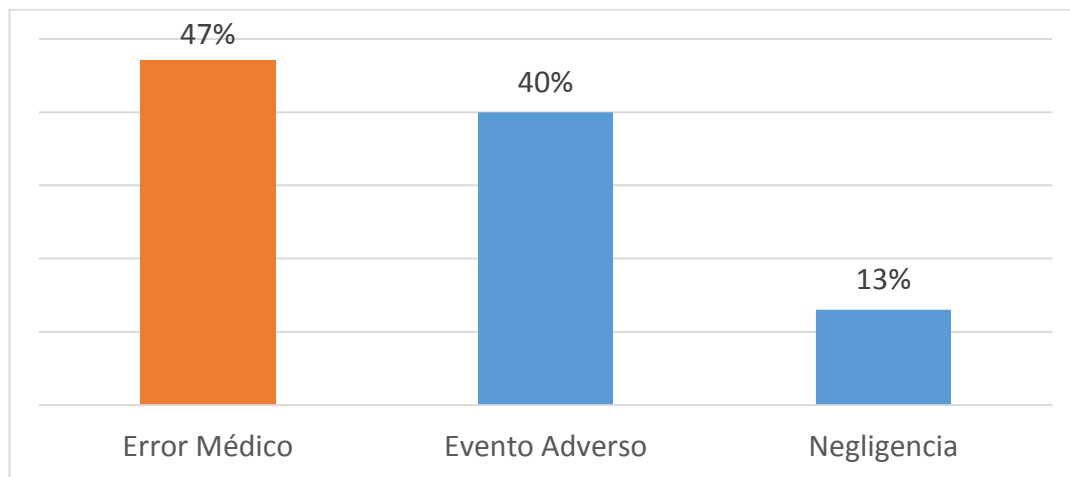
Gráfico 5. Reportes de error médico por cada profesional de la salud en Jaibana IPS de la ciudad de Manizales durante el mes de marzo del 2016.



Se presenta una realidad importante de omisión en la realización de los reportes de error médico en la institución de salud.

### 6.2.2. Nivel de conocimiento sobre error médico

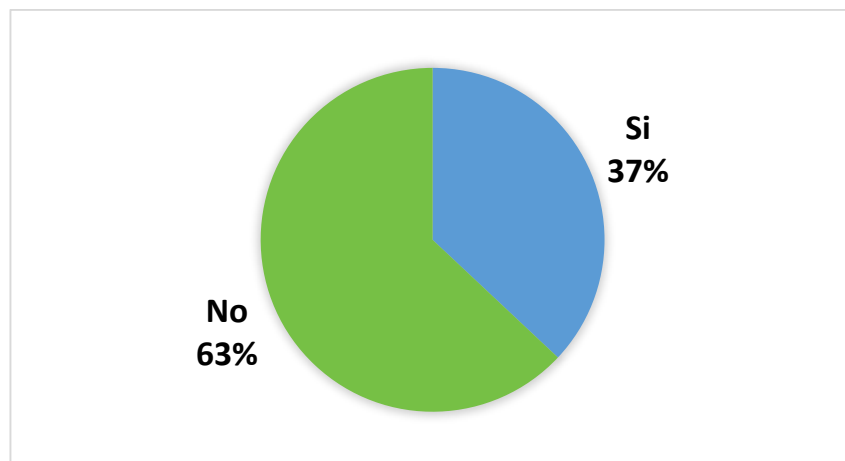
*Gráfico 6.* Conocimiento del concepto de error médico en los profesionales de salud de Jaibana IPS de la ciudad de Manizales.



Se observa que la mayoría de la población encuestada cuenta con un nivel básico de conocimiento sobre el significado de error médico, pero en ocasiones se presenta confusión con el concepto de evento adverso.

### 6.2.3. Cultura punitiva en la institución

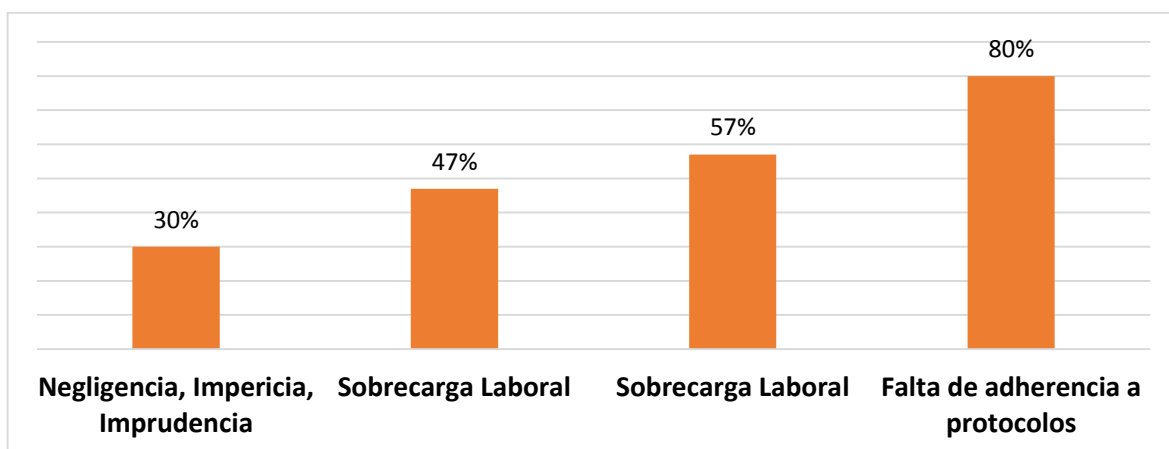
*Gráfico 7.* Distribución de la población de profesionales de Jaibaná IPS de la ciudad de Manizales en relación con la opinión de que la IPS pueda tomar decisiones punitivas por el reporte de error médico.



Se encontró que la mayoría de la población no considera que se puedan tomar decisiones punitivas desde la IPS por el reporte de errores médicos, pero persisten un porcentaje significativo que considera que pueden ser despedidos o amonestados por el reporte.

**6.2.4. Identificación de principales factores de riesgo para llegar a un error médico.**

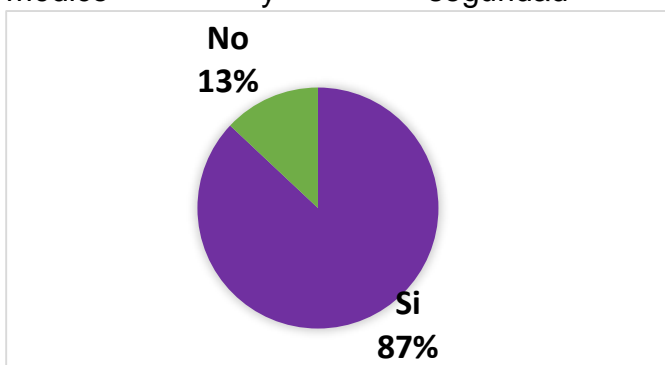
*Gráfico 8.* Percepción de los profesionales de Jaibaná IPS de la ciudad de Manizales en relación con las causas más frecuentes de error médico.



La mayoría de la población asocia los errores médicos con la falta de adherencia a los protocolos, en menor grado a la sobrecarga laboral y el cansancio y mucho menos a la negligencia, imprudencia o impericia.

### 6.2.5. Capacitación del personal asistencial

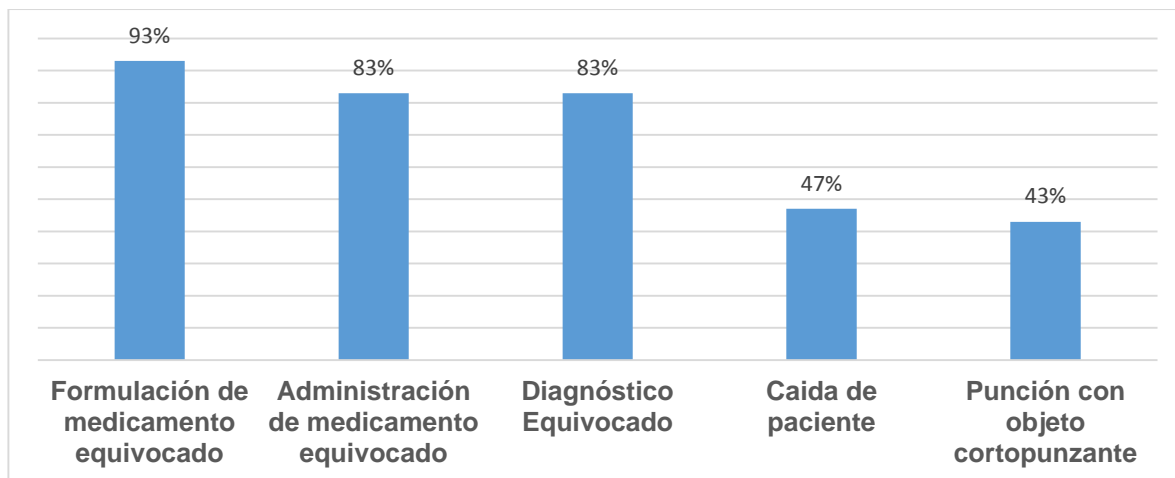
Gráfico 9. Conocimiento de capacitaciones realizadas por Jaibaná IPS de la ciudad de Manizales a los profesionales de salud acerca de error médico y seguridad del paciente.



La mayoría población identifica de manera clara que la IPS ha brindado educación continua sobre error medico y seguridad del paciente.

### 6.2.6. Eventos de la consulta en salud que se reportan como error médico

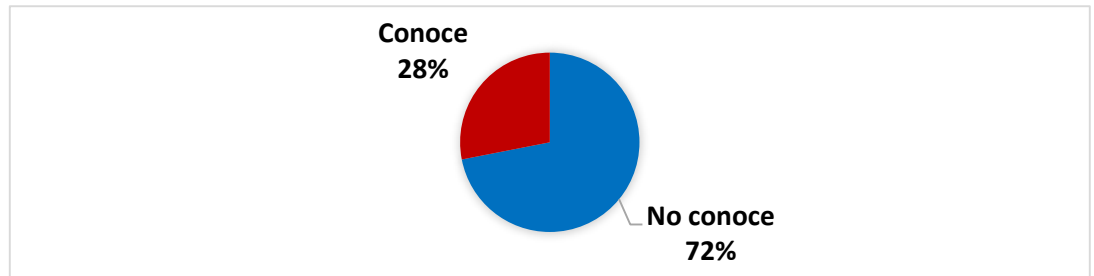
Gráfico 10. Conocimiento de la población de Jaibaná IPS en la ciudad de Manizales sobre eventos que reportarían como error médico.



Los encuestados identifican de manera clara y correcta la mayoría de las acciones que deberían ser reportadas como error médico.

### 6.2.7. Divulgación del sistema de reporte de error médico en los empleados.

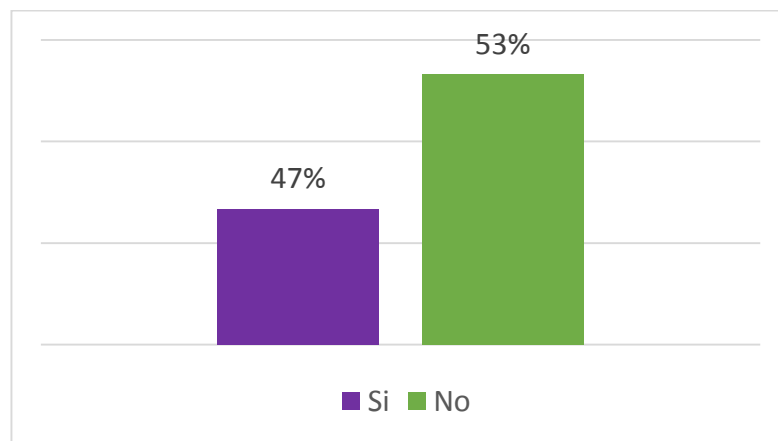
Gráfica 11. Conocimiento de la población de profesionales de salud de Jaibaná IPS de la ciudad de Manizales sobre el sistema de reporte de error médico.



Se identificó que la mayoría de la población encuestada tiene conocimiento sobre la existencia del sistema de reporte para el error médico.

### 6.2.8. Percepción del sistema de reporte de error médico en los profesionales de la salud.

Gráfico 12. Aprobación o desaprobación de los profesionales de la salud de Jaibaná IPS de la ciudad de Manizales sobre el cambio del formato de reporte.



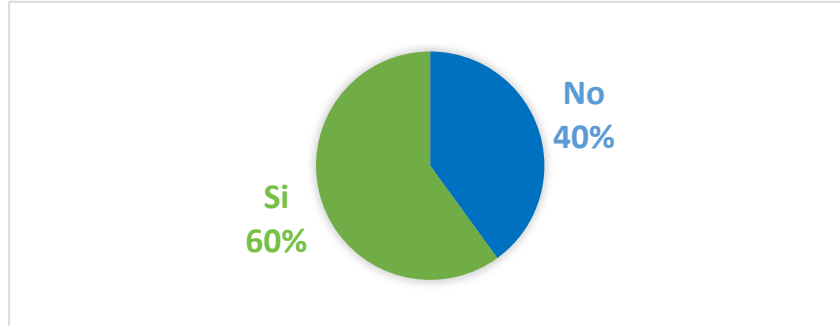
Se encuentra una posición dividida entre los profesionales de la salud acerca de que se cambie el formato del reporte del EM, ya que en las justificaciones se encuentran percepciones como que el formato es muy extenso y dispendiosos para su diligenciamiento y la otra parte afirma que el formato tiene los requerimiento



necesarios para un análisis completo que ayude a desarrollar planes de mejora que permitan mejorar la calidad de la atención de forma continua.

### **6.2.9. Relación de un sistema de incentivos con el número de reporte de error médico**

*Gráfico 13.* Opinión sobre la necesidad de implementar un sistema de incentivos para incrementar el reporte de errores médicos en los profesionales de la salud de Jaibaná IPS de la ciudad de Manizales.



Se halla que la mayoría de la población cree que aumentaría el número de reportes si la institución crea un sistema de incentivos.

### 6.3. Diseñar un plan de mejora según las falencias encontradas.

PLAN DE MEJORA					
JAIBANÁ IPS DE LA CIUDAD DE MANIZALES					
¿QUÉ?	¿COMÓ?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	¿POR QUÉ?	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Falencia en el conocimiento del significado de error médico	Brindar capacitaciones sobre error médico a los profesionales de la institución, permitiendo interiorizar de manera positiva el conocimiento	Líder de calidad	Capacitaciones mensuales de la institución	Permitirá mejorar el conocimiento de los profesionales, la calidad en la atención y el reporte relacionados con error médico.	Registro de asistencia de capacitación y actas
Desconocimiento de algunos profesionales del formato con el cual se realiza el reporte de error médico	Realizar retroalimentación sobre el formato en que se debe realizar el reporte de error médico	Líder de calidad	Programación de reinducciones periódicas	Conociendo el formato de reporte se disminuye el subreporte	Registro de asistencia de capacitación y actas
Formato de reporte de error médico extenso y difícil	Evaluar con el comité de calidad la posibilidad de realizar un cambio del formato de reporte de error médico	Comité de Calidad	Próxima reunión del comité de calidad	Los profesionales de la salud justifican el subreporte por la complejidad del sistema del reporte	Acta del comité, formato nuevo
Percepción positiva de los profesionales en la creación de un sistema de incentivos para incrementar el reporte de errores médicos	Creación de sistema de incentivos para los profesionales de Jaibaná IPS.	Gerencia y comité de calidad	Próxima reunión del comité de calidad	Generar una base adecuada de reportes permite una retroalimentación constante a los profesionales para mejorar la calidad en la atención de la institución.	Acta de creación del sistema de incentivo

## 6.4 Discusión de resultados

Los resultados de la presente investigación no se alejan de los antecedentes descritos, iniciando desde la cultura punitiva que se tiene relacionada con el reporte del error médico descrita por Alsafi y sus colaboradores.

Según Raul Carrillo, Vicente Odio y W Ruiz en cada uno de sus artículos y sus colaboradores reportan la falta de conocimientos adecuados sobre error médico en los profesionales de la salud, propicia las conductas inadecuadas para la atención del paciente con calidad y seguridad, de la misma forma limita la formación continua que se genera por procesos de retroalimentación constante, lo que sucede en Jaibaná IPS.

Existen múltiples factores que incrementan la posibilidad de incurrir en un error médico, descritos por Tejada, Schwappach y Urzola, reiterados por la población estudiada como la falta de adherencia a guías y protocolos, como otros que trascienden el ámbito institucional, como lo son la sobrecarga laboral por la necesidad de múltiples empleos, cansancio y fatiga.

Otro hallazgo referenciado en el artículo “Error médico asociado a múltiples trabajos: un problema con trasfondo económico” de Tejada, que aplica para este proyecto, es que aún existe el temor de perder prestigio profesional y crear una atmosfera negativa en el ámbito laboral si se realiza el reporte de error médico.

Asociado a la deficiencia en los conocimientos se presenta un sistema de reporte que no es amigable para todos los profesionales, que debe llevar el nombre del profesional, por lo que no cumple con los lineamientos del Ministerio de la Salud y Protección Social, lo que favorece el subreporte que va en contra de la políticas de seguridad del paciente, lo que conlleva a que el indicador de reporte de error médico esté relacionado directamente con la transparencia de la institución.

En concordancia con Carrillo, et al, se encontró la falta de compromiso para brindar a los profesionales de la salud los implementos necesarios para realizar los actos médicos, llevando esto a que se desarrollen errores médicos.

Dentro de las limitaciones se encuentra la formulación de preguntas cerradas con obligación de justificar, con lo cual no logró completamente el objetivo, pues con un punto podían avanzar en el instrumento y dar motivos reales en el momento de los resultados.

Se planteó identificar la relación entre el nivel educativo y el año de finalización del pregrado con los conocimientos y prácticas sobre error médico pero no se encontró la forma de asociación, lo que podría dar pie a la realización de nuevos proyectos.

Finalmente se realizaron unos resultados generalizados para todos los profesionales de la salud, sin tener en cuenta que cada profesión tiene su micro cultura, su ejercicio profesional es diferente en personal asistente, atención al usuario, actividades programadas con horas exactas que repercute en la realización de los reportes relacionados con seguridad del paciente.

## 7. CONCLUSIONES

### 7.1. Caracterizar socio-demográficamente la población

- Los profesionales de la salud de Jaibaná IPS son jóvenes y predomina el género femenino.
- El nivel educativo predominante en los empleados de la institución es de pregrado.

### 7.2. Identificar el nivel de conocimiento y prácticas sobre error médico

- Existen una confusión de conocimientos entre el concepto de error médico y evento adverso entre los profesionales de la salud.
- El subreporte es una realidad en Jaibaná IPS secundario a al desconocimiento sobre el concepto de error médico, la percepción de posibilidad de amonestaciones y la complejidad del formato.

### 7.3. Diseñar un plan de mejora según las falencias encontradas

- Según los hallazgos de la investigación se desarrolló un plan de mejora, utilizando el formato 5 WH que se encuentra en el **ANEXO F**.

## 8. RECOMENDACIONES

Se recomienda al gerente y líder de calidad de la institución evaluar la posibilidad de generar jornadas de capacitación sobre los conceptos básicos y la importancia que tiene en la actualidad el error médico, haciendo hincapié en sus definiciones e implicaciones, en la seguridad del paciente y del acto médico en general.

Por otro lado se conoce que la IPS presta servicios a una EPS que es quien indica el formato en el cual se deben realizar los reportes de incidentes y eventos adversos, el cual, como sugieren los resultados de la aplicación del instrumento, no es amigable para muchos de los funcionarios.

Se recomienda a la líder de calidad contemplar la generación de un sistema de reporte que facilite al personal asistencial el diligenciamiento en el cual se incluya no solo incidentes y eventos adversos, que deben ser reportados con obligatoriedad a la EPS, sino todos los elementos que hacen parte del concepto de error médico.

Se sugiere al gerente y a la líder de calidad que generen un espacio que permita la retroalimentación sobre los errores médicos sucedidos durante un periodo de tiempo específico de forma anónima, con fines educativos.

De los resultados de este estudio sale la recomendación de buscar mecanismos para mantener un alto nivel de capacidad y competencia a través de una educación continua enfocada en aplicar las medidas de seguridad y prevención de riesgo para los pacientes, recomendación que ya había sido enfatizada por otros autores como Fijardo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fijardo Olci G; Meljen Moctezuma J; Rodríguez Suarez F J; Zavala Villavicencio JA. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. Revista CONAMED 2012, Vol. 17 num.1 ISSN 1405-6704. México D.F.
2. Vasquez Frias J A; Villalba Ortiz P; Villalba Caloca J; Montiel Falcon H; Hurtado Reyes C. EL error en la práctica médica ¿Qué sabemos al respecto? Departamento de Cirugía General del Centro Medico ABC, Departamento de Oftalmología del Centro Medico ABC, Departamento de Cirugía Experimental del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias ABC, Departamento de Medicina Interna del Centro Medico ABC, Departamento de Anestesiología del Centro Medico ABC, TLAXALA 05300, México,D.F. An Med (Mex)2011; 56(1): 49-57.
3. González LE, Gallardo EG. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA: LA DIFERENCIA ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE. Revista Digital Universitaria 2012, Vol. 13 (8). <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.html>
4. Carrillo Esper, Raúl; Carrillo Córdova, Jorge Raúl; Carrillo Córdova, Luis Daniel. *Incidentes críticos y error en la atención médica: ¿es el médico o el sistema?; Medicina Interna de México.* may/jun2011;Vol. 27 (3):284-293, Base de datos: MedicLatina.
5. Vicente Odio, Eladio Francisco. Enfoque pedagógico del error médico. Revista Cubana de Educación Médica Superior. oct-dic2014, Vol. 28 Issue 4, p790-799. 10p. Language: Spanish. , Base de datos: MedicLatina.
6. Tejada JE, Pizango O, Alburquerque MA. Error médico asociado a múltiples trabajos: un problema con trasfondo económico. CIMEL. 2014
7. Germán Fajardo-Dolci, José Meljem-Moctezuma, Ignacio Villalba-Espinosa, Francisco Venegas-Páez, Héctor Aguirre-Gas. La prevención como centro del modelo de salud en el siglo XXI. Revista CONAMED, vol.17, núm. 1, enero-marzo, 2012 ISSN 1405-6704
8. Schwappach D. Risk factors por patient-reported medical errors in eleven countries. Health Expectations 2011; 17: 321-331.
9. Alsafi E, Baharoon S, Ahmed A, Al-Jahdali H, Al Zahrani S, Al Sayyari A. Physicians' knowledge and practice towards medical error reporting: a cross-sectional hospital-based study in Saudi Arabia/Connaissances et pratiques des médecins concernant la notification des erreurs médicales : étude transversale en milieu hospitalier en Arabie saoudite. Eastern Mediterranean Health Journal 2015 09;21(9):655-664.
10. Ruiz W.LA RESPONSABILIDAD MEDICA EN COLOMBIA.Revista.javerianacali.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/... 962.
11. Diego A. Artilles Granda, I Lic. Irene Balmaseda Bataille, II Ca. Amanda Laura Prieto Valdés III , Responsabilidad ante el error y la mala práctica del actuar

médico. Rev Cubana Ortop Traumatol vol.27 no.1 Ciudad de la Habana ene.-jun. 2013

12. Ghazal L, Saleem Z, Amlani G (2014) A Medical Error: to Disclose or Not. J Clin Res Bioeth 5: 174 <http://dx.doi.org/10.4172/2155-9627.1000174>
13. Shanks L, Bil K, Fernhout J. Learning without Borders: A Review of the Implementation of Medical Error Reporting in Médecins Sans Frontières. PLoS One 2015 09;10(9).
14. Urzola Delgado.E.Alberto. Errores Medicos ¿Cómo Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (SCARES) páginas: 43-50 Disponible en: <http://www.medicolegal.com.co/articulo/subtema/437>
15. National Guard Health Affairs, King Abdulaziz Medical City, Ethical standards for disclosing a medical error . Princess Noorah Oncology Centerl and Community Medicine, University of Bristol, Bristol, United Kingdom , Jeddah, Saudia Arabia. Centre for Ethics in Medicine, School of Socia.Medicine Science 2013;2(3) ;722-33.
16. Nancy H. Santamaría-Benhumea, Adriana Garduño-Alanís, José A. de la Rosa Parra, Marlen Santamaría-Benhumea, José P. Rueda-Villalpando, Javier E. Herrera-Villalobos.Aspectos legales del error médico en Mexico, Revista CONAMED, vol19, num1, enero2014, pag32-36.
17. Kaiser hospital fined for med storage error. Healthcare Risk Management 2012 02.
18. Moreira AP, Junior, Alves DCF, Antão R, Moreira RSP, Silva LM, Alves, María do Socorro Costa Feitosa. PERCEPTION OF MEDICAL ERRORS AMONG HEALTH PROFESSIONALS AND STUDENTS/PERCEPÇÃO DO ERRO MÉDICO ENTRE PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DE SAÚDE/PERCEPCIÓN DE ERROR MÉDICO PARA LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ESTUDIANTES DE LA SALUD. Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online 2013 Jul; 5(3):304-310. Blanca Piedad Cifuentes. Auditoría del Servicio. CES Salud Pública. 2015; 6: 100-113.
19. Marco institucional consultado el 2 de Abril de 2016 en: <http://www.jaibanaips.com/noso>.
20. Machucca A Deysi Astrid, LA AUDITORÍA CONCEPTO ACTUAL O ANTIGUO, Ciencia y Cuidado. Universidad Francisco de Paula Santander. Vol. 4, N°4 2007 – ISSN- 17949831.
21. Osorio S Guido, Sayes V Nilda, Fernández M Lautaro, Araya C Ester, Poblete M Dennis. Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Rev. méd. Chile [Internet]. 2002 Feb [citado 2016 Abr 03]; 130( 2 ): 226-229. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000200014&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000200014&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000200014>.
22. Blanca Piedad Cifuentes. Auditoria del servicio. CES Salud Pública. 2015; 6: 100-113.



23. Jaramillo E. Reconocimiento y prevención del error en los cuidados de salud. (Spanish). Cuadernos Médico Sociales [serial on the Internet]. (2010, Sep), [cited November 3, 2015]; 50(3): 202-207. Available from: MedicLatina.
24. Gladis Adriana Vélez Álvarez. El error en la práctica médica: una presencia ineludible. IATREIA; Vol 19 (1). 2006.
25. Ana T Alvarado Guevara, Gretchen Flores-Sandí , Errores médicos, Acta Médica Costarricense Vol 51, 2009 Colegio de Médicos y Cirujanos.
26. Tamayo C, Juárez Díaz González N. Error y conflicto en el acto médico. (Spanish). Revista Medica del IMSS [serial on the Internet]. (2003, Nov), [cited October 23, 2015]: 461-463. Available from: MedicLatina.
27. Academia Nacional de Medicina. A PROPÓSITO DE LA DECLARACIÓN DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL SOBRE “ERROR MÉDICO”. Abril 2008.
28. Gustavo Rencoret S. AUDITORIA MÉDICA: DEMANDAS Y RESPONSABILIDAD POR NEGLIGENCIAS MÉDICAS. GESTION DE CALIDAD: RIESGOS Y CONFLICTOS. Revista Chilena de Radiología. Vol 9, No 3; 2003; 157 – 160.
29. Julio César Meirelles Gomes, Genival Veloso de Franca. ERROR MÉDICO. Edición del Conselho Federal de Medicina, Brasilia, Brasil, 1998.
30. Carlos Valenzuela Yuraidini. Error y práctica médica. Responsabilidad del médico. Cuad Med Soc.(Chile) 2009,49(3):178-184.
31. Daza Aliatis Juan Manuel, Jimbo Mendoza Julio Cesar, obeña Macías Gisela Maribel, Toro Castillo Mercedes. Adverse events in the odontological practice. MEDISAN [revista en la Internet]. 2015 Sep [citado 2015 Oct 31]; 19(9): 1158-1162. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015000900013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000900013&lng=es)
32. Franco Astolfo. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colomb. Med. [serial on the Internet]. 2005 June [cited 2015 Oct 27]; 36( 2 ): 130-133. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342005000200011&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342005000200011&lng=en).
33. Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona:SEMFyC; 2004. Reedición 2011.
34. Jorge Alberto Calderón Martínez. La seguridad del paciente en odontología, un punto de vista bioético. Rev CONAMED 2014; (supl): S24-S28.
35. Francesc Borrel Carrió. Seguridad clínica en atención primaria. Los errores médicos. Aten Primaria. 2012; 44 (8): 494 -502.
36. Víctor A. Casquero Montes. El error en la medicina. Rev.peru.pediatr. 60 (2) 2007.
37. Miriam Ruiz Sánchez, Frnacisco Borrell Carrió, Cristina Ortodó Parra, Neus Fernández I Danés, Anna Fité Gallego. Auditorias en seguridad clínica para

centros de atención primaria. Estudio Piloto. Aten Primaria. 2013; 45 (7): 341 – 348.

38. Nazly Larrahondo Moreno, Luz Mora Noreña, María Rodríguez Rengifo, Mercedes Salcedo Cifuentes. Conocimientos en Bioseguridad en Estudiantes de la Facultad de Salud de una Universidad Pública del Valle del Cauca. Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 2 (3); 2012: 13-17.
39. Salas Mainegra Arlene, Salas Perea Ramón Syr. La Bioética en la educación médica superior cubana actual. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2015 Oct 31] ; 26(3): 434-449. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412012000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300009&lng=es).
40. Cardoso U. ¿Podemos aprender de los errores del pasado? (Spanish). Revista Cubana De Salud Pública [serial on the Internet]. (2007, Oct), [cited November 3, 2015]; 33(4): 1-11. Available from: MedicLatina.
41. Cristina González de Jesús, Jesús Santos Guzmán, Gregorio Martínez Ozuna. Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado. Educ Med Super 2014; 28(1):84-91.
42. González-de Jesús Cristina, Santos-Guzmán Jesús, Martínez-Ozuna Gregorio. Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Oct 31] ; 28(1): 84-91. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412014000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100010&lng=es).
43. Suárez Rivero Birsy, Blanco Aspiazú Miguel Ángel, Morales Jiménez Emilio, Suárez Rivero Alujy, Bosch Bayard Rodolfo Isidro. Errores más frecuentes al interrogar y su asociación con la certeza diagnóstica. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2015 Oct 31] ; 41(4): 334-340. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572012000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400003&lng=es).
44. Agustín Orlando, María Piar Agrelo, Gabriela B Rodríguez. Papel del Error Médico en Medicina en la Seguridad del Paciente. Rol del Auditor Médico. Curso Anual de Auditoría Médica. Hospital Alemán.
45. Aguirre-Gas H, Zavala-Villavicencio J, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. (Spanish). Cirugia Y Cirujanos [serial on the Internet]. (2010, Sep), [cited November 3, 2015]; 78(5): 456-462. Available from: MedicLatina.
46. Domínguez B. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. (Spanish). Revista Cubana De Salud Pública [serial on the Internet]. (2005, July), [cited November 3, 2015]; 31(3): 1-10. Available from: MedicLatina.
47. Aguirre-Gas H, Vázquez-Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos.

- (Spanish). Cirugia Y Cirujanos [serial on the Internet]. (2006, Nov), [cited october 23, 2015]; 74(6): 495-503. Available from: MedicLatina.
48. Martín M. LA DISCIPLINA ENFERMERA: EPICENTRO DE LOS ERRORES CLÍNICOS. Cultura De Los Cuidados [serial on the Internet]. (2007, Mar), [cited October 23, 2015]; (21): 63-72. Available from: Fuente Académica Premier.
  49. MENA N. P. Error médico y eventos adversos. (Spanish). Revista Chilena De Pediatría [serial on the Internet]. (2008, May), [cited November 3, 2015]; 79(3): 319-326. Available from: MedicLatina
  50. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2008.
  51. República de Colombia. Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá D.C.: MINSAL; 2008.
  52. Francesc Borrel Carrio, Carmen Páez Regadera, Rosa Suñol Sala, Carola Orrego Villagan, Neus Gil Terrón, Magdalena Martí Nogués. Errores Clínicos y Eventos Adversos: percepción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 2006; 38 (1): 25-32.
  53. Saúl Rugeles, José Felix Castro, Álvaro José Borrero. Errores en la atención en salud: estudio piloto para el diseño de procesos más seguros en el Hospital Universitario San Ignacio. Rev Colomb Cir; 2004, 19 (2).
  54. Anuar Andrés Hernández Nieto, Jorge Luis Montoya Mendoza, Miguel Ángel Simancas Pallares. CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE BIOSEGURIDAD EN ESTUDIANTES DE ODONTOLGÍA. Revista Colombiana de Investigación en Odontología 2012; 3(9): 148 – 15.
  55. María Fernanda Duque Ferro. IDENTIFICACION DE LOS ERRORES QUE SE COMETEN CON MAS FRECUENCIA EN LAS DIFERENTES FASES DE CONTROL DEL LABORATORIO CLÍNICO Y SU IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Facultad de Ciencias Carrera de Bacteriología 2012.
  56. Smith JP. Building a Winning Team: Management for the Radiologist’s Employees. AJR 1988; 151: 135-140.
  57. Luz H Restrepo Sierra, Marcela M López Ríos. Sistema de información para la calidad en salud: una realidad por explorar, para conocer y decidir responsablemente. Revista CES Salud Publica *Volumen 6 No. 1*. 2015;6:52-62.
  58. Donny Valencia Murillo, Johnnie Meléndez Vargas, Luz B. Castaño Botero. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LAS DEMANDAS POR PERTINENCIA MÉDICA POR FALLAS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO EN UNA ESE

DE PRIMER NIVEL. ANTIOQUIA 2001 – 2006. Universidad CES, Medellín 2008.

59. Definición de demografía, revisada el 6 de Noviembre de 2015 <http://es.thefreedictionary.com/demograf%C3%ADa>
60. Definición de personal sanitario por la OMS, revisado el 3 de Noviembre de 2015 en: [http://www.who.int/topics/health\\_workforce/es/](http://www.who.int/topics/health_workforce/es/).
61. Definición de plan de mejoramiento, revisada el 21 de Marzo de 2016 en: <http://www.sena.edu.co/transparencia/gestion-de-evaluacion-y-control/Paginas/plan%20de%20mejoramiento.aspx>
62. Carmen Luisa Betancur P. Gerencia del cuidado hospitalario. ECOE EDICIONES. Segunda edición, página 73.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aranza JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. Gestión Sanitaria. Calidad y Seguridad de los pacientes. Fundación MAPFRE. Madrid: Díaz de Santos; 2008.
2. Biblioteca Universitaria. Universidad de Malaga. NORMAS DE VANCOUVER: GUIA BREVE.
3. Carlos Sabino, Jesús Reyes. EL PROYECTO DE INVESTIGACION Guía para su elaboración. 1999.
4. Carmen L Betancur Pulgarin. GUIA PARA LA ELABORACION DE ENSAYOS EN INVESTIGACION. Octubre 2015, recopilado el 03, Octubre del 2015.
5. Carmen L Betancur Pulgarin. LA INVESTIGACION, HERRAMIENTA PARA EL EQUIPO DE SALUD. Octubre 2015, recopilado el 01 de noviembre del 2015.
6. Daniel Cauas. Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación.
7. Family Health International. Currículo de capacitación sobre la ética de la investigación. Resumen del texto procedente de : <http://www.fhi.org/training/sp/RETC/>
8. Fernando Palazzolo. El tema de investigación: Claves par pensarlo y delimitarlo. El tema de Investigación comprende la etapa inicial del proceso de escritura de tesis. su elección, muchas veces, esta asociada a la complejidad que implica precisar los limites el propio trabajo. Sin embargo, las definiciones mas simples serán las que orienten mejor los esfuerzos del investigador, aquellas que lo conecten con sus propias motivaciones e inquietudes sobre el campo de estudio. diCom 2011.
9. Mariana A Hernández Perez, Maria B Mestres Zarate, Liliana Mora Rodríguez, Nuris E Ramírez Suarez FACTORES ASOCIADOS A ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UNA IPS DE TERCER NIVEL EN CARTAGENA, PRIMER SEMESTRE 2013. Corporación Universitaria Rafael Núñez. 2013.
10. Ministerio de Salud y la Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>.
11. Organización mundial de la Salud. <http://www.who.int/es/>.
12. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org/hq/?lang=es>.
13. Profesora Dilia Balliache. GUIA: UNIDAD I, EL PROBLEMA Y SU DELIMITACION.
14. Sandra Milena Cortez Muñoz. Unidad 1 Conceptualización general y acercamiento a ideas de investigación. Fundación Universitaria del Área Andina. Seminario de investigación.
15. Sandra Milena Cortez Muñoz. Unidad 2 Alcances de la Investigación y objetivos. Fundación Universitaria del Área Andina. Seminario de investigación.
16. Sandra Milena Cortez Muñoz. Unidad 3 Diseño y construcción del marco referencial. Fundación Universitaria del Área Andina. Seminario de investigación.

17. Sandra Milena Cortez Muñoz. Unidad 4 Diseño de investigación. Fundación Universitaria del Área Andina. Seminario de investigación.
18. Roberto Hernández Sampieri expone: ¿Cómo hacer investigación en la universidad? 2/3. <https://www.youtube.com/watch?v=s4Z4NXfp9tk>.
19. Sampieri, Capítulo 2. <https://www.youtube.com/watch?v=EFA91yxgm4>.
20. Universidad Esternado de Colombia. Tutorial para la Presentación de Tesis, Trabajos de Grados y Otros. NTC 1486. <https://www.youtube.com/watch?v=quM82SfQR8A>.

## ANEXOS

### A. Matriz de Objetivos

MATRIZ DE OBJETIVOS									
Objetivos	Concepto	Definición de Conceptos	Variables	Definición de Variable	Nivel de Medición	Indicadores	Fuente	Pregunta	Respuesta
1. Caracterizar socio-demográficamente la población	Caracterización Sociodemográficas	Ciencia que estudia estadísticamente la composición, estado y distribución de las poblaciones humanas.	Genero	agrupación de seres vivos que comparten ciertas características	Nominal	Proporción hombres /mujeres	Encuesta	Genéro	Femenino Masculino Transsexual
			Edad	Número de años cumplido	Nominal	Razón de profesionales mayores 35 años/ menores de 35 años	Encuesta	Edad	Número de años cumplidos
			Máximo Nivel Educativo Alcanzado	Hace referencia al último nivel cursado y aprobado en escala académica.	Nominal	% de profesionales con estudios adicionales al pregrado.	Encuesta	Ha realizado estudios de posgrado?	Si/No, Cual?
	Profesionales Sanitarios de Jaibaná IPS Sede Manizales	Todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.	Médico	Personal que ejerce legalmente la medicina	Nominal	Frecuencia de Médicos	Encuesta	¿Qué profesión tiene?	Médico, profesional de enfermería, odontólogo, bacteriólogo
			Enfermera Profesional	Persona que cuida a los enfermos y asiste a los médicos	Nominal	Frecuencia de Enfermeras			
			Ondóntologo	Profesional de la salud que se encarga del diagnóstico tratamiento y prevención de aparato estomatognático.	Nominal	Frecuencia de Odontólogos			
			Bacteriólogo	Profesional especializado en el estudio y procesamiento de muestra biológicas.	Nominal	Frecuencia de Bacteriólogos			
2. Identificar el nivel de conocimiento y prácticas sobre el error médico	Conocimiento sobre error médico	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje sobre error médico.	Resultado de prueba de conocimiento	No aplica	Cuantitativa Continua	% de profesionales con resultado superior al 70%	Prueba de Conocimiento	La acción errónea por omisión o acción en el proceso de diagnóstico y/o tratamiento de un paciente; es la definición de:	Error Médico
	Prácticas que acercan a los errores médicos	Falta de conocimiento, planeación y ejecución del acto médico	Reporte de Error Médico	No aplica	Nominal	% de profesionales que reportan más de 2 Errores Médicos al mes	Encuesta	¿En promedios cuantos reportes de Error Médico realiza al mes?	Ninguno, Menos de 2, entre 2 y4, más de 4
3. Diseñar un plan de mejora según las falencias encontradas.	Plan de mejora	Conjunto de elementos de control para corregir desviaciones encontradas por autoevaluación o heteroevaluación.	Hallazgos encontrados	No aplica	Nominal	Frecuencia de profesionales con falencias significativas en conocimientos y prácticas sobre error médico	Encuesta	Encuesta	Respuestas del instrumento
	Falencias en el conocimiento sobre error médico	Carencia en el conocimiento sobre error médico y las prácticas	Carencia de Conocimiento	Carencia en el conocimiento sobre error médico y las prácticas relacionadas en los profesionales de la salud de Jaibaná IPS	Nominal	Frecuencia de profesionales con falencias significativas en conocimientos y prácticas relacionadas con Error Médico	Prueba de Conocimiento	Encuesta	Respuestas del instrumento
			Temor a conductivas punitivas	Sensación de agustia al considerar que algo perjudicial o negativo ocurra o haya ocurrido.	Nominal	% de profesionales que creen que pueden ser despedidos/amonestados al realizar un reporte de error médico	Encuesta	Cree que puede ser despedido o amonestado a realizar un reporte de un error médico?	Si/No

## B. Instrumento

# INSTRUMENTO

Conocimiento y prácticas sobre error médico en profesionales de la salud, Jaibaná IPS. Primer trimestre de 2016.

\*Obligatorio

### 1. Género \*

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino
- Transexual o Indeterminado

### 2. Edad en años cumplidos \*

Marca solo un óvalo.

- 20 a 25 años
- 26 a 30 años
- 31 a 35 años
- 36 a 40 años
- Mayores de 40 años

### 3. ¿Cuál es su profesión? \*

Marca solo un óvalo.

- Médico(a)
- Enfermero(a)
- Bacteriólogo(a)
- Odontólogo(a)

### 4. ¿Cuál es su grado más alto de formación académica? \*

Especifique en otro cual fue su estudio de posgrado

Marca solo un óvalo.

- Pregrado
- Especialización
- Maestría
- Doctorado

### 5. ¿Hace cuanto tiempo recibió el último título académico? \*

-----  
Ejemplo: 15 de diciembre de 2012



**6. Título Académico \***

Especifique que estudios de posgrado ha recibido

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**7. ¿Cuántos reportes relacionados con error en la prestación del servicio de salud generó en el último mes? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Ninguno
- Entre 1 y 2
- Entre 3 y 4
- 5 o más

**8. La acción errónea por omisión o acción en el proceso de diagnóstico y/o tratamiento de un paciente; es la definición de: \***

*Marca solo un óvalo.*

- Error Médico
- Evento Adverso
- Negligencia
- Mala fe
- Impericia
- Todas las anteriores

**9. ¿Cree que Jaibaná IPS puede tomar decisiones de despedido o amonestación al realizar usted como profesional de ala IPS un reporte de un error médico? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No

**10. Justifique su respuesta \***

¿Cree que Jaibaná IPS puede tomar decisiones de despedido o amonestación al realizar usted como profesional de ala IPS un reporte de un error médico?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

11. **¿Cuales son las causas más frecuentes por las que se pueden generar los errores médicos? \***

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Negligencia, Impericia, Imprudencia
- Sobrecarga Laboral
- Cansancio
- Falta de Adherencia a los protocolos

12. **¿Porque considera importante el reporte del error médico para el grupo de profesionales, la institución y los pacientes? \***

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

13. **¿Conoce usted si Jaibaná IPS ofrece capacitaciones periódicas acerca de error médico y seguridad del paciente? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No
- No Sabe

14. **¿Que Capacitaciones a recibido por parte de Jaibaná IPS? \***

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

15. **¿Cuales de las siguientes acciones reportaría usted como error médico? \***

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Fomulación de medicamento equivocado
- Caída de paciente
- Punción con objeto corto punzante
- Administración de medicamento equivocado
- Diagnóstico equivocado

16. **¿Jaibaná IPS cuenta con un sistema de reportes para el error médico? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No
- No Sabe

17. **¿Considera usted pertinente el cambio del formato del reporte de error médico de su IPS? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No

18. **Justifique su respuesta \***

¿Considera usted pertinente el cambio del formato del reporte de error médico de su IPS?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

19. **¿Cree que se aumentaría el número de reportes si Jaibaná IPS implementara un sistema de incentivos? \***

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No

20. **Justifique su respuesta \***

¿Cree que se aumentaría el número de reportes si Jaibaná IPS implementara un sistema de incentivos?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## C. Consentimiento Institucional

Pereira, Febrero 27 de 2016

Doctor  
Esteban Delgado Castaño  
Representante Legal de Jaibaná IPS  
**JAIBANÁ IPS**

Cordial saludo,

Las estudiantes Elsa Victoria Bernal Moreno y Paola Botero Mejía de la Especialización de Auditoría en Salud se encuentra presentando el proyecto para trabajo de grado: "Conocimiento y prácticas sobre error médico en Profesionales de la salud de Jaibaná IPS primer trimestre de 2016" Las estudiantes requieren acceso a las glosas del segundo semestre del 2015.

Las estudiantes están bajo la asesoría temática del docente Jhon Byron Eusse Londoño y metodológica de la docente Carmen Luisa Betancur Pulgarin.

Como resultado el trabajo se entregará a su institución en medio magnético y los estudiantes lo deben sustentar. Esta información es solicitada con **finés netamente académicos**.

Agradezco su colaboración,

Atentamente,

  
*Carmen Inés Quijano Del Gordo*  
**Carmen Inés Quijano Del Gordo**  
Directora Centro de Posgrados  
Facultad Ciencias de la Salud

## D. Respuesta Consentimiento Institucional



Manizales, Marzo de 2016

Señores  
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA  
Att DRA CARMEN INÉS QUIJANO  
Coordinadora centro de posgrados  
SEDE PEREIRA

Yo, ESTEBAN DELGADO CASTAÑO con CC 80134211, concedor del proyecto de investigación "Conocimiento y prácticas sobre error médico en profesionales de la salud, de Jaibana IPS. Primer Trimestre de 2016" a realizarse por Elsa Victoria Bernal Moreno y Paola Botero Mejía, teniendo en cuenta que el proyecto beneficia a la comunidad institucional y no causa daño sobre trabajadores ni pacientes, autorizo su realización.

Clarifico que de ser necesario la institución se retirará del proyecto en el momento que se considere pertinente sin perjuicio para los investigadores o para la institución.

La comunidad institucional deberá conocer los resultados antes que ninguna otra instancia.

*Esteban Delgado C.*  
**ESTEBAN DELGADO CASTAÑO**  
Gerente

E. Consentimiento informado

**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA**



Estimado profesional.

Nos encontramos realizando un trabajo de investigación acerca del conocimiento y practicas sobre el error médico en los profesionales de la salud de Jaibaná IPS.

El objetivo de la presente investigación es identificar el nivel de conocimiento y las practicas relacionadas con el error médico, permitiendo identificar las falencias y falsas creencias sobre las consecuencias del reporte, posteriormente los resultados estarán disponibles para la institución para realizar la retroalimentación pertinente y mejorar el sistema de reporte.

A continuación, comedidamente les solicitamos realizar una encuesta para determinar los conocimientos acerca del tema y posibles problemas que existan para reportar dichos eventos. los datos suministrados no serán divulgados, ni utilizados con fines diferentes a los del presente estudio. De antemano damos agradecimientos por la colaboración y la veracidad de la información.

Consentimiento.

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en realizar la encuesta. Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Cc no \_\_\_\_\_

Nombre el investigador \_\_\_\_\_

Cc no \_\_\_\_\_

## F. Plan de Mejora

PLAN DE MEJORA					
JAIBANÁ IPS DE LA CIUDAD DE MANIZALES					
¿QUÉ?	¿COMÓ?	¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	¿POR QUÉ?	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Falencia en el conocimiento del significado de error médico	Brindar capacitaciones sobre error médico a los profesionales de la institución, permitiendo interiorizar de manera positiva el conocimiento	Líder de calidad	Capacitaciones mensuales de la institución	Permitirá mejorar el conocimiento de los profesionales, la calidad en la atención y el reporte relacionados con error médico.	Registro de asistencia de capacitación y actas
Desconocimiento de algunos profesionales del formato con el cual se realiza el reporte de error médico	Realizar retroalimentación sobre el formato en que se debe realizar el reporte de error médico	Líder de calidad	Programación de reinducciones periódicas	Conociendo el formato de reporte se disminuye el subreporte	Registro de asistencia de capacitación y actas
Formato de reporte de error médico extenso y difícil	Evaluar con el comité de calidad la posibilidad de realizar un cambio del formato de reporte de error médico	Comité de Calidad	Próxima reunión del comité de calidad	Los profesionales de la salud justifican el subreporte por la complejidad del sistema del reporte	Acta del comité, formato nuevo
Percepción positiva de los profesionales en la creación de un sistema de incentivos para incrementar el reporte de errores médicos	Creación de sistema de incentivos para los profesionales de Jaibaná IPS.	Gerencia y comité de calidad	Próxima reunión del comité de calidad	Generar una base adecuada de reportes permite una retroalimentación constante a los profesionales para mejorar la calidad en la atención de la institución.	Acta de creación del sistema de incentivo