

PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA. BOGOTÁ. 2014 - 2015

Una Tesis Presentada Para Obtener El Título De
Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social
Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá

Diana Bricyid Sánchez Cote
Jaime Alberto Camelo Barreto
Clara Margarita Giraldo Luna
Julio 2015

Director Doctor: Gustavo Jaimes Monroy. MSc. PhD
Fundación Universitaria del área Andina, Bogotá

Diana Bricyid Sánchez Cote
Jaime Alberto Camelo Barreto
Clara Margarita Giraldo Luna
Julio 2015

Dedicatoria

iii

A Dios, por darnos la oportunidad de aprender y compartir experiencias de conocimiento con personas que a lo largo de la maestría aportaron a nuestra formación y crecimiento personal y profesional.

A nuestras familias por su inmensa comprensión, apoyo, paciencia e infinito amor, convirtiéndose en el pilar fundamental para el cumplimiento de nuestras metas.

Agradecimientos

iv

Agradecemos de manera especial a las personas que nos acompañaron y orientaron en el desarrollo de este proceso, a las Directivas de la Fundación Universitaria del Área Andina, al Doctor Giovane Mendieta Izquierdo, Director de la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social; Paola Alvis Duffó, Coordinadora Académica de la maestría en Salud Pública y Desarrollo Social, y al Doctor Gustavo Jaimes Monroy, asesor metodológico de la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social y director de nuestra tesis.

A la EAPB por permitirnos utilizar los datos de los pacientes del programa de atención domiciliaria; a los gestores de calidad y personal de salud de las IPS que participan en el programa, por la colaboración y la disposición en la revisión y análisis de los eventos adversos que fueron incluidos en la investigación.

A los compañeros de la investigación, ya que sin ellos este proceso no se hubiera podido realizar.

La seguridad del paciente y la atención domiciliaria se han convertido en un tema de importancia en la salud pública, un tema que no solo afecta a la institución sino al individuo, la familia, la comunidad y su entorno, donde es inevitable que se presenten errores en la atención y sobre vengan los indicios de atención insegura que pueden originar un incidente o un evento adverso prevenible o no; es por ello que el objetivo de este trabajo es establecer la prevalencia y tipos de eventos adversos que impactan la calidad de la atención domiciliaria en pacientes crónicos en una Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) de Bogotá. Para este fin se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal; como población de estudio se tomaron los registros de los pacientes crónicos domiciliarios que presentaron indicios de atención insegura y que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo de tiempo donde la EAPB inició la identificación e inclusión de pacientes al programa domiciliario. Una vez identificados los casos se procedió a hacer la caracterización y análisis de la información validando con aquella existente en las historias clínicas de los pacientes durante la atención periódica, asegurando la totalidad de la información. Se realizó la identificación de factores de riesgo asociados a los eventos adversos y la prevalencia de los mismos dentro del programa de atención domiciliaria, y se encontró que la prevalencia de eventos adversos fue 1,0% IC 95% [0,66-1,45] y en incidentes de 0,2% IC 95% [0,07 – 0,44], el grupo de edad más afectado es el de mayores de 75 años, siendo las caídas de su propia altura los eventos más frecuentes con el 68%; el 100% fueron eventos prevenibles; el 96% eventos adversos leves, y el 4%, moderados. El factor contributivo que más impacta es el equipo con un 68%. Con respecto a los cuidadores, el 36% no tienen ninguna relación familiar, no asistieron a talleres de cuidadores y en su gran mayoría solo tienen secundaria. Se puede concluir que la atención domiciliaria tiene los mismos riesgos de presentar eventos de atención insegura y se da la necesidad de proponer medidas de intervención para disminuir impactos negativos en esta población al igual que desarrollar estudios más amplios para este ámbito domiciliario.

Palabras claves: Atención domiciliaria, eventos adversos, indicios de atención insegura, seguridad del paciente.

Abstract

Patient safety and home care have become a major issue in public health, an issue that affects not only the institution but the individual, family, community and environment where errors occur is inevitable in attention and come signs of unsafe care that can cause an incident or a preventable adverse event or not; It is why the aim of this study is to establish the prevalence and types of adverse events that impact the quality of home care in chronic patients in an Administrative Company Benefit Plans (EAPB) of Bogota, for this purpose took place one transversal descriptive study, as the study population records domiciliary chronic patients who had evidence of unsafe care and who met the inclusion criteria in the time period where the EAPB initiated the identification and inclusion of patients at home program were taken. Once identified cases proceeded to do the characterization and analysis of information validating that existing historical patients during routine care, ensuring all information. Identifying risk factors associated with adverse events and the prevalence of them within the home care program was conducted and found that the prevalence of adverse events was 1.0% 95% CI [0.66 to 1, 45] and incidents 0.2% 95% CI [0.07 to 0.44], the age group most affected is that of over 75 years, with falls of its own height more frequent events with the 68%, 100% were preventable events, 96% mild adverse events and 4% moderate. The contributory factor is most striking is the teams, with 68%, whit respect to 36% of caregivers have no family relationship, did not attend workshops caregivers and mostly have only secondary. It can be concluded that home care has the same risk of suffering an event of unsafe care and given the need to propose intervention measures to reduce negative impacts on this population as well as develop more extensive studies for this home environment

Keywords: Home care, adverse events, evidence of unsafe care, patient safety.

Capítulo 1.....	¡Error! Marcador no definido.
Planteamiento del problema.....	¡Error! Marcador no definido.
Descripción del problema.....	1
Justificación.....	3
Alcance.....	5
Espacial.....	5
Temporal.....	5
Objetivos.....	6
Objetivos generales.....	6
Objetivos específicos.....	6
Capitulo 2.....	7
Marco de referencia.....	7
Antecedentes.....	7
Definiciones Básicas.....	14
Calidad en la atención en Salud.....	16
Definiciones de Calidad.....	16
Principios de Calidad.....	17
Garantía de Calidad.....	17
Gestión del riesgo.....	¡Error! Marcador no definido.
Seguridad del Paciente.....	21
Definición.....	21
Modelo Conceptual.....	23
El Protocolo de Londres.....	25
Factores Contributivos.....	26
Atención Domiciliaria.....	26
Definición.....	26
Modelo de Atención Domiciliaria en la EAPB en estudio.....	28
Normatividad.....	30
Capitulo 3.....	¡Error! Marcador no definido.
Metodología.....	37
Tipo de estudio.....	37
Población.....	37
Población Blanco.....	37
Población elegible.....	37
Criterios de inclusión y de Exclusión.....	37
Variables.....	38
Técnicas e instrumentos de recolección.....	¡Error! Marcador no definido.
Procedimientos y recolección de información.....	¡Error! Marcador no definido.
Consideraciones éticas.....	40
Capitulo 4.....	42
Resultados.....	42
Caracterización de la población del programa de atención domiciliaria.....	42
Caracterización de Eventos Adversos.....	49
Factores Contributivos de los eventos adversos.....	52

Cuidadores	54
Capítulo 5.....	56
Discusión	56
Conclusiones.....	59
Recomendaciones	60
Lista de referencias	62
Anexo 1.....	66
Anexo 2.....	71
Anexo 3.....	72
Anexo 4.....	73
Anexo 5.....	74
Anexo 6.....	75

Tabla 1. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Localidad	42
Tabla 2. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según grupos de edad y sexo.	43
Tabla 3. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Plan de beneficio.	44
Tabla 4. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según sexo y categoría de diagnóstico.	46
Tabla 5. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Pronóstico...	48
Tabla 6. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Pronóstico, y plan de beneficios.	49
Tabla 7. Distribución de casos de eventos adversos del programa domiciliario según grupo de edad.	50
Tabla 8. Distribución de casos de eventos adversos del programa domiciliario según IPS de atención.	51
Tabla 9. Distribución de casos según tipo de evento adverso.	52
Tabla 10. Distribución de casos según origen de factores contributivos	53
Tabla 11. Distribución de casos según factores contributivos.	53
Tabla 12. Distribución de casos de eventos adversos según Barthel.	54
Tabla 13. Distribución de casos según relación de cuidador. Bogotá.	54

Lista de figuras

x

Figura 1. El Marco Conceptual para la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente	12
Figura 2. Triangulo de la seguridad en calidad.....	18
Figura 3. Proceso de Gestión del Riesgo según la norma tomado de: Guía de administración del Riesgo.....	20
Figura 4. Modelo conceptual de seguridad del paciente.....	22
Figura 5. Modelo explicativo del Queso Suizo.....	24
Figura 6. Modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos	26
Figura 7. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según sexo.....	43
Figura 8. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según IPS domicilio	45
Figura 9. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Diagnóstico CIE 10 principal.....	46
Figura 10. Distribución de casos de eventos adversos del programa domiciliario según sexo.....	50

Planteamiento del problema

Descripción del Problema

La atención domiciliaria es la modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia, y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Cada día es más frecuente la opción de manejo de pacientes en el domicilio con el fin de disminuir los riesgos asociados a la hospitalización en clínicas y hospitales; sin embargo, el manejo de estos casos en este ámbito también puede generar riesgo de evento adverso en el proceso de atención de salud por lo cual se requiere establecer un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar ese riesgo de evento adverso o de mitigar sus consecuencias.

La atención sanitaria, por su complejidad, extensión y la vulnerabilidad del paciente, no está ni puede estar libre de riesgos (Aranaz JM A. C., 2006). Los eventos adversos se presentan en todas las fases de la prestación de los servicios de salud. Hasta la fecha, la mayoría de las investigaciones se han centrado en la atención hospitalaria y otros ámbitos y en cuanto a la atención domiciliaria ha sido menor (Doran, 2014). Teniendo en cuenta la investigación en la atención domiciliaria, es razonable esperar que estos se produzcan en todos los ámbitos de la misma, además, en dicha atención el número y tipo de profesionales que necesitan comunicarse e interactuar entre sí, así como con el usuario y el cuidador, puede ser grande y en la mayoría de las veces no tienen espacios para comunicar sus hallazgos y resultados de intervención (Woodward C, 2002).

En comparación con la atención aguda, sabemos que los servicios de cuidado en el hogar se entregan de manera diferente y en un entorno menos estructurado. Esto presenta implicaciones políticas, tanto a nivel de organización y del sistema. Por ejemplo, McGraw *et al* (McGraw C, 2008) sostienen que las organizaciones "necesitan reconocer que los desafíos y peligros que existen en la prestación de atención primaria de salud en el hogar son muy diferentes de los contextos organizacionales delimitados como hospitales". Lang *et al* (Lang A, Safety in home care: a broadened perspective of patient safety, 2008) sugieren, además, que

frente a la seguridad en la atención domiciliaria requerirá cambios significativos en los lineamientos institucionales y marcos rectores. Lang y Edwards (Lang A, Safety in home care: broadening the patient safety agenda to include home care services, 2006) pueden haber descrito mejor la cuestión al sugerir que debemos tener en cuenta el hecho de que la casa está diseñada para vivir y no para servicios de salud.

Otro elemento a tener en cuenta es la tendencia hacia una mayor dependencia de la familia u otros cuidadores, no remunerados, sin la suficiente atención a la educación o capacitación, esto agrega complejidad y diferencia hacia la atención domiciliaria del cuidado agudo. Las preocupaciones de seguridad relacionadas con las características del entorno de los cuidados en el hogar de los pacientes –o de la comunidad local– también pueden estar asociadas con la seguridad del paciente y el cuidador (McGraw C, 2008).

Así, la naturaleza más compleja pero menos estructurada de atención domiciliaria sugiere que las variables asociadas a los eventos adversos en este ámbito se diferencian de otros ajustes, y que el potencial de estos eventos puede ser más alto que para los pacientes en cuidados intensivos y otros entornos institucionales (Woodward C, 2002).

Es importante señalar que detrás de los eventos de los que se viene hablando están los indicios de atención insegura, término que se refiere a un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente, o evento adverso, el cual si es detectado a tiempo se podrían disminuir las cifras de evento adverso en la población de atención domiciliaria o/y hospitalaria.

Adicional, es importante resaltar que la salud pública busca garantizar la calidad de vida de las personas y dentro de esta calidad juega un papel primordial la prestación de servicios de salud, por eso día a día ha aumentado el proceso de atención domiciliaria desde los prestadores de salud, haciendo énfasis en la atención que se debe dar a las diferentes circunstancias que pueden llegar a alterar la prestación del servicio y además a afectar la salud de las personas, hechos que pueden ir desde un indicio de atención insegura, hasta la ocurrencia del evento adverso que puede ser evitado o no.

Teniendo en cuenta lo anterior, la pregunta problema que orienta la presente investigación es:

¿Cuál es la prevalencia y tipos de los eventos adversos que pueden ser identificados en la atención domiciliaria de una EPS en el período de julio de 2014 a febrero de 2015?

Justificación

Las instituciones de salud actualmente deben cumplir con los requisitos normativos vigentes, satisfacer las demandas cada vez más exigentes de la sociedad y ser cada día más competitivos (Toro Restrepo, 2003), la búsqueda constante de la calidad como garante de una atención segura se ha convertido para las instituciones de salud, más que en una estrategia competitiva, en una cultura organizacional y en un modelo que busca la excelencia en la prestación de los servicios.

Debido a la necesidad de ofrecer a los pacientes crónicos una atención digna y de calidad desde su domicilio se creó el programa de atención domiciliaria que requiere de las mismas condiciones de calidad en la prestación de los servicios, y para ello es importante proveer información que puede contribuir a minimizar riesgos en la atención, teniendo en cuenta que pueden detectar de manera oportuna indicios de atención insegura, los cuales con controles adecuados disminuirán los eventos adversos.

Estos eventos adversos en la atención domiciliaria seguirán surgiendo como un tema de política de salud importante; si tenemos en cuenta otros factores que incluyen el aumento de la demanda y el costo, podemos esperar que la demanda de la atención de cuidados en el hogar aumente y que sea impulsado por una combinación de la población y las características del sistema de salud que incluyen los cambios demográficos, los avances tecnológicos, la reestructuración del sistema de salud y, los cambios de políticas y preferencias de los consumidores (McGraw C, 2008), (Coyte PC, 2001). Con el aumento de la demanda, se aumentan los costos; por ejemplo, con la excepción de los medicamentos, los gastos de cuidado en el hogar en Canadá han aumentado más rápidamente que el resto de los gastos sanitarios (McGraw C, 2008), (B., 2000).

La naturaleza de la atención recibida en el domicilio está creciendo en complejidad, este crecimiento ha requerido tanto el examen como la generación de evidencia en torno a la seguridad del paciente en atención domiciliaria, y una mejor comprensión de los eventos adversos en el contexto de dicha atención (Macdonald, 2013), (Paul Masotti, 2010).

Dada las circunstancias del aumento progresivo de la población colombiana, especialmente del grupo de los adultos mayores –lo cual representa un desafío para las políticas y los recursos en lo concerniente al desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de los

derechos y la inclusión social–, la base de la pirámide se ha ido estrechando, con ampliación⁴ simultánea en la punta, describiendo de esta forma la disminución de la población joven y el incremento de los adultos mayores.

Es así que se espera que con los resultados de la presente investigación, se pueda mejorar la calidad de la atención en salud que se brinda a los usuarios, a través de minimizar riesgos, propiciando prácticas más seguras para que los pacientes se beneficien con una atención que garantiza seguridad a través de cuidados dados por personas con preparación oportuna y confiable; por ello se hace necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud orienten todas las actividades hacia prácticas de atención más seguras, mejora de procesos y la mejora continua de la calidad de los servicios, en busca de los mejores resultados para los pacientes. La obtención, análisis y divulgación de la información relacionada con los eventos adversos en atención domiciliaria puede ayudar a los tomadores de decisiones a identificar y dar prioridad a la política de seguridad del paciente, por lo cual identificar los principales eventos adversos se convierte en una prioridad.

Es así como la presente investigación permite la identificación de los principales eventos adversos en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), permitiendo a la empresa administradora de planes de beneficios (EAPB) formular planes de mejora que conduzcan a la reducción de la ocurrencia de errores y eventos adversos, tanto en los procesos institucionales como en los procesos domiciliarios de atención del paciente; para ello se realizó una búsqueda de la población Crónica Domiciliaria entendiéndose que el usuario que cumple este criterio es el Paciente con enfermedad no recuperable, que ocasiona alteraciones funcionales (a nivel cognitivo, mental, físico o sensitivo) que impidan su desplazamiento a servicios ambulatorios, donde las alteraciones funcionales pueden rehabilitarse en el tiempo o mantenerse de acuerdo a la severidad de la patología de base y la oportuna atención en Salud.

Alcance

Espacial

La investigación se llevó a cabo en una Empresa Administradora de Planes de beneficio de Bogotá, que tiene a su servicio tres Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ubicadas para la atención en la zona norte (IPS 1), zona centro (IPS2) y zona sur (IPS 3); por confidencialidad no se mencionan nombres.

Temporal

El periodo de estudio es de Julio de 2014 a Febrero de 2015, tiempo en el que se inicia la identificación de la población para inclusión en el programa de manejo integral de paciente Crónico, en el ámbito domiciliario por parte de la Empresa Administradora de Planes de beneficio (EAPB). Para lograr un periodo representativo del estudio se tomaron los 8 meses siguientes, es decir, hasta Febrero del 2015 .

Objetivo general.

Establecer la prevalencia y tipos de eventos adversos que impactan la calidad de la atención domiciliaria en pacientes crónicos, en una empresa administradora de planes de beneficios (EAPB) de Bogotá, en el período de julio de 2014 a febrero de 2015.

Objetivos específicos

- Caracterizar los eventos adversos presentados en la población de usuarios del programa de atención domiciliaria de pacientes crónicos durante el periodo de análisis.
- Relacionar los factores de riesgo asociados a los eventos adversos que impactan a la población de pacientes crónicos domiciliarios durante el periodo de análisis.
- Proponer recomendaciones orientadas a la definición de políticas en salud pública desde la EAPB, para minimizar la ocurrencia de estos eventos, redundando en la calidad de vida de los pacientes crónicos.

Marco de Referencia

Antecedentes

Hablar de antecedentes en el tema de la seguridad de los pacientes es hablar de los antecedentes de la atención en salud. En efecto, la prestación de servicios de salud lleva intrínseco el concepto de seguridad (Luengas, 2009).

El problema de los eventos adversos no es nuevo, desde hace mucho tiempo existe una evidente preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria. En 1964 Schimmel (Schimmel, 1964) hizo la observación acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia, y la quinta parte eran casos graves. Steel y colaboradores (Steel K, 1981) en 1981 situaron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves. En ambos estudios se encontró que la principal causa era el error en la medicación.

Sin embargo, desde la aparición en 1999 del informe del Institute of Medicine (IOM) *To erris human* (Khon LT, 2000), el tema de la seguridad de los pacientes ha captado a nivel internacional la atención del público, de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos de forma muy acentuada (Ministerio de Sanidad y Consumo).

En el año de 2004, fue creada la Alianza Mundial para Seguridad del Paciente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo principal de movilizar esfuerzos globales en la seguridad del cuidado en salud para todos los pacientes (World Health Organization (WHO), 2008).

En el año de 2007, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprobó la Resolución CSP27.R10: “Política y Estrategia Regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente” en donde insta a los Estados Miembros a que, entre otros puntos, den prioridad a la seguridad del paciente y a la calidad de la atención en las políticas y programas sectoriales de salud, incluida la promoción de una cultura organizacional e individual en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2007).

Entre los años 2006 al 2009, se desarrollaron estudios con el fin de conocer el comportamiento de los eventos de seguridad del paciente en diferentes ámbitos.

Dentro de estos estudios encontramos el estudio IBEAS que es un proyecto dirigido por⁸ el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud, el cual fue realizado en 58 hospitales de estos 5 países de América Latina, llegando a analizar un total de 11.555 pacientes hospitalizados; dentro de sus resultados se encuentra que 10,5% de los pacientes hospitalizados presentaron eventos adversos (EA) y 58,6% eran evitables.

Otro estudio publicado en el año 2008 denominado APEAS, abordó la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud; este estudio fue realizado en España a través de un convenio entre la Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008); entre los resultados que arrojó este estudio se registran: la prevalencia de sucesos adversos fue de 18,63‰ (IC 95%: 17,78-19,49), la prevalencia de incidentes fue de 7,45 ‰ (IC95%: 6,91 - 8,00) y la de EA de un 11,18‰ (IC95%: 10,52- 11,85); la prevalencia de pacientes con algún EA es de 10,11‰ (IC95%: 9,48- 10,74), el 54,7% (n=606) se consideraron EA leves, el 38,0% (n=421) moderados y el 7,3% (n=81) graves, el 58,0% de los sujetos con EA presentaban algún factor de riesgo. Se destaca que en el 48,2% de los casos los factores causales del EA estaban relacionados con la medicación; en el 25,7%, con los cuidados; en el 24,6%, con la comunicación; en el 13,1%, con el diagnóstico; en el 8,9%, con la gestión, y en un 14,4% existían otras causas. Al considerar las consecuencias (efecto) de los EA, se constató que el 47,8% de los EA (530) han estado relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 8,4% (93) del total de los EA, el 10,6% (118) se asociaron a algún procedimiento y el 6,5% (72) con los cuidados. Se concluye que los resultados que se ofrecen en este informe ponen de relieve que la práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura: la frecuencia de efectos adversos es baja y, además, predominan los de carácter leve; a pesar de ello, la seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación del mismo, hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados. La prevención de los eventos adversos en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria, dado que el 70% de los eventos adversos son evitables, y son más evitables (80%) a medida de que es mayor su gravedad. La etiología (causa/as) de los efectos adversos es multicausal. En su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos,

con la comunicación, con la gestión y con los cuidados. La consecuencia más común es un peor⁹ curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente, y no es nada despreciable la infección relacionada con los cuidados (infección nosocomial) en Atención Primaria. Una cuarta parte de los EA no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivado a asistencia especializada y la mitad fue resuelta directamente en Atención Primaria (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía).

Otros autores registran que la investigación en varios países ha demostrado que entre el 3 y el 17% de los pacientes del hospital experimentar un evento adverso (EA) (Sears, 2013).

Entre los años 2010 y 2011 se registra un aumento del interés por la investigación sobre seguridad del paciente en la atención ambulatoria, con revisiones sistemáticas de Eventos Adversos en Atención Ambulatoria y la elaboración de protocolos de investigación de Eventos Adversos en Atención Ambulatoria. En este sentido se desarrolló el protocolo para determinar la frecuencia, características y evitabilidad de los Eventos Adversos (EA) en los pacientes en la asistencia ambulatoria en Latinoamérica y el Caribe, cuyos resultados fueron publicados en el estudio AMBEAS- OPS/OMS, llegando a las siguientes conclusiones: el estudio es viable y reproducible a nivel local o nacional, el paciente es una buena fuente de información, en 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación, se detectan la ocurrencia, naturaleza y grado evitabilidad de los EA, las herramientas diseñadas son útiles para recoger, identificar y analizar los incidentes en la seguridad del paciente, la historia clínica es el complemento necesario para el análisis y clasificación de los incidentes, más de una tercera parte de los EA son evitables, si consideramos solo los de consecuencias graves, el 50% son evitables, igual que en la literatura, los medicamentos, la prescripción y la comunicación son las causas más frecuentes de EA (Montserrat-Capella, 2015).

En Colombia, el antecedente más relevante es la formulación de la Política de Calidad de la Atención en Salud en términos del Sistema de Garantía de Calidad. En este contexto, el concepto de calidad incorpora, desde su definición, la seguridad del paciente como una de las características de la calidad (Luengas, 2009). Colombia ha participado en la realización de los dos estudios de prevalencia e incidencia de eventos adversos en los servicios hospitalarios y ambulatorios realizados en Latinoamérica, a saber, IBEAS 2009 (Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica) y AMBEAS 2013 (Eventos adversos en pacientes que acuden a

los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica). En este mismo sentido se desarrolla¹⁰ el primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “Incas Colombia 2009”, que buscaba la realización de una valoración de la situación de la calidad de los servicios de salud en el país, a través de la identificación y selección de un conjunto de mediciones de fuentes secundarias consideradas de la mayor validez y confiabilidad, de los atributos propios de la calidad de los servicios; en este informe, en el capítulo 5 –relacionado con indicadores de seguridad en la atención del paciente–, se registran resultados de mediciones de Infección asociada a atención en salud y vigilancia global de eventos adversos (Ministerio de la Protección social, 2009).

Si se enfoca en el ámbito de la atención domiciliaria se encuentra que algunos autores afirman que la seguridad del paciente en los entornos de atención aguda ha sido bien documentada; sin embargo, existen pocos datos sobre esta cuestión en atención domiciliaria. Aunque muchas organizaciones recolectan información sobre "incidentes", no existen normas para la presentación de informes y que es un reto para comparar las tasas de incidencia entre las organizaciones (Doran, 2014).

Ha habido algunos estudios que describen los EA en la atención domiciliaria y los factores que contribuyen a ellos en Canadá o en otro lugar. Otros estudios han identificado pacientes readmitidos al hospital, pero estos estudios no diferencian entre los pacientes que acudieron y no recibían atención en el hogar (Sears, 2013).

En una revisión del alcance de la literatura publicado en el año 2010 por investigadores del Centro de Servicios de Salud e Investigación de Políticas de la Universidad de Queen Kingston (Paul Masotti, 2010), Ontario, Canadá, se encontraron dentro de los resultados ocho categorías de eventos adversos: eventos adversos relacionados con medicamentos, relacionados con líneas de acceso vascular (catéteres), relacionadas con la tecnología, las infecciones y los catéteres urinarios, heridas, caídas. Adicionalmente en la misma revisión, los estudios informan tasas múltiples con tasas globales notificadas de eventos adversos que variaron desde 3,5 hasta 15,1%, con tasas más altas para los tipos específicos. No se encontraron estudios de intervención. Los eventos adversos se asocian comúnmente con los problemas de comunicación. Propuestas de políticas incluían la necesidad de mejorar la evaluación, el monitoreo, la educación, la coordinación y la comunicación. Se concluye que es necesaria una definición estandarizada de eventos adversos en el entorno de atención domiciliaria, así como se necesitan estudios de

cohorte prospectivos para mejorar las estimaciones y deben llevarse a cabo estudios de 11 intervención para reducir el riesgo de que los pacientes de atención domiciliaria experimenten eventos adversos.

En una revisión más reciente (Macdonald, 2013) realizada con el propósito de examinar los resultados de una revisión de alcance reciente de la literatura de atención domiciliaria 2004-2011 utilizando la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud para la Seguridad del Paciente (ICPS), que fue desarrollado para el uso en todos los ámbitos de atención, y discutir la utilidad de los ICPS en el entorno del hogar. La revisión de alcance se enfocó en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), dos enfermedades crónicas comúnmente manejadas en el domicilio y que representan reingresos hospitalarios frecuentes. La revisión de alcance identificó siete marcadores de seguridad para los cuidados en el hogar: la manía de Medicamentos, solo en casa, una agenda fija en una lengua extranjera, extraños en el hogar –el carnicero, el panadero, el fabricante de velas–, fuera de bolsillo –el costo del cuidado en el hogar– y mi salud para los suyos –deterioro de la salud del cuidador– (ver figura 1). Dentro de los anteriormente mencionados, la revisión traza cuatro marcadores de seguridad para los factores contributivos de clase de alto nivel: Solo en casa; Una agenda fija en una lengua extranjera; Extraños en el hogar; y el carnicero, el panadero, el fabricante de velas. Solo en casa se define en la revisión de alcance ya que los pacientes sienten abandonados a su suerte para hacer frente a su enfermedad sin información o apoyo adecuado. Una agenda fija en un idioma extranjero se define como la percepción de que la información ofrecida por los proveedores de atención de la salud en relación con la enfermedad a menudo sigue un guion fijo y utiliza la terminología médica o clínica que puede ser difícil de entender, que suena como un idioma extranjero a los pacientes y cuidadores. Extraños en el hogar se define como la interacción entre los pacientes de atención domiciliaria y los múltiples y diversos profesionales de la salud que llegan a sus hogares para brindar atención. Y el carnicero, el panadero, el fabricante de velas describe las crecientes responsabilidades y funciones múltiples que los cuidadores asumen, convirtiéndose así en el carnicero, el panadero, el fabricante de velas, y cualquier otra función necesaria en el cuidado de sus seres queridos. Como resultados se registran que los marcadores de seguridad identificados en la revisión de alcance de la literatura de atención domiciliaria corresponden a tres de las diez clases ICPS: Características de incidentes, los factores contributivos y los resultados del paciente. Se concluyó que el ICPS

tiene aplicabilidad en el entorno de atención domiciliaria, sin embargo había aspectos de la¹² seguridad que se pasaron por alto. Un ejemplo notable es que la salud del cuidador está indisolublemente ligada al bienestar del paciente en el entorno de atención domiciliaria. Los conceptos actuales dentro de las clases ICPS no captan esto, ni tampoco captan cómo se comparten las responsabilidades del cuidado de los pacientes, cuidadores y proveedores.

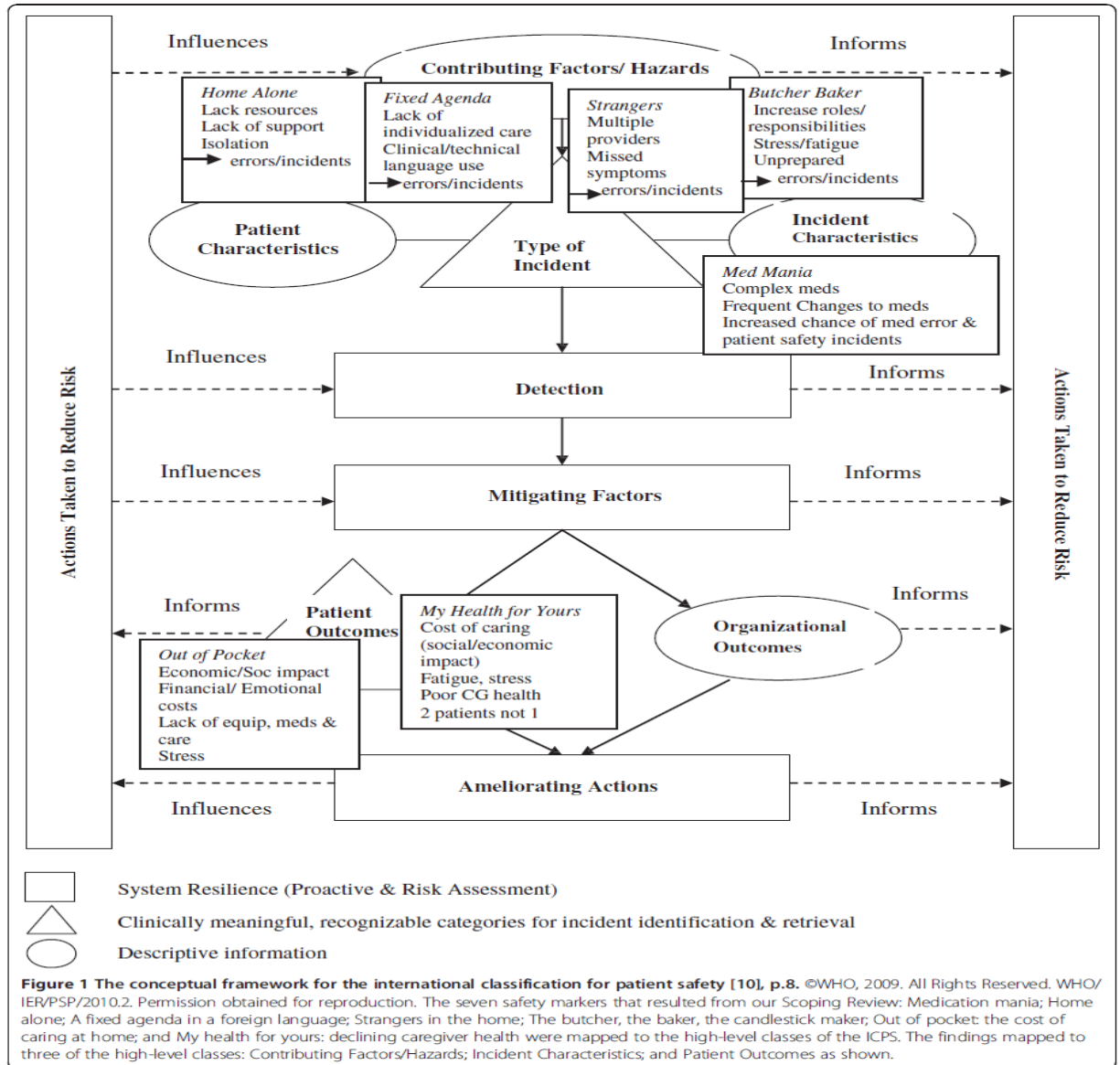


Figura 1. El Marco Conceptual para la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Fuente: Macdonald, M. T., Lang, A., Storch, J., Stevenson, L., Barber, T., laboni, K., & Donaldson, S. (2013). Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. BMC health services research, 13(1), 191.

Otro estudio se desarrolló con el objetivo de estimar la incidencia de eventos adversos¹³ (EA) entre los pacientes de atención domiciliaria y valoraciones de evitabilidad. Se identificaron factores de riesgo, tipos EA y los factores asociados con los EA; la triada de criterios para definir el EA para los pacientes de atención domiciliaria es una adaptación de la utilizada en los EE.UU., Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda y Canadá en los estudios hospitalarios, que es la misma que se adopta en los lineamientos de la política de seguridad del paciente en Colombia. Respecto al diseño, este estudio utilizó una muestra estratificada, aleatorizado de pacientes de atención domiciliaria tomada en el año fiscal 2004-2005. Los colaboradores de enfermería entrenados completaron abstracciones en tabla de retrospectivos; cartas para los casos que fueron positivos en los criterios de selección que sugieren la presencia de eventos adversos fueron revisados por médicos capacitados para determinar la presencia y evitabilidad del EA. El escenario fueron tres programas de atención domiciliaria financiados con fondos públicos en Ontario, Canadá. Las principales medidas de resultado fueron: Prevalencia y tipos de EA, calificaciones de evitabilidad. Entre los resultados se encontró que al menos uno de los criterios de selección se identificó positivamente en 286 (66,5%) de 430 casos; los colaboradores médicos identificaron 61 eventos adversos en 55 (19,2%) de los 286 (12,8%) de los 430 casos; la tasa de EA fue de 13,2 por cada 100 casos de atención domiciliaria [intervalo de confianza del 95% (IC): 10,4 a 16,6%, error estándar de 1,6%]; 32,7% (20 de 61 EA) de los eventos adversos fueron calificados en la categoría de tener más del 50% de probabilidad de evitabilidad; 6 muertes (10,9% de los pacientes con EA; 1,4% de todos los pacientes) se produjeron en pacientes EA-positivos. Los eventos adversos más comunes fueron las caídas y los eventos adversos de los medicamentos. Este estudio concluye que proporcionar atención de la salud a través de programas de atención domiciliaria crea un daño no intencionado a los pacientes. La tasa de incidencia de eventos adversos de 13,2% sugiere que un número significativo de pacientes de atención domiciliaria experimenta EA, un tercio de los cuales fueron considerados evitables. Las mejoras en la educación de los cuidadores de pacientes e informal, el desarrollo de habilidades y la planificación clínica pueden ser intervenciones útiles para reducir los EA (Sears, 2013).

En el mismo contexto se encuentra un estudio realizado en Canadá (Blais, 2013) con los objetivos de documentar la tasa de incidencia y tipos de eventos adversos (EA) entre la atención domiciliaria (HC) a pacientes en Canadá, identificar los factores que contribuyen a estos eventos adversos y determinar en qué medida la evidencia de la finalización de los informes de

incidentes se documentaron en los gráficos donde se encontraron los EA. Dentro de los 14 métodos se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, basado en revisión de las historias de expertos de una muestra aleatoria de 1.200 historias de pacientes dados de alta en el año fiscal 2009-2010 de los programas financiados con fondos públicos de HC en Manitoba, Quebec y Nueva Escocia, Canadá. Los resultados muestran que 4,2% (IC 95% 3,0% a 5,4%) de los pacientes dados de alta de HC en un período de 12 meses experimentó un EA. Ajuste de cuentas para pacientes con longitudes de estancia en HC de menos de 1 año, la tasa de incidencia de EA por pacientes al año fue del 10,1% (IC del 95%: 8,4% a 11,8%); 56% de los EA fueron juzgados prevenible. Los acontecimientos adversos más frecuentes fueron las lesiones por caídas, infecciones de heridas, problemas de salud, de comportamiento o mentales psicosociales y los resultados adversos de los errores de medicación. Más comorbilidades (OR 1,15; IC del 95%: 1,05 a 1.26) y algunas de las actividades instrumentales de la menor puntuación de la vida diaria (OR 1,54; IC del 95% 1.16 a 2.4) se asociaron con un mayor riesgo de sufrir un EA. Las decisiones o acciones de los pacientes contribuyeron al 48,4% de los EA, cuidadores informales 20,4% de los EA, y el personal de salud 46,2% de los EA. Sólo el 17,3% de las historias con un EA contenía documentación que indica un informe de incidente fue completado, mientras que el 4,8% de las historias sin un EA tenía esa documentación. Se concluye que la seguridad del paciente es un tema importante en HC, como lo es en la atención institucionalizada. La atención domiciliaria incluye la entrega prevista de auto-cuidado por los pacientes y la prestación de atención por familiares, amigos, y otras personas a menudo se describen como cuidadores "informales". Como los pacientes y estos cuidadores pueden contribuir a la aparición de acontecimientos adversos, su participación en la entrega de las intervenciones de salud en el hogar debe ser considerado en la planificación de estrategias para mejorar la seguridad de atención domiciliaria.

Definiciones básicas.

A continuación se presentan los conceptos más importantes que desde la política de seguridad del paciente deben tenerse en cuenta y adoptarse en la presente investigación.

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Indicio de Atención Insegura: un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar¹⁵ acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

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

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

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

Riesgo: es la probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra.

Evento Adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo un daño.

Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Complicación: es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Factores contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

Sistema de Gestión del Evento Adverso: se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Acciones de reducción de riesgo: son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y, el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones

reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del¹⁶ incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

Barrera de Seguridad: una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Calidad de la atención salud.

En el año de 1966 Donabedian (Donabedian, 1966) sistematizó la evaluación de la calidad asistencial en el análisis de la estructura, el proceso y los resultados, marcando la evolución conceptual y metodológica de la gestión de calidad en el sector de servicios de salud; a pesar del tiempo transcurrido esta clasificación mantiene su actualidad. De acuerdo con ella, se entiende por evaluación de la estructura el análisis de la calidad de los medios; la evaluación del proceso se centra en el análisis de la calidad de los métodos, mientras que la evaluación de los resultados analiza la asistencia recibida. Debemos tener en cuenta que se trata de una clasificación esencialmente didáctica que no supone una secuencia temporal de análisis; sin embargo, el análisis de la estructura dio paso al interés por los resultados para finalmente centrar la atención en los procesos como núcleo principal en el que fundamentar las acciones destinadas a la mejora continua de los servicios de salud (Susana Lorenzo Martínez).

Para abordar el tema de calidad es importante definirla. El concepto de calidad desde sus inicios ha estado relacionado al producto o servicio y ha sido utilizado para describir sus atributos; algunos de los expertos la definen como:

“Aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias” (Jurán & Gryna, 1995), y cuando se mencionan las deficiencias se hace referencia a la falta de oportunidades, demora al realizar o prestar servicios o deficiencias en la prestación de los servicios.

“Adecuación de los Productos y Servicios al uso para el cual han sido concebidos” (Jurán & Gryna, 1995), algo importante que se evidencia en la definición de Juran es que la calidad de un producto o servicio refleja el grado de satisfacción de las necesidades de las personas, en este caso específico los pacientes, y, además, argumenta que las empresas deben incorporar la calidad como elemento fundamental y debe para ello hacerlo a través de un plan y a su vez establecer un control a través de un plan de mejora que en calidad debe ser continua y también se puede decir que la calidad se convierte en una estrategia de competitividad entre las instituciones de salud.

Abad dice "Hacer bien las cosas desde la primera vez." Diseñar, producir y entregar un¹⁷ producto de satisfacción total." (Arango, 2008), adicional habla de control, gestión y aseguramiento de la calidad como términos muy puntuales relacionados con todo un proceso, es por ello que se puede inferir que la calidad no solo va dirigida a un resultado, sino que está relacionada con el usuario (interna), la institución (Externa) y la excelencia en la prestación del servicio.

Principios de la calidad

Para Deming, pionero en el tema de calidad, propone los 14 principios en calidad. Aquí se nombrarán 4 de ellos:

Mantener siempre el hábito del mejoramiento: el autor refiere que es un hábito, una constante, una acción repetitiva que se tiene que convertir más que nada en una disciplina para los equipos de trabajo así como para los líderes de los mismos. Por lo tanto para las EAPB la calidad debe existir en cada una de las acciones a fin de obtener los mejores resultados, con los mínimos riesgos para las personas.

Instituir el liderazgo: es importante establecer en el equipo de trabajo ese profesional que oriente y guíe los esfuerzos hacia el logro de los objetivos de la organización.

Para Deming, los departamentos solamente son creaciones mentales necesarias para dividir tareas, pero no para dividir a los equipos de trabajo; por ende, en calidad no pueden existir las barreras entre los departamentos, sino que por el contrario, se debe hacer uso de una cohesión y un trabajo sinérgico, es decir donde todos los que conforman el personal de salud – cuidadores, familias, vecinos y comunidad en general– interactúen como equipo para obtener excelentes resultados.

Establecer un programa serio de educación y entrenamiento, en este caso, se requiere de un liderazgo establecido, equipos de trabajo compactos y como base de los mismos, acciones de educación y entrenamiento que beneficien a los grupos como tal y por ende los objetivos que se buscan. (Deming, 1989).

Garantía de calidad

Se refiere al compromiso de las organizaciones de asegurar a las personas la obtención de un producto o servicio con los niveles de calidad previamente establecidos.

Para ello las organizaciones adoptan un sistema de garantía de la calidad en el cual¹⁸ utilizan la trilogía propuesta por Juran: diseño de la calidad, control de calidad y mejoramiento continuo, como lo muestra la figura 2.



Figura 2. Triángulo de la seguridad en calidad. Fuente: Quality Assurance Project, Kelley and Marquez, 1997

El decreto 1011 de 2006 fue instituido para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país con él se establece la siguiente definición:

“Garantía de la Calidad es el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente mejorar la calidad.” (Ministerio de la Protección Social, 2006)

La garantía de calidad está diseñada en un documento normativo en donde se plantean las medidas para garantizar la calidad. La norma ISO 8402-94 la define de la siguiente manera: “La serie de actividades preestablecidas y sistemáticas planteadas en la estructura del sistema de calidad que se llevan a cabo cuando es necesario probar que una entidad cumplirá con las expectativas de calidad”. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El sistema más generalizado de evaluación de la estructura en nuestro medio ha sido la habilitación como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Ministerio de la Protección Social, 2006), así como la acreditación. Los resultados que también se pueden evaluar a través del impacto, han sido evaluados de manera tradicional mediante estudios de eficacia, efectividad o eficiencia (Aranaz JM M. J., 1999) y en las últimas décadas a través de valoración de la satisfacción de pacientes (Mira JJ, 2000) y de la calidad de

vida relacionada con la salud. La evaluación del proceso se ha venido realizando con¹⁹ auditorías y monitorizando el comportamiento de ciertos indicadores.

Gestión del riesgo

La Gestión del Riesgo es una de las actividades contenidas en el modelo de control COSO (Committee Of Sponsoring Organizations) y se entiende que es una de las mejores prácticas utilizadas en el mundo, su finalidad es que las organizaciones gestionen los riesgos tanto de su ambiente exterior o interior, con el fin de que de una parte mitiguen todos aquellos eventos que puedan impactar negativamente el logro de sus objetivos y/o que potencialicen aquellos eventos que puedan impactar positivamente el logro de los mismos.

En la Administración Pública colombiana hay algunos antecedentes cercanos de la gestión del riesgo, anteriores al Modelo Estándar de Control Interno y al Sistema de Gestión de la Calidad. Con el Decreto 1537 de 2001 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993, en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado. El Estado colombiano había ordenado la práctica de la gestión del riesgo en las entidades públicas colombianas; así mismo, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que rige la prestación de los servicios de salud, están presentes los indicadores para la gestión del riesgo en el proceso de habilitación y acreditación en salud, orientadas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a las EAPB, tal como ocurre con el Estándar nueve seguimiento a riesgo, este estándar concibe la gestión del riesgo como un proceso sistémico, sistemático y cíclico dentro de la organización, el cual está compuesto por cinco grandes partes, todas ellas interrelacionadas, tal como se observa en la figura 3, todas ellas mediadas por procesos de comunicación, consulta, monitoreo y revisión. (Ministerio de la Protección Social, 2006)



Figura 3. Proceso de Gestión del Riesgo según la norma tomado de: Guía de administración del Riesgo elaborada por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.

A continuación se definen cada uno de los elementos del modelo:

- Establecer el contexto: establece el contexto tanto interno como externo de la organización, en el cual finalmente ocurrirá la gestión del riesgo. En esta parte del sistema se definen los criterios frente a los cuales se evaluará el riesgo y se define una estructura de análisis.
- Identificación de los riesgos: se identifica con precisión dónde, cuándo, porqué, y cómo podrían los eventos que afecten a la organización prevenir, degradar, retardar o potenciar el logro de los objetivos organizacionales.
- Análisis de los riesgos: se identifican y evalúan los controles existentes que mitigan los riesgos identificados; así mismo se determina la severidad de los riesgos, definidos a partir de la consecuencia y probabilidad de ocurrencia de cada riesgo.
- Evaluación del riesgo: Se comparan los niveles estimados de riesgo frente a los criterios preestablecidos de riesgo, haciendo un análisis de beneficios potenciales contra resultados adversos.
- Tratamiento del riesgo: se desarrollan e implementan estrategias específicas y eficaces en cuestión de costos y planes de acción para incrementar los beneficios potenciales y reducir las pérdidas potenciales. Aquí se incluye la Política de Gestión del Riesgo.
- Comunicación y Consulta: se identifican las partes involucradas, internas y externas, y se procede a comunicar y consultarles a lo largo de cada etapa del proceso.

- Monitoreo y Revisión: Se monitorean los riesgos y las medidas tomadas para mitigar el²¹ riesgo.

Seguridad del paciente

Definición

La seguridad del paciente es una dimensión de la calidad de la atención y ha sido una preocupación de carácter mundial, debido a que todos los días se presentan en las instituciones de salud fallas en la atención, es por ello que en las instituciones se implementan actividades de gestión de calidad como la auditoría clínica, el aseguramiento de la calidad, la evaluación de desempeño, la mejora continua de la calidad y los esfuerzos de implementación de evidencias en la práctica como las guías de práctica clínica.

Para el año 2000, el instituto de medicina de los Estados Unidos inició la búsqueda de eventos adversos prevenibles; En 2004 fue puesta en marcha la alianza mundial para la seguridad del paciente con la dirección general de la OMS; en 2008 el Ministerio de la Protección Social expide en Colombia la política de seguridad del paciente articulándola al sistema obligatorio de garantía de calidad con el objetivo de minimizar los riesgos, disminuir la presencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente. (Garzón, 2010)

Al respecto de la seguridad del paciente, se menciona que para “entender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes y encontrar soluciones innovadoras o adaptar a diferentes contextos soluciones de efectividad demostrada se requieren más conocimientos y un mejor aprovechamiento de los conocimientos disponibles” (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

Dentro del marco de la política de calidad de la atención en salud, la seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Modelo conceptual de seguridad del paciente

Para fines de esta investigación se adopta el modelo conceptual de la Política de Seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud en Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2008), así como los documentos técnicos expedido en su reglamentación. De acuerdo a lo anterior se ilustra el modelo conceptual (Ver Figura 4) en el cual se basa la terminología utilizada en el documento citado, y a continuación se incluyen las

definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente de la atención en salud. Se registra que se integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.

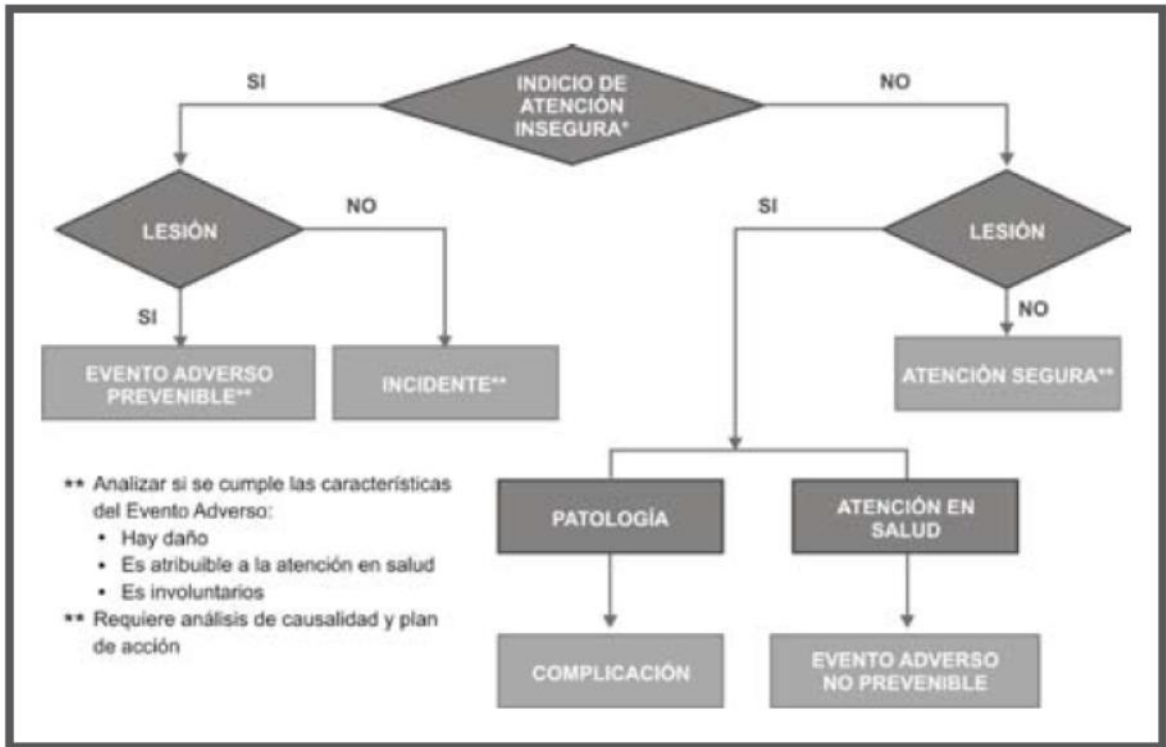


Figura 4. Modelo conceptual de seguridad del paciente. Fuente: Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente Bogotá D.C.; 2008.

De acuerdo al anterior modelo conceptual, ante un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso, el primer elemento que constituye la esencia del concepto de evento adverso es el daño en el paciente; no hay evento adverso sin daño o lesión. Un segundo elemento que es parte del concepto de evento adverso es la no intencionalidad, claramente esto implica un daño involuntario. Un tercer elemento constitutivo es el de daño causado por la atención en salud y no por la patología de base; este concepto resulta sencillo cuando es taxativo el límite entre el daño o evento adverso y la patología de base; sin embargo, este límite entre el evento adverso y la patología de base no siempre resulta tan evidente. Para identificar si un evento adverso es evitable o no es necesario abordar la presencia o no de una falla de la atención en salud (error); el

evento adverso evitable es aquel que se da en presencia de un error asociado, es decir, es²³ necesario establecer cuál fue el evento adverso: cuál fue el error y la relación causal entre este y aquel. Los eventos adversos no prevenibles son aquellos sobre los que el conocimiento científico actual no tiene la capacidad de intervención; es decir se presentan a pesar de una atención sin existencia de un error asociado. Finalmente, tenemos la complicación que es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente. Adaptado de: (Luengas, 2009), (Ministerio de la Protección Social, 2008).

El propósito de una política de seguridad es obtener una atención en salud segura, cuando esto no se consigue se presenta la atención insegura, la cual se hace fácilmente detectable a través de la ocurrencia de eventos adversos e incidentes. No siempre es obvia la ocurrencia del evento adverso, pero sí existen indicios de atención insegura que alertan acerca de la existencia de un evento adverso.

Evento Adverso

De acuerdo a la definición previamente expuesta el evento adverso se caracteriza por la presencia de una tríada: es atribuible a la atención en salud, se produce de manera involuntaria por el personal de salud y hay lesión o daño al paciente. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles: el Evento Adverso Prevenible se considera como el resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado; por otra parte, el Evento Adverso no prevenible es el resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso (Ministerio de la Protección Social, 2008).

La evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre es la consecuencia final derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido. El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso es el que se utiliza en el documento de la Política de Seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud en Colombia, que corresponde al denominado “del queso suizo”, el cual se refiere que para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso; cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente

cuando se produce una falla en uno de los procesos esta puede acentuar las fallas existentes en²⁴ otros procesos a manera de un efecto dominó (Ver figura 5).

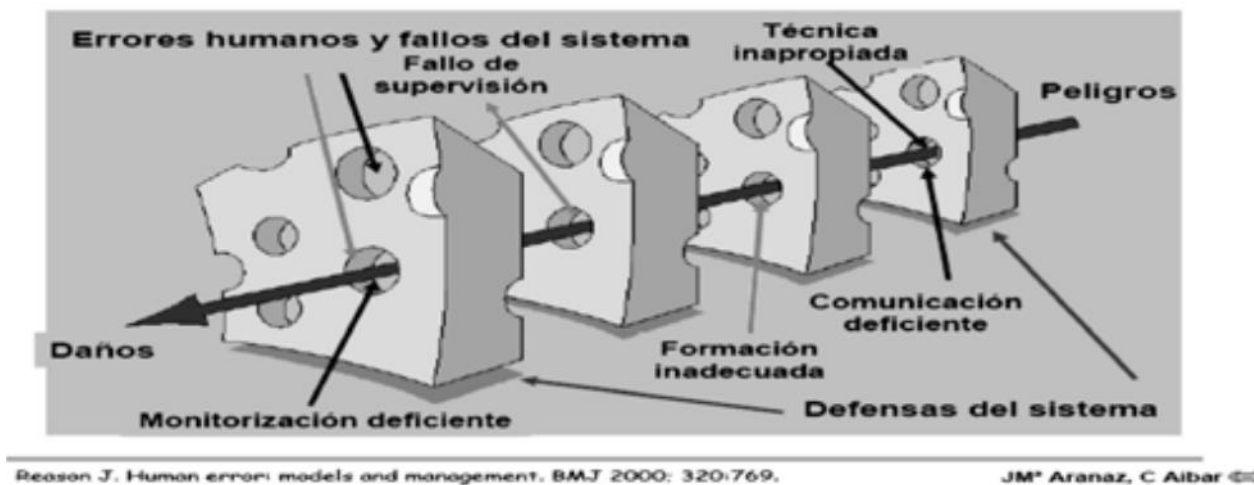


Figura 5. Modelo explicativo del Queso Suizo. Fuente: Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente Bogotá D.C.; 2008.

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

En la actualidad existen diferentes métodos herramientas para el análisis de eventos adversos e incidentes diseñados para el análisis causal, como el análisis de causa-raíz (root cause analysis), las espigas de pescado (modelo de Ishikawa), la lluvia de ideas (brainstorm), entre otras. En el tema de la seguridad, las causas identificadas se han agrupado de diferentes maneras (causas organizacionales, de equipos, de insumos, de personas, etc.), y específicamente en el tema de la seguridad del paciente, en el Reino Unido, se desarrolló un modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos (Organizational Accident Causation Model), en el contexto del denominado Protocolo de Londres, que busca facilitar los análisis de errores y eventos adversos (Luengas, 2009)

El protocolo de Londres: para efecto de esta investigación se ha utilizado este modelo²⁵ definido como un método utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason, introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos.

A continuación se muestra el modelo:



Figura 4. Modelo organizacional de causalidad de sucesos adversos. Fuente: Ministerio de la Protección Social. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá.

Factores contributivos:

Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- Paciente: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- Tarea y tecnología: toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin

capacitación al personal que la usa, contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos²⁶ documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

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

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

- Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

Atención domiciliaria.

Definición

La atención domiciliaria se define como el conjunto de actividades biopsicosociales realizadas por un equipo interdisciplinar, que incluyen contenidos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el domicilio de la persona, para detectar, valorar, apoyar y realizar el seguimiento de los problemas tanto de salud como sociales del usuario y su familia, con el fin de potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida (JE, 1989) (Cegri Lombardo F, 2007) (M., 2001). Otros autores la definen como: el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio a aquellas personas y a su familia que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de salud (Díaz-Cordovés Rego, 2005).

La Organización Mundial del Salud define la hospitalización domiciliaria como “la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales en el hogar con el fin de restablecer o promover el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte”.

En la normatividad del Sistema General de Seguridad Social colombiano, la definición²⁷ de atención domiciliaria ha sido abordada en la reglamentación de las coberturas y prestaciones a las cuales tienen derecho los ciudadanos denominada Plan Obligatorio de Salud (POS); en la Resolución número 5521 de diciembre de 2013 por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el POS, en su artículo 8, relativo al glosario, define atención domiciliaria como: “Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013); esta definición normativa fue la adoptada por el grupo para fines de la investigación.

Este modelo de atención sanitaria ha adquirido importancia derivada de los cambios que se presentan en el perfil de la población y los sistemas de salud; en este sentido encontramos que los estudios demográficos predicen un gran incremento de la población mayor de 65 años debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad; adicionalmente, este envejecimiento de la población producirá un aumento del número de personas susceptibles de requerir atención domiciliaria al aumentar las enfermedades crónicas y/o discapacitantes, aspecto que les puede dificultar acudir a los centros de atención primaria (Marta Gorina, 2014). Estas situaciones representan un reto importante para los servicios de salud ya que su atención continua aún después del egreso hospitalario (Douglas SL, 2007).

La implementación de programas de atención domiciliaria posterior al egreso hospitalario, según algunos autores, representa una alternativa viable al combinar la atención en salud al anciano con esquemas de monitoreo y educación a pacientes y cuidadores, que permiten proporcionar cuidados a largo plazo en el hogar de los ancianos con la atención de equipos médicos y/o paramédicos. Se encuentra referencia que estudios previos han evaluado la efectividad e impacto de estos esquemas en diferentes grupos con gran heterogeneidad de esquemas y efectos encontrados. (Van Haastregt J, 2000)

En la revisión de literatura se encuentra modelos referenciados en otros países como el modelo que opera en Ontario, Canadá (Sears, 2013). Ontario cuenta con un programa de atención domiciliaria regionalizado. En cada región un centro de acceso a la atención comunitaria (CCAC) gestiona servicios de atención domiciliaria, incluyendo la provisión de cuidados de enfermería, terapias físicas y ocupacionales, patología del habla y lenguaje, el

asesoramiento dietético trabajo y social, los productos farmacéuticos, equipos y suministros²⁸ médicos. Planes de cuidados individualizados incorporan servicios de los farmacéuticos, especialistas y médicos de medicina familiar y servicios de apoyo a la comunidad, tales como las comidas sobre ruedas. El programa tiene como objetivo mantener a los pacientes saludables y seguros en casa, evitar hospitalizaciones innecesarias y evitar el ingreso prematuro a las instituciones de atención a largo plazo (Health Quality Ontario).

En una revisión de estado del arte de modelos en atención domiciliaria, se menciona la existencia en Colombia de programas tanto en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) como en Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), los cuales a pesar de los pocos estudios han podido observar que esta contribuye en el Sistema de Seguridad Social en Colombia a mejorar la calidad de vida, teniendo en cuenta la satisfacción de los usuarios. (Gonzalez & Acevedo, 2008).

Modelo de Atención Domiciliaria en la EAPB en estudio

La Organización busca realizar intervención oportuna para prevenir la instauración de la discapacidad y minimizar secuelas, incluso desde el ámbito domiciliario, por ello es importante que los principios del programa se encuentren alineados con los del plan obligatorio de salud como lo son: Integralidad, territorialidad, pertinencia demográfica y epidemiológica, costo-efectividad, eficiencia y sostenibilidad financiera, transparencia, calidad.

El objeto del programa es la atención domiciliaria para el paciente crónico siguiendo los principios del modelo de atención y cumpliendo los niveles de calidad exigidos por la organización para la atención de sus usuarios.

Para la atención del paciente crónico se busca la integración de los servicios que propendan por tener resultados en salud y mejor calidad de vida para el paciente; para esto se contarán con actividades que se describen a continuación:

- Para el ingreso al programa, el usuario debe tener una valoración inicial realizada por el médico general entrenado en servicios domiciliarios, trabajo social, psicología y/o nutrición, esta se realizará en el ámbito hospitalario y previo al egreso del paciente, con el fin de definir la conducta a seguir en el domicilio, sensibilizar al núcleo familiar y al cuidador acerca de los objetivos del tratamiento y la temporalidad en el programa; así mismo, se realizará visita al domicilio del paciente para verificar las condiciones del domicilio y realizar los ajustes que se requieran al Plan de tratamiento. La valoración inicial también podrá desarrollarse en el

domicilio, cuando la organización lo solicite. Es responsabilidad del proveedor estructurar el²⁹ Plan de tratamiento, cronograma y metas individuales por paciente.

- Seguimiento inicial: este seguimiento se desarrolla en el domicilio por medicina general y contará con el apoyo del especialista que se defina, bien sea por telemedicina o directamente en la ubicación del usuario; así mismo, debe continuarse con el apoyo de trabajo social y psicología. También se puede requerir el servicio de nutrición de acuerdo a la definición médica. Igualmente se determinará con las escalas acordadas con la organización, el grado de funcionalidad, alteración mental y las condiciones sociales del paciente y el cuidador (en la que aplique). Estas escalas harán parte del acuerdo contractual.

Los servicios de apoyo terapéutico se desarrollarán en el domicilio y las intensidades se determinarán de acuerdo a las posibilidades de recuperación del paciente.

- Los servicios deben ser prestados de acuerdo a la severidad de la alteración funcional y de la patología, para que el paciente se rehabilite y se integre en su rol social y familiar en la medida de sus posibilidades, con el fin de mejorar su calidad de vida y obtener mejores resultados.

- Se debe definir si el paciente es rehabilitable o no dentro del pronóstico inicial, y de esta manera cumplir con los esquemas internos los cuales serán entregados en el momento de la contratación y que son acordes a las necesidades puntuales del paciente.

- Los procedimientos e intervenciones incluidos en el programa domiciliario serán en el lugar que en el momento de la atención, represente el domicilio del usuario (Domicilio, Hogar geriátrico, Institución de cuidados crónicos, hogares de paso).

- La toma y procesamiento de laboratorios clínicos se realizará de acuerdo a solicitud del médico tratante.

- El proveedor debe ofertar una IPS, en la cual pueda prestar la atención médica especializada de forma ambulatoria y para surtir la transición al ámbito ambulatorio.

- Para la atención médica especializada se podrá hacer uso de la telemedicina. En caso que el usuario pueda asistir de manera ambulatoria a la IPS que el proveedor domiciliario destine para este fin, se podrá realizar, asumiendo el traslado del paciente.

- La intervención de trabajo social y psicología debe ser permanente, ya que realizan el acompañamiento al paciente y a su familia, y apoyan todo el proceso de inclusión y exclusión del programa.

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública, 2) los Seguros Sociales y (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales (Ministerio de la Protección Social).

Mediante la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema de Seguridad Social Integral conformado, entre otros, por los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y de Riesgos Laborales, el cual, como servicio público, se rige por principios como el de calidad, previsto en el artículo 153, *ibídem*, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011.

El artículo 186 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 227, *ibídem*, facultan al Gobierno Nacional para expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS).

La primera reglamentación del SOGCS se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002 (derogado), en el que se dispone:

- El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud³¹ que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”

En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del SOGCS para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes (Ministerio de la Protección Social):

La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de

servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado,³² las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para los usuarios que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Además, el Ministerio de la Protección Social implementó “La Política de Seguridad del Paciente” expedida en junio de 2008 la cual es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (Ministerio de la Protección Social, 2010). La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento, con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto (Ministerio de Salud y Protección Social). Esta política incluye entre otras estrategias, la capacitación nacional de facilitadores en el tema, el desarrollo de herramientas de intervención en riesgos específicos y la participación en el proyecto IBEAS (proyecto promovido por la alianza mundial de seguridad del paciente de la OMS), con otros países de Latinoamérica, en la medición e identificación de la incidencia y la prevalencia de los eventos adversos y errores, como parte de un programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (Luengas, 2009).

En el año 2010, se publicó la Guía Técnica No. 1 de Buenas Prácticas en Seguridad del³³ Paciente que recomienda 30 buenas prácticas para la Seguridad del paciente, diez de las cuales son esenciales y se hicieron obligatorias en el marco del Sistema Único de Habilitación, con la expedición de la Resolución 2003 de mayo de 2014. El contenido técnico de los paquetes instruccionales para las buenas prácticas de seguridad del paciente, son un complemento de este trabajo. Se cuenta con dos paquetes que explican el contexto general de seguridad del paciente y 20 paquetes en diferentes líneas de los servicios de salud.

Otras normas han reglamentado las coberturas y prestaciones a las cuales tienen derecho los ciudadanos denominada Plan Obligatorio de Salud (POS) en donde se ha incluido la atención domiciliaria como prestación; tal es el caso del Acuerdo número 029 de 2011, por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud, el cual define en su artículo 4: Atención domiciliaria: atención extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud desde su domicilio o residencia, y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de su familia. Como actualización de la norma en la Resolución número 5521 de diciembre de 2013 por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el POS, en su artículo 8 relativo al glosario define atención domiciliaria como: “Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Retomando la reglamentación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, en su componente de Habilitación que establece las condiciones mínimas para operar encontramos la Resolución número 1441 de 2013 por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios; esta resolución fue derogada integralmente por la Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud; en esta norma, con el objeto de facilitar la organización de los servicios de salud y permitir la incorporación al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS- de manera homologada, se establece la estructura de los servicios de salud en grupo, servicio y modalidad (intramural, extramural, telemedicina). Los servicios de atención domiciliaria se clasifican en:

Servicio: atención domiciliaria.

Descripción del Servicio: servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador; que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener al paciente en su entorno con el máximo confort y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad, incluye: Atención domiciliaria paciente agudo, Atención domiciliaria paciente crónica sin ventilador, Atención domiciliaria paciente crónica con ventilador y Consulta domiciliaria.

En la misma norma se establecen unas condiciones de habilitación que corresponden al conjunto de requisitos y criterios que deben cumplir los prestadores para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; dentro de estas se establecen condiciones de Capacidad Técnico–Administrativa, condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera, condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica.

Igualmente se determinan los estándares de habilitación, que son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que este ofrezca. El cumplimiento de los estándares de habilitación es obligatorio, debe ser efectivo, lo que implica que los requisitos deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios, entendiendo por ello que su ausencia genera riesgos que atentan contra la vida y la salud. Por ello, están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud. Los estándares buscan de igual forma atender la seguridad del paciente, entendida de acuerdo a las características registradas previamente del SOGCS. Los estándares aplicables son siete (7) así: Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia.

Como parte de las condiciones del estándar de procesos prioritarios aplicables a todos los servicios (incluidos los servicios de atención domiciliaria) se determina como criterio que la Institución Prestadora de Servicios de Salud debe constar con un programa de seguridad del

paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de³⁵ eventos adversos, que incluya como mínimo:

- Planeación estratégica de la seguridad: existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia; existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.
- Fortalecimiento de la cultura institucional: el prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución; el programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.
- Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: la institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.
- Procesos Seguros: se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad. Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio. Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas, siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, estas deberán acogerse a

la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social. Los procesos,³⁶ procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización. Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia. La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluyan atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases. Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico. Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido cuando el servicio requiera este tipo de equipos. Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la institución y por servicio.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Población de estudio

Población Blanco: la población de estudio son todos los registros de los pacientes que pertenecen al programa de atención domiciliaria de una empresa administradora de planes de beneficios de Bogotá (2487 registros) que están en riesgo de presentar cualquier tipo de indicio de atención insegura y evento adverso, durante el servicio que se le presta y que puede afectar la calidad de vida al paciente y/o su familia.

Población elegible: corresponde a 35 reportes de los pacientes de atención domiciliaria en modalidad de cuidado crónico con indicios de atención insegura de la empresa administradora de planes de beneficios (EAPB) durante el período de Julio de 2014 a Febrero de 2015 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: los criterios establecidos para los registros de los pacientes incluidos en el estudio fueron:

Registros de pacientes que según la normatividad cumplieran con la definición de caso de indicio de atención insegura así, “paciente que haya presentado un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Registros de pacientes que según la normatividad cumplieran con la definición evento adverso, “Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño” (Ministerio de la Protección Social, 2008), para poder realizar el cálculo de prevalencia teniendo la población total del programa de atención domiciliaria a Febrero del 2015.

Registros de pacientes que hayan permanecido en la atención domiciliaria durante los últimos 8 meses de manera continua en modalidad de cuidado crónico en la empresa administradora de planes de beneficios, en sus diferentes instituciones prestadoras de servicio.

Criterios Exclusión: registros de pacientes que según la normatividad no cumplieran con la definición de caso de indicio de atención insegura y evento adverso.

Registro de pacientes que han permanecido en atenciones ambulatorias durante el³⁸ tiempo del estudio.

Registros de pacientes que han sido trasladados fuera de la ciudad, lo cual no asegura la integralidad en su domicilio.

Variables.

Se trabajaron variables sociodemográficas del paciente y su cuidador, así como variables que midieran la información del indicio de atención insegura y el evento adverso. Las variables se encuentran definidas en la matriz de operacionalización (Anexo 1).

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

Se utilizó como fuente de información una base de datos en Excel en la cual las instituciones prestadoras de servicios pertenecientes a la Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) realizan la recolección de la información de todos los pacientes pertenecientes al programa de atención domiciliaria (Ver anexo 2).

Se diseñó una herramienta en Excel en la cual se registraron los datos correspondientes a los pacientes que sufrieron indicios de atención insegura y que se clasificaron en incidentes y eventos adversos, dicha información se obtuvo de las bases de datos antes mencionadas, y contrastada con las historias clínicas de los pacientes para validar la veracidad del dato. (Ver anexo 3). Esta malla, elaborada en Excel para el registro del evento adverso, fue un valor agregado del trabajo, ya que será útil para la Empresa Administradora de Planes de Beneficios para el seguimiento y el análisis del evento.

Procedimiento de recolección de la información

1. Para recolectar la información se debió construir una base de datos de la EAPB para identificar los pacientes crónicos del programa, debido a que no existía hasta ese momento (Anexo 2).
2. La base de datos se realizó con la definición de variables propuestas por la EAPB que son importantes en la identificación y análisis de la población y presentadas a los prestadores para recibir recomendaciones que orienten al cumplimiento de los objetivos del programa como: la IPS que atiende el paciente, edad, programa de atención, lugar de residencia, barrio, localidad, cuidador responsable del paciente, diagnósticos y clasificación de Barthel (grado de discapacidad).

3. Teniendo la base de datos construida se alimenta con los reportes de las³⁹ Instituciones Prestadoras de los Servicios de atención domiciliaria para pacientes crónicos, junto con la información dada por parte de los gestores de seguimiento de manera mensual en los casos susceptibles de intervención.
4. Se construye la malla de recolección de los eventos adversos en el programa de Atención Domiciliaria (Anexo 3) identificando los que cumplen con las características de las variables, tales como la clasificación de indicio de atención insegura como aspecto para identificar el evento adverso, la fecha del reporte en el cual se identifica el indicio de atención insegura, detalles de la descripción del evento adverso, los factores que contribuyeron al evento adverso y las características del cuidador.
5. Se realizó un monitoreo de los casos identificados como susceptibles de inclusión en el estudio, su comportamiento y análisis para la clasificación de indicio de atención insegura, análisis causal y planes de mejora que aseguren el impacto en la calidad de atención para el paciente, su familia y la EPS.
6. Se solicitó a trabajo social y psicología de las 3 IPS, el diligenciamiento y entrega de la información acerca de los indicios de atención inseguros registrados, los cuales fueron reportados por las IPS, y los cuales para quedar registrados como Indicios tuvieron que pasar por un análisis que realiza el personal de las IPS utilizando para ello el modelo ANCLA para factores humanos en actos inseguros Nivel I, y modelo SHELL (Anexo 4) para identificar precondiciones para actos inseguros nivel II, lo cual llevó a hacer un análisis adecuado de dichos indicios y poder llevarlos a registrar en la malla diseñada para la compilación general de casos, como caso de evento adverso.

Los datos obtenidos se analizaron utilizando el EPIINFO 7 y el EXCEL, se realizaron algunas tablas dinámicas donde se calcularon frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión a las variables cuantitativas de edad de pacientes, edad de cuidadores, prevalencia de punto de eventos adversos (EA) teniendo la población total del programa de atención domiciliaria a Febrero de 2015, prevalencia de evento adverso (EA) por edades a Febrero de 2015 y razón de tasas de evento adverso por sexo.

Se realizó un análisis univariado presentando porcentajes para las variables de esta manera:

- Para los pacientes crónicos del programa de atención domiciliaria: localidad, sexo,⁴⁰ nivel educativo, planes de beneficios, Institución Prestadora de Servicios, índice de Barthel, diagnóstico principal, diagnóstico secundario, pronóstico.
- Para los pacientes crónicos del programa de atención domiciliaria que presentaron eventos adversos: grupos de edad, sexo, nivel educativo, IPS que reportan, origen de factores contributivos, factores contributivos de los eventos adversos, tipo de eventos, intensidad del evento adverso.
- Con respecto a los cuidadores: edad de cuidadores, parentesco de cuidadores, asistencia de cuidadores a talleres de capacitación y nivel educativo.

Se hizo un análisis bivariado a:

- Grupo de edad y sexo de pacientes crónicos del programa de atención domiciliaria.
- Grupo de edad e Instituciones Prestadoras de Servicios de pacientes crónicos del programa domiciliario.
- Categoría de diagnóstico e Instituciones Prestadoras de Servicios de pacientes crónicos del programa domiciliario.
- Pronóstico del paciente y plan de beneficios de pacientes crónicos del programa domiciliario.
- Tipo de servicio que atiende y factores contributivos de pacientes crónicos con evento adverso del programa domiciliario.

Se hizo un análisis trivariado entre las variables, pronóstico del paciente, edad y sexo de los pacientes crónicos del programa de atención domiciliaria.

Finalmente los resultados se presentaron en tablas y gráficas.

Consideraciones éticas

En esta investigación se asumieron los principios éticos plasmados en la resolución 008430 por el Ministerio de salud en octubre de 1993, en la cual se documentan: “las normas científicas y técnicas de la investigación en salud”, teniendo en cuenta que para este estudio se emplearon técnicas y métodos de investigación documental en donde los datos fueron obtenidos de fuentes secundarias: revisión de bases de datos, se considera una investigación sin riesgos según el artículo 11 del capítulo II de la resolución 008430 de 1993.

No se mencionan nombres de la EAPB, de IPS, de planes complementarios, de⁴¹ pacientes, ni de responsables de los eventos, para mantener la confidencialidad de la información del sujeto (derecho a la privacidad), su autonomía y la de la institución.

Para usar la información con fines académicos se contó con la autorización de la EAPB, con la solicitud de no dar a conocer el nombre de la institución en ninguna de las publicaciones y/o socializaciones que se realicen. Se anexa consentimiento informado (Anexo 5).

Resultados

Caracterización de la población del programa de atención domiciliaria de pacientes crónicos de la EAPB en estudio.

El programa de atención domiciliaria de la EAPB cuenta con 2487 pacientes crónicos en el periodo de Julio de 2014 a Febrero de 2015, los cuales son atendidos en Bogotá el 94% y en 29 municipios cercanos el 5,9%.

Los pacientes que residen en Bogotá principalmente son atendidos en las siguientes localidades, (ver Tabla 1).

Tabla 1
Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Localidad. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Localidad	# Pacientes	%
Engativá	336	16,01%
Suba	334	15,91%
Usaquén	285	13,58%
Kennedy	212	10,10%
Fontibón	179	8,53%
Teusaquillo	117	5,57%
Barrios Unidos	104	4,95%
Puente Aranda	95	4,53%
Bosa	76	3,62%
San Cristóbal	64	3,05%
Rafael Uribe Uribe	53	2,53%
Tunjuelito	53	2,53%
Ciudad Bolívar	44	2,10%
Chapinero	43	2,05%
Mártires	40	1,91%
Antonio Nariño	28	1,33%
Usme	20	0,95%
Santafé	14	0,67%
La candelaria	2	0,10%
Total	2099	100,00%

Fuente: Bases de datos EAPB

La población según sexo se distribuye como se muestra en la figura 5.

43

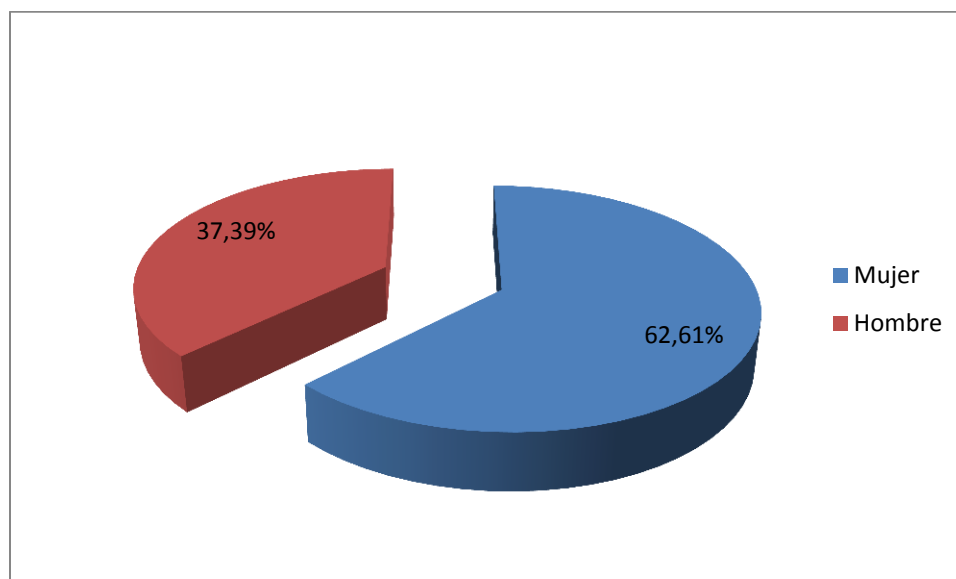


Figura 5. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según sexo. EPS Bogotá. Julio 2014. Febrero 2015. Fuente: bases de datos EAPB

Los pacientes crónicos del programa presentan edades entre 0 a 107 años, con una mediana de edad de 80 años, siendo 84 años la edad de mayor frecuencia; según los grupos de edad y sexo la población se distribuye como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2

Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según grupos de edad y sexo. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Grupo De Edad	SEXO = M		SEXO = H	
	# pacientes	%	# pacientes	%
>75	1091	70,07%	458	49,25%
70 A 74	92	5,91%	81	8,71%
19 A 44	74	4,75%	83	8,92%
65 A 69	57	3,66%	56	6,02%
60 A 64	51	3,28%	47	5,05%
55 A 59	39	2,50%	32	3,44%
5 A 14	33	2,12%	66	7,10%
50 A 54	32	2,06%	24	2,58%
45 A 49	29	1,86%	22	2,37%

15 A 18	24	1,54%	27	2,90%
Continuación 1 A 4	21	1,35%	23	2,47%
SD	12	0,77%	9	0,97%
<1	2	0,13%	2	0,22%
TOTAL	1557	100,00%	930	100,00%

Fuente: Bases de datos EAPB

Según el plan de beneficios en el que se encuentran afiliados los pacientes del programa se observan a continuación su distribución en la Tabla 3.

Tabla 3

Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Plan de beneficio. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Plan De Beneficios	# de pacientes	%
POS	2200	88,46%
Complementario 2	186	7,48%
Complementario 1	101	4,06%
Total	2487	100,00%

Fuente: Base de datos EPS.

La empresa administradora de planes de beneficio (EAPB) cuenta con tres Instituciones que prestan el servicio de salud a los pacientes del programa domiciliario; estas se encuentran georreferenciadas en tres zonas de Bogotá, la IPS 1 corresponde a la zona norte, La IPS 2 a la zona centro y La IPS 3 a la zona sur, por confidencialidad sus nombres se omiten, ver figura 6.

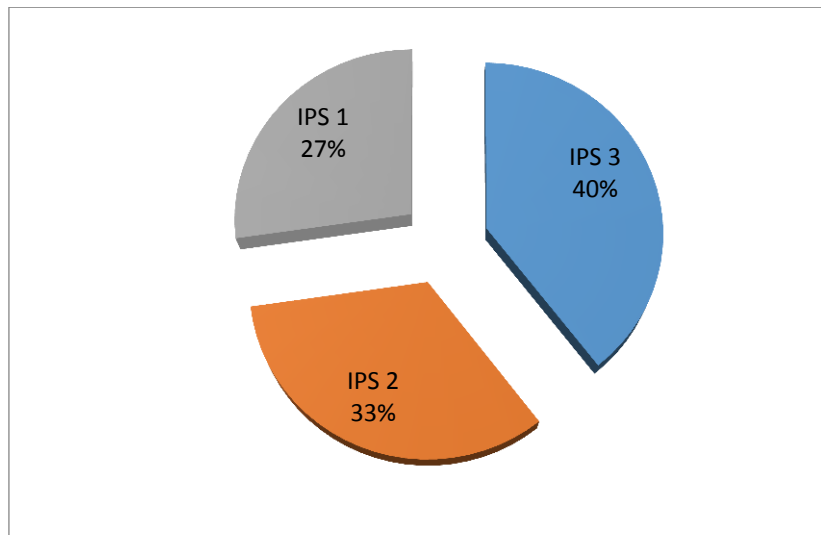


Figura 6. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según IPS domicilio. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015. Fuente: bases de datos EAPB

Con respecto a la clasificación por grupo de edades e IPS de afiliación se observa que la edad de los pacientes atendidos predominan los mayores de 75 años en las tres IPS; cabe resaltar que la IPS 3 cuenta con un 9,27 % y 5,91% de población afiliada al programa domiciliario en edades entre 19 a 44 años y 5 a 14 años, respectivamente, siendo la participación en grupos de edad con igual de importancia para las IPS 1 y 2, donde el grupo de edad de 19 a 44 es seguido por el grupo de 5 a 14 años.

Según el diagnóstico CIE 10 principal que lleva a la atención del paciente y su ingreso al programa de atención domiciliaria se presentan los 11 primeros diagnósticos en la figura 7.

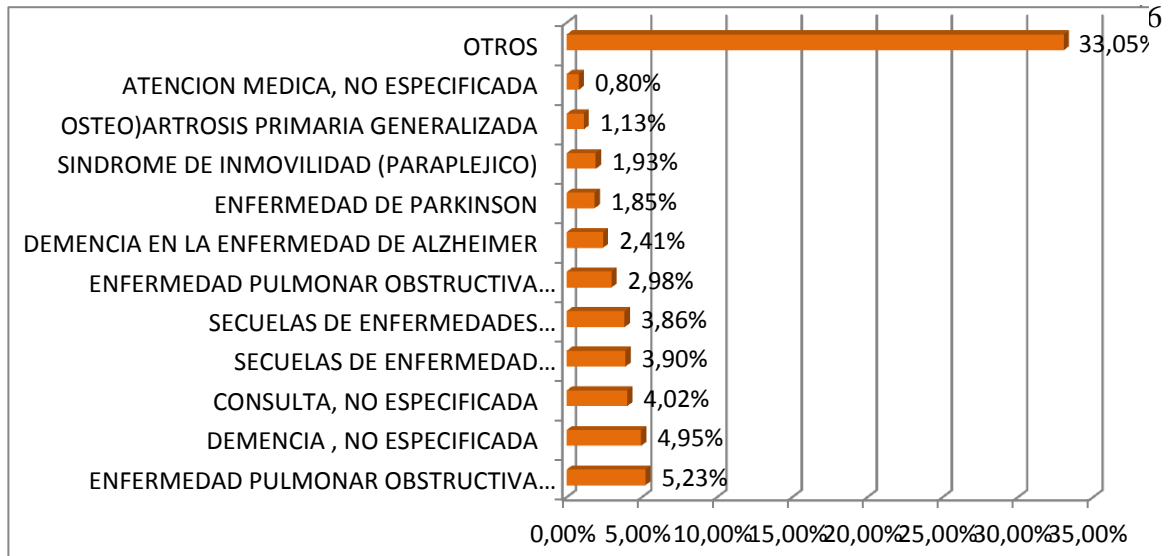


Figura 7. Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Diagnóstico CIE 10 principal. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015. Fuente: bases de datos EAPB

Los diagnósticos del CIE 10 son agrupados en categorías para un mejor análisis de las patologías, y se distribuyen por sexo de la siguiente manera (Tabla 4).

Tabla 4
Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según sexo y categoría de diagnóstico. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Categoría	F	M	Total
Enfermedades Del Sistema Circulatorio (I00-I99)	258	188	446
Enfermedades Del Sistema Nervioso (G00-G99)	166	109	275
Enfermedades Del Sistema Respiratorio (J00-J99)	148	80	228
Trastornos Mentales Y Del Comportamiento (F00-F99)	148	67	215
Enfermedades Del Sistema Osteomuscular Y Del Tejido Conjuntivo (M00-M99)	110	32	142
Factores Que Influyen En El Estado De Salud Y Contacto Con Los Servicios De Salud (Z00-Z99)	103	65	168
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas (E00-E90)	35	18	53
Traumatismos, Envenenamientos Y Algunas Otras Consecuencias De Causas Externas (S00-T98)	19	16	35
Síntomas, Signos Y Hallazgos Anormales Clínicos Y De Laboratorio, No Clasificados En Otra Parte (R00-R99)	18	5	23
Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	9	12	21
Enfermedades Del Sistema Genitourinario (N00-N99)	5	9	14
Enfermedades Del Sistema Digestivo (K00-K93)	5	4	9

Continuación				47
Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias (A00-B99)	4	3	7	
Malformaciones Congénitas, Deformidades Y Anomalías Cromosómicas (Q00-Q99)	3	5	8	
Enfermedades Del Oído Y De La Apófisis Mastoides (H60-H95)	3	0	3	
Enfermedades Del Ojo Y Sus Anexos (H00-H59)	3	0	3	
Enfermedades De La Sangre Y De Los Órganos Hematopoyéticos, Y Ciertos Trastornos Que Afectan El Mecanismo De La Inmunidad (D50-D89)	1	2	3	
Ciertas Afecciones Originadas En El Período Perinatal (P00-P96)	1	1	2	
Causas Externas De Morbilidad Y De Mortalidad (V01-Y98)	0	1	1	
SD	518	313	831	
Total General	1557	930	2487	

Fuente: Bases de datos EAPB

Al revisar la distribución de los pacientes por categoría de diagnóstico e IPS de afiliación, se observa que en la IPS 1 las enfermedades del tracto respiratorio (11,2%) son las de mayor frecuencia, seguido de trastornos mentales (6,5%) y sistema nervioso (5,6%); para la IPS 2 priman las enfermedades del sistema circulatorio (21,4%) luego trastornos mentales (15,7%) y sistema nervioso (13,4%); finalmente la IPS 3, quien más afiliados registra, presenta en primer lugar enfermedades del sistema circulatorio (26,5%), sistema nervioso (12,83%) y enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (8,25%).

Es importante tener en cuenta el índice de BARTHEL, que es una escala genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades; el rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0, el paciente presenta más dependencia; por el contrario, cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia (C. Barrero, 2015) (Ver escala en anexo 6) y se constituye en un factor de inclusión al programa de atención domiciliaria cuando sus valores están entre 0 y 40; de los 2487 pacientes crónicos del programa solo el 21% (824) registraron la información del índice de BARTHEL y de ellos el 78% aproximadamente cuentan con un índice de 0–40 que nos indica que son pacientes, entre dependientes totales a dependientes moderados, y principalmente son de edades mayores de 75 años, y de 19 a 44 años; ahora bien, quienes presentan un índice de BARTHEL igual a 40 representan la mayor participación con un 24%.

Según el pronóstico de la enfermedad la población total del programa de atención domiciliaria se encuentra distribuida como lo muestra la tabla 5.

Tabla 5

Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Pronóstico. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Pronóstico	# de pacientes	%
Mantenimiento	2129	85,61%
SD	204	8,20%
N/A	92	3,70%
Rehabilitable	61	2,45%
Fallecida	1	0,04%
Total	2487	100,00%

Fuente: Bases de datos EAPB

Considerando ahora el pronóstico de los pacientes del programa con respecto al sexo y grupo de edad, se puede evidenciar que las mujeres mayores de 75 años con pronóstico de mantenimiento presentan un porcentaje de participación de 70%, y los hombres del 27%.

Con respecto al pronóstico rehabilitable, se evidencia que hay mayor posibilidad de rehabilitación en las mujeres de los grupos de edad >75; seguidas de los grupos de 19 a 44 y 45 a 49 años, mientras que los pacientes niños y preadolescentes del sexo masculino tienen más posibilidad de rehabilitarse que las pacientes de los mismos grupos de edad, y los pacientes entre los 60 y los 74 años de los dos sexos tienen las mismas posibilidades de rehabilitación.

Es importante mencionar las dificultades en la recuperación física y psicológica que se puede dar en el 12% de los niños y adolescentes rehabilitables que podrían estar desarrollándose de otra manera y permitiéndoseles una recuperación más rápida, además de los costos que genera a la EAPB.

Con respecto al pronóstico del paciente y al plan de beneficios al que pertenece la población se distribuye como lo muestra la Tabla 6.

Tabla 6

Distribución de pacientes crónicos en atención domiciliaria según Pronóstico, y plan de beneficios. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Pronóstico	Plan Complementario 1		Plan Complementario 2		POS	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Mantenimiento	97	96,04%	161	86,56%	1871	85,05%
Rehabilitable	3	2,97%	6	3,23%	52	2,36%
Total	100	99,01%	167	89,79%	1923	87,41%

Fuente: Bases de datos EAPB

En su gran mayoría los pacientes crónicos tienen como destino de egreso el domicilio con un 56,94%.

De todos los pacientes del programa, 2346 registraron información acerca de la asistencia por parte de cuidadores al taller que se les ofrece como preparación y orientación para la labor a desempeñar, de estos solo el 1,1% asistieron, situación que se convierte en un factor de riesgo para la integridad del paciente crónico.

Caracterización de los eventos adversos

De la población de pacientes crónicos atendidos en el programa de atención domiciliaria de la EPS, en estudio para el periodo de Julio 2014 a Febrero 2015, se reportaron 30 indicios de atención insegura de los cuales el 83,3% corresponde a los eventos adversos y el 16,7% a incidentes.

La prevalencia de los eventos adversos en esta EPS, en el mismo periodo, fue 1,00% IC 95% [0,66 – 1,45] y la prevalencia de incidentes fue de 0,2% IC 95% [0,07- 0,44].

El origen de la acción insegura para llegar a evento adverso en el 100% fue asistencial

La razón de mujer a hombre fue de 1,77, lo que indica que hay un incremento del 77% de mujeres con respecto a los hombres. La distribución por sexo se muestra en la figura 8.

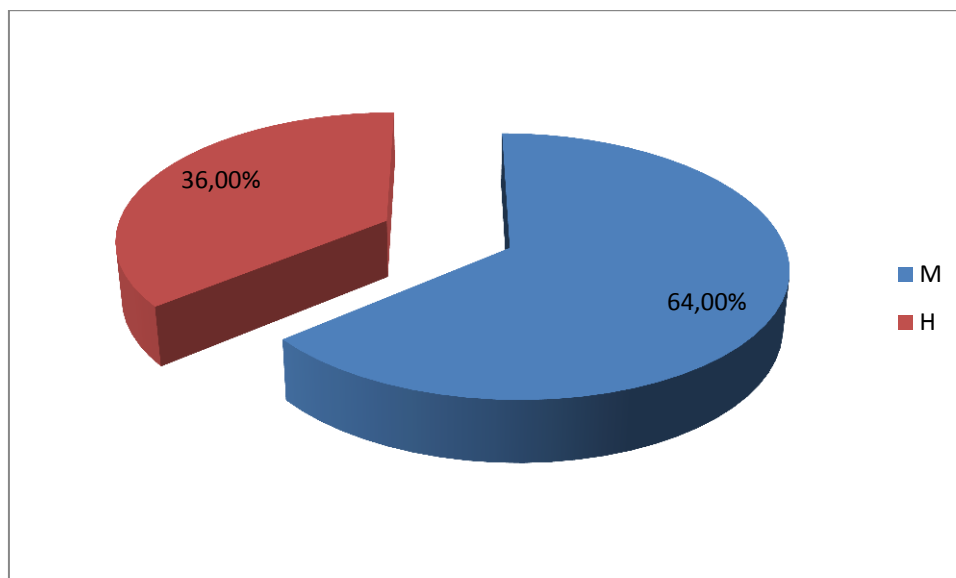


Figura 8. Distribución de casos de eventos adversos del programa domiciliario según sexo. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015. Fuente: Base de datos EAPB.

La prevalencia de eventos adversos según sexo fue para mujeres del 1,02% IC 95% [0,60 - 1,72] y para hombres 0,96% IC 95% [0,47 - 1,76].

La mediana de la edad de los pacientes que presentaron eventos adversos fue de 83 años, con una desviación estándar de 32,7 años, siendo 12 años la edad de mayor frecuencia con 2 casos.

La distribución por grupos de edad de la población que presentó algún evento adverso se muestra en la tabla 7.

Tabla 7

Distribución de casos de eventos adversos del programa domiciliario según grupo de edad. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015.

Edad	# pacientes	%
mayores de 75	16	64,00%
5 a 14	3	12,00%
15 a 18	2	8,00%
19 a 44	2	8,00%
65 a 69	1	4,00%

Continuación		
70 a 74	1	4,00%
Total	25	100,00%

Fuente: bases de datos EAPB

La prevalencia de evento adverso por grupo de edad para mayores de 75 años fue 1,03% IC 95% [0,61 – 1,63]; el grupo de 5 a 14, 3,0% IC 95% [0,77 – 8,02]; de 15 a 18, 3,9% IC 95% [0,66 – 12,36]; 19 a 44, 1,2% IC 95% [0,21 – 4,14]; 65 a 69, 0,88% IC 95% [0,04 – 4,28], y finalmente para el grupo de 70 a 74, de 0,57% IC 95% [0,02 – 2,81].

La razón por grupos de edad que tiene el mayor número de pacientes que sufrieron evento adverso es 5,3, lo que indica un incremento en el riesgo de sufrir un evento de 4,3 veces más en los mayores de 75 años, que los pacientes entre los 5 a 14 años de edad.

Según el nivel de educación los pacientes que presentaron eventos adversos en su gran mayoría tienen primaria con 44% y es importante resaltar que un 12 % son analfabetas.

Los pacientes que presentaron eventos adversos durante su permanencia en el domicilio fueron atendidos en las IPS de afiliación, como lo se ve en la tabla 8.

Tabla 8
Distribución de casos de eventos adversos del programa domiciliario según IPS de atención. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015.

IPS de Atención	No. Casos	%
IPS 1	14	56,0%
IPS 3	8	32,0%
IPS 2	3	12,0%
Total general	25	100,0%

Fuente: bases de datos EAPB

Los pacientes del programa son atendidos en diferentes servicios de especialidades, siendo el servicio de cardiovascular y neurología los que atienden mayor número de pacientes. al comparar entre la población total del programa y la población del programa que presentó evento adverso, es el servicio cardiovascular quien más atiende a la población total con un 20%,

mientras que desde las patologías neurológicas son los pacientes que sufrieron eventos⁵² adversos con un 88% .

Dentro de los 25 casos de eventos adversos, la distribución por tipo de evento adverso presentado se muestra en la tabla 9.

Tabla 9
Distribución de casos según tipo de evento adverso. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Evento adverso	No. Casos	%
Caídas Desde Su Propia Altura	17	68,0%
Errores De Medicación	3	12,0%
Algún Otro Evento Adverso	3	12,0%
Reintervención Derivada Del Procedimiento Quirúrgico, Diagnostico y/o Terapéutico	2	8,0%
Total general	25	100,0%

Fuente: bases de datos EAPB

El 100% de los eventos fueron prevenibles, el 96% eventos adversos leves y el 4% eventos adversos moderados.

Los casos de eventos adversos, según la especialidad en la que se encuentran registrados para atención, en su gran mayoría son del servicio de neurología con un 88% con respecto a los 25 eventos.

Factores contributivos de los eventos adversos.

Es importante revisar cuáles factores contribuyen a que se produzcan los eventos, por ello se revisa inicialmente en dónde se da el origen de los factores contributivos, teniendo en cuenta que cuando se habla de equipo están involucrados el personal de salud y cuidadores, ver tabla 10.

Distribución de casos según origen de factores contributivos. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Origen de factores contributivos	# pacientes	%
Equipo	17	68,00%
Paciente	7	28,00%
Organizacionales y gerenciales	1	4,00%
Total	25	100,00%

Fuente: bases de datos EAPB

En cuanto a los factores contributivos que desencadenaron los eventos adversos encontramos (Tabla 11)

Tabla 11.

Distribución de casos según factores contributivos. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Factores contributivos	# pacientes	%
Salud física y mental	14	56,00%
Diseño de la tarea y claridad de la estructura: disponibilidad y uso de protocolos	5	20,00%
Supervisión y disponibilidad de soporte	3	12,00%
Conocimiento: habilidades y competencia	1	4,00%
Diseño de la tarea y claridad de la estructura: ayudas para la toma de decisiones	1	4,00%
Personal suficiente	1	4,00%
Total	25	100,00%

Fuente: bases de datos EAPB

Dentro de la participación, con respecto al Servicio por Neurología, el más representativo como factor contributivo es el Equipo de Salud con un 56%, un 28% las características del paciente y, por último, con un 12% con tareas y tecnología; para el servicio cardiovascular el factor contributivo es el equipo de salud con un 50%.

Según el índice de BARTHEL los casos de eventos adversos se encuentran distribuidos así (Tabla 12)

Tabla 12
Distribución de casos de eventos adversos según Barthel. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Barthel	# pacientes	%
0	10	34
40	6	21
30	6	21
35	4	14
20	3	10
Total	29	100

Fuente: bases de datos EAPB

Cuidadores

Con respecto a los cuidadores se revisó la edad, el nivel educativo, la asistencia al taller de cuidadores, relación de cercanía o parentesco y número de cuidadores por persona; al respecto se obtuvieron los siguientes resultados, teniendo en cuenta que de los 25 pacientes registrados con eventos solo el 25% respondió al nivel educativo y número de cuidadores:

El promedio de edad del cuidador es de 45,5 años, el nivel educativo de los cuidadores en su mayor proporción tienen bachillerato en un 20%, un 16% son analfabetas, 8% para primaria, un 8% profesionales, un 8% técnicos y un 8% de especializados.

Con respecto a la cercanía o parentesco se encontró: (tabla 14)

Tabla 14
Distribución de casos según relación de cuidador. Bogotá. Julio 2014 a Febrero 2015

Relación parentesco cuidador	# pacientes	%
Otros	9	36
Madre	4	16
Padre	3	12
Hijo/a	3	12
Esposa/o	3	12

Continuación		
Tío/a	2	8
Hermano/a	1	4
Total	25	100

Fuente: Base de datos EAPB

Según lo referenciado del 25% de los casos de eventos adversos, el 20% presenta 2 cuidadores para realizar rotación de atención.

Finalmente el 100% de los cuidadores no asistieron al taller ofrecido.

Discusión

La atención sanitaria, por su complejidad, extensión y vulnerabilidad del paciente, no está ni puede estar libre de riesgos (Aranaz JM A. C., 2006). Los eventos adversos se presentan en todas las fases de la prestación de los servicios de salud, teniendo en cuenta esto la Empresa Administradora de Plan de Beneficio –objeto de estudio– no es ajena a presentar los eventos adversos; si se revisa el comportamiento de seguridad del paciente, encontramos que de los eventos reportados como indicios de atención insegura 25 (83,3%) de 30 cumplieron los criterios definidos para evento adverso; en el periodo de Julio de 2014 a Febrero del 2015, la prevalencia que presentó fue de 1,0% IC 95% [0,66 – 1,45], resultado que se asemeja al estudio realizado en atención primaria en salud (APEAS,2008) que arrojó una prevalencia de EA igual a 1,12 % [1,05- 1,18] y menor a la reportada en las revisiones de literatura consultadas (las tasas globales notificadas de eventos adversos variaron desde 3,5 hasta 15,1 %,.) (Paul Masotti, 2010) o la referida por los estudios de evento adverso hospitalario (IBEAS,2009) y el ambulatorio (AMBEAS,2013) con prevalencias de 10,5% y 5,6% respectivamente. Esta diferencia se podría explicar por el tamaño de la población estudiada frente a los estudios relacionados, así como podría evidenciar un posible subregistro en el reporte de los indicios de atención insegura por parte de los prestadores de servicios de salud; con respecto a esto, se recomienda identificar dónde radican las diferencias y poder realizar un estudio en las mismas condiciones pero para la atención domiciliaria; por otro lado los resultados de prevalencia no son comparables con los estudios realizados en el mismo ámbito de atención ya que en Canadá se establecieron incidencias, y en el estudio realizado en Popayán (A.Colonia,2012) fue solo una caracterización del evento.

Similar a otros estudios como el de Sears, 2013 y Blais, 2013, la población de pacientes en atención domiciliaria, en modalidad de paciente crónico, son mujeres alrededor de los 70 años, afectados principalmente por enfermedades crónicas del sistema circulatorio, enfermedades del sistema nervioso y el sistema respiratorio, con una capacidad funcional (en los casos con registro) correspondiente a una dependencia funcional, total o severa; por otra parte, las condiciones de salud marcadas por las patologías crónicas y degenerativas condicionan un pronóstico bajo de recuperación o rehabilitación en el entorno domiciliario.

Como parte de la caracterización de la población, encontramos que la población de estudio presenta un nivel educativo predominantemente básico, lo cual podría afectar la percepción o el entendimiento que tenga el paciente de la información ofrecida por los proveedores de atención de la salud, en relación con la enfermedad y sus cuidados; sin embargo, este hallazgo es coherente con los niveles de escolaridad reportada en la población de adultos mayores.

Llama la atención el porcentaje de los trastornos mentales y del comportamiento con un 9%, siendo en el estudio realizado en Popayán (A. Colonia, 2012) uno de los problemas que más afectaban a sus pacientes con un 45%; estos datos agregan un nivel de complejidad mayor al manejo de estos pacientes en el domicilio, incluyendo la carga que implica para el cuidador el manejo de este tipo de pacientes.

Los tipos de eventos adversos según el estudio AMBEAS muestra que el 80% son eventos adversos evitables, el estudio canadiense (Blais, 2013) en un 70%, mientras que en el presente estudio el 100% fueron evitables; en cuanto a la intensidad el 96% fue leve comparado con un 74% reportado por Blais. Es posible que estos datos varíen por el número de población trabajada o la existencia de subregistro.

Dentro de los tipos de eventos adversos, el presente estudio mostró un porcentaje de caídas de su propia altura con un 68%, estando por encima al encontrado en el estudio realizado en Popayán en el ámbito domiciliario (A. Colonia, 2012) con un 35%, y al reportado por el estudio canadiense (Sears, 2013) con un 24,5%, diferencia que permite plantear la necesidad de establecer estrategias de prevención de caídas en domicilio realizando una búsqueda de dichas estrategias que hayan demostrado eficacia o evidencia científica, seguido de otro tipo de evento adverso de gran importancia, que es Medicamentos, con un 12% frente a un 16% encontrado por Sears en el 2013 en Canadá, que puede estar muy relacionado a las fallas en el equipo como factor contributivo como lo mostró el presente estudio con un 68%, aclarando que el equipo incluye el personal de salud y el personal civil (familiares, vecinos) que intervienen en el cuidado en casa y esto hace evidenciar dificultades que hay con el cuidador, sobre todo si estos no son personal capacitado. Sears dentro de las conclusiones de su estudio en Canadá refiere que se debe hacer mejoras en la educación de los cuidadores de pacientes, este estudio encontró que

el nivel educativo de los cuidadores en su mayor proporción tienen bachillerato con 20%, en⁵⁸ un 16% son analfabetas y el 100% de ellos nunca han asistido a los talleres de capacitación por lo cual se sugiere al igual que Sears que los cuidadores sean personas capacitadas y preparadas.

Como una limitante de nuestro estudio se encuentra el uso de fuentes secundarias, lo cual puede generar sesgos de información. Para evitarlos se establecieron estrategias por parte de los autores con el fin de minimizar el sesgo y pilotear la información, para ello se realizaron una serie de encuentros entre los autores del estudio con las diferentes IPS, y el personal que recogía la información; se realizó una revisión previa con los coordinadores de calidad de reporte de información de cada una de las IPS; se hizo una revisión de análisis de indicios de atención insegura, soportado con las actas del comité de investigación de auditoría interna, se compararon los datos de las historias clínicas de los pacientes con los informes presentados por los gestores.

La prevalencia de eventos adversos en los pacientes crónicos domiciliarios fue de 1,0%, estando por debajo de los estudios revisados.

El principal tipo de evento adverso fue la caída de pacientes desde su propia altura, siendo prevenibles en su totalidad y clasificándose en su gran mayoría como eventos leves siendo coherente con estudios revisados.

El principal origen del factor contributivo fue el equipo de salud, originando factores contributivos que se relacionan con la salud física y mental de los pacientes.

Los cuidadores en su gran mayoría no tienen relación afectiva o familiar con el paciente objeto de atención, aunado a la falta de capacitación para atender adecuadamente a los pacientes. Las IPS ofrecen talleres a este grupo poblacional buscando la adherencia al programa y concientización de los riesgos del paciente, sin embargo se ha encontrado escasa participación,

Recomendaciones

Recomendaciones Generales

Se da la necesidad de ajustar los marcadores de análisis de los eventos de seguridad en el entorno de la atención domiciliaria para incluir factores como el cuidador, dado la importancia de estos actores en el desenlace en salud de los pacientes en el ámbito domiciliario. Este ajuste debiera llevarse al marco conceptual para la Clasificación de la Seguridad del Paciente que hace parte de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia.

Se reitera la necesidad de desarrollar más estudios que aborden la seguridad del paciente en atención domiciliaria en nuestro país, así como en los países de Latinoamérica dado el contexto económico y social que nos diferencia de otras regiones donde se han desarrollado los estudios, reportados mayoritariamente en países de origen anglosajón.

Se recomienda la reformulación de una política pública para el adulto mayor y envejecimiento enfocada en los pacientes con grado de discapacidad en el ambiente domiciliario.

Proponer la inclusión del cuidador como actor fundamental en el ámbito socio-sanitario, haciendo parte de la estrategia promoción y prevención del sistema de salud.

Recomendaciones para la institución

Teniendo en cuenta que el principal origen de los factores contributivos, relacionados con el evento adverso fue el equipo, es de suma importancia la capacitación y seguimiento a los cuidadores porque son ellos los responsables de la atención del paciente; deben ser idóneos y capaces de reaccionar frente a dificultades que se presenten y la intervención a nivel de proveedores para definir los perfiles y competencias de los profesionales en salud del equipo que debe asumir la responsabilidad de atención de los pacientes en condiciones de discapacidad.

Se recomienda poner en uso la herramienta en Excel elaborada para realizar el registro de los casos de indicio de atención insegura, incidente y evento adverso, que le servirá a cada institución prestadora de servicios y por ende a la Empresa Administradora de Planes de

Beneficio para realizar unificar la información y poder facilitar la caracterización y análisis de⁶¹ los casos, reforzando así la notificación del evento adverso y se podría disminuir el posible subregistro.

Dado a que uno de los factores de importancia contributivos del evento adverso en este estudio es el uso inadecuado de medicamentos, es recomendable mejorar la formación de los profesionales en salud y del cuidador sobre el uso adecuado de los mismos, y que se permita estandarizar una presentación del medicamento desde el profesional hacia el paciente mejorando el uso seguro y que esto sea llevado al hogar.

Implementación de educación continua al personal dedicado a la atención de los pacientes crónicos en el programa domiciliario.

- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (s.f.). Observatorio seguridad del paciente.es. Recuperado el 18 de mayo de 2015, de http://www.observatorioseguridaddelpaciente.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Estudio_APEAS_resumen.pdf
- Aranaz JM, A. C. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit*, 20(Supl.1), 41-47.
- Aranaz JM, M. J. (1999). La valoración de los resultados generales de la actividad asistencial en los servicios de cirugía. *Cirugía Española*, 66:433-44.
- Arango, A. (2008). El concepto de calidad en la organización y su sentido estratégico.
- B., R. (2000). Implementing home care in Canada: four critical elements. *HealthcarePapers*, 1(4), 67-73, discussion 109-12.
- Blais, R. S. (2013). Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2013.
- Cegri Lombardo F, A. M. (2007). Atención domiciliaria: caminando hacia la excelencia. *Aten Primaria*, 39, 3-4.
- cols, M. y. (2013). Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety. *BMC Health Services Research*, 13(191).
- Coyte PC, M. P. (2001). Home care in Canada: passing the buck. *Can J Nurs Res*, 33, 11-25.
- Deming, W. (1989). *Calidad, Productividad y Competitividad*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A.
- Díaz-Cordovés Rego, O. F. (2005). Evaluación de la atención domiciliaria en los pacientes Incapacitados. *Medicina de Familia (And)*, 3, 152-159.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund*.
- Doran, D. M. (2014). Identification of serious and reportable events in home care: a Delphi survey to develop consensus. *International journal for quality in health care*, 26(2), 136-143.
- Douglas SL, D. B. (2007). Chronically Critically Ill Patients: Health-Related Quality of Life and Resource Use After a Disease Management Intervention. *Am J Critical Care*, 16, 447-457.

Garzón, M. (2010). *Indicios de atención insegura, errores y*. Bogotá.

63

Gonzalez, A. d., & Acevedo, D. E. (2008). *Revisión del Estado del Arte de la atención Domiciliaria en Salud*. Medellín: Universidad CES.

Health Quality Ontario. (s.f.). *Report on Ontario's health care system: home care reporting*. . Recuperado el 28 de February de 2012, de http://www.ohqc.ca/en/hc_landing.html

JE, T. B. (1989). *Atención domiciliaria y atención primaria de salud*. *Rev ROL Enf*, 125, 37- 43.

Jurán, J., & Gryna, F. (1995). *Análisis y planeación de la Calidad*. Mexico: McGraw Hill.

Khon LT, C. J. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.

Lang A, E. N. (2006). *Canadian Patient Safety Institute*. Obtenido de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/uploadedFiles/Research/Safety%20in%20Home%20Care%20-%20Apr%202006.pdf>

Lang A, E. N. (2008). *Safety in home care: a broadened perspective of patient safety*. *Int J Qual Health Care*, 20, 130–5.

Lopez, A. C., & Diaz, m. L. (2012). *Caracterización de los eventos adversos en una institución prestadora de servicios domiciliarios de la ciudad de Popayán*. Popayán.

Luengas, S. (2009). *Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud*. Documentos de trabajo de la Fundación Corona. Bogotá: Fundación Corona-Centro de Gestión Hospitalaria.

M., E. (2001). *Commentary: When, where and why do preventive home visits work?* *BMJ*, 323, 708-709.

Macdonald, M. T. (2013). *Examining markers of safety in homecare using the international classification for patient safety*. *BMC health services research*, 13(1), 191.

Marta Gorina, J. T. (2014). *Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. Modelo dispensarizado*. *Aten Primaria*, 46(6), 276---282.

McGraw C, D. V. (2008). *Understanding risk and safety in home health care: the limits of generic frameworks*. *Qual Prim Care*, 16, 239–48.

Ministerio de la Protección Social. (2006). *Decreto número 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*.

- Ministerio de la Protección Social. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política 64 de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección social. (2009). 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud."INCAS Colombia 2009". Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección Social. (s.f.). Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (s.f.). Sistema Unico de Acreditación en Salud. Recuperado el 15 de abril de 2015, de <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=115&IdCat=29>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución Número 5521 de 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Minsalud. Recuperado el 08 de 10 de 2014, de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (s.f.). Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.
- Mira JJ, A. J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clín (Barc)(114 (Supl 3)), 26-33.
- Montserrat-Capella, D. S. (2015). Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. International Journal for Quality in Health Care, mzu100.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). OMS | Seguridad del paciente. Recuperado el 19 de 10 de 2014, de <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2007). Política Y Estrategia Regionales Para La Garantía De La Calidad De La Atención Sanitaria, Incluyendo La Seguridad Del Paciente. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 59.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007. Washington (DC), Estados Unidos.

- Organizacion Panamericana de la Salud. (2008). Alianza Mundial par la Seguridad del paciente, la investigación de seguridad del paciente, mayor conocimiento para una atención mas segura.
- Paul Masotti, M. A. (2010). Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), 115–125.
- Schimmel, E. (1964). The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med*(60), 100-10.
- Sears, N. B. (2013). The incidence of adverse events among home care patients. *International journal for quality in health care*, mzs075.
- Steel K, G. P. (1981). Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med*(304), 638-42.
- Susana Lorenzo Martinez, J. J. (s.f.). CALITÉ Investigación. Recuperado el 01 de 08 de 2014, de Grupo de estudios para la implantación de la calidad en las organizaciones: http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
- Toro Restrepo, J. E. (2003). *El Hospital como Empresa (Segunda ed.)*. Medellín: Fundación hospitalaria San Vicente de Paul.
- Van Haastregt J, D. J. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *Brit Med Journal*, 320, 754-758.
- Woodward C, B. J. (2002). Measuring consistency of personnel in home care: current challenges and findings Adverse events in homecare. En C. f. Analysis (Ed.), [A Shortened Version of the Report Presented at the From Knowledge To Wisdom Conference, Sheraton Centre Hotel, Toronto, Canada, April 21–24, 2002].
- World Health Organization (WHO). (2008). *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009*. Geneva (SZ): World Health Organization.

Matriz de operacionalización de variables

DOMINIO	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERATIVA	TRATAMIENTO ESTADÍSTICO
Información personal del paciente	Localidad	División territorial o administrativa va genérica para cualquier núcleo de población con identidad propia	Cualitativa	Nominal	Engativá Suba Usaquén Kennedy Fontibón Teusaquillo Barrios Unidos Puente Aranda Bosa San Cristóbal Rafael Uribe Uribe Tunjuelito Ciudad Bolívar Chapinero Mártires Antonio Nariño Usme Santafé La candelaria	Proporción
	Sexo	Se refiere a las características físicas y biológicas que definen a hombres y mujeres	Cualitativa	Nominal	H(Hombre) M (Mujer)	Proporción
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Cuantitativa	Razón	Numérica, años cumplidos	Medidas de tendencia central y dispersión. Se crean rangos de edad para facilidad de análisis y se calculan proporciones por dichos grupos.
	Programa	Tipo de afiliación del paciente que presenta el indicio de atención insegura	Cualitativa	Nominal	Caja Particular Plan complementario Plan obligatorio Otro	Proporción

	Nivel educativo	Grado de escolaridad que adquiere una persona desde la parte académica	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Tecnológico Profesional universitario Especializado	Proporción
	Viene de hospitalización institucional?	Refiere si el paciente ha estado hospitalizado antes de recibir atención domiciliaria	Cualitativa	Nominal	Si No	Proporción
	Índice de Barthel	Escala genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria.	Cuantitativa	Razon	Valores de 0 a 10	Se crean rangos para facilidad de análisis: 0 – 40 (dependiente) > 40 (independiente) Se calcula proporción.
	Pronóstico del paciente	Resultado que se espera de una enfermedad, su duración y probabilidades de recuperación de esta.	Cualitativa	Nominal	Rehabilitable Mantenimiento	Proporción
Información del indicio de atención insegura	Indicio de atención insegura	Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso	Cualitativo	Nominal	Escoger de la lista el nombre que corresponda al indicio.	Proporción
	Evento adverso	Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño	Cualitativa	Nominal	Si No	Proporción Prevalencia
	IPS que reporta	Institución prestadora que informa la ocurrencia del evento	Cualitativa	Nominal	IPS 1 Zona Norte IPS 2 Zona Centro IPS 3 Zona Sur	Proporción

Fecha de ocurrencia	Fecha en la que sucede el evento adverso	Cualitativa	Ordinal	dd/mm/aaaa	Proporción
Diagnóstico que origina la atención	Diagnóstico inicial con el cual se inicia la atención al paciente	Cualitativa	Nominal	Seleccionar de la lista de los diagnósticos el que corresponda (CIE 10)	Proporción
Diagnóstico del inicio de la atención insegura	El diagnóstico que presenta el paciente y que sugiere la atención insegura	Cualitativa	Nominal	Seleccionar de la lista el diagnóstico correspondiente (CIE 10)	Proporción
Tipo de evento adverso (resultado)	Tipo de lesiones o complicaciones involuntarias que se presentan durante la atención en salud, derivadas del proceso asistencial	Cualitativa	Nominal	Incidente Evento adverso prevenible Evento adverso no prevenible o complicación Atención segura	Proporción
Tipo de evento adverso según magnitud	Magnitud del tipo de lesiones o complicaciones involuntarias que se presentan durante la atención en salud, derivadas del proceso asistencial	Cualitativa	Nominal	Leve Moderada Severa	Proporción
Clasificación de la atención relacionada con el evento adverso	Hace referencia a el tipo de atención relacionado con la presentación del evento adverso	Cualitativa	Nominal	Infección nosocomial Relacionado procedimiento quirúrgico Relacionado procedimiento diagnóstico/terapéutico Relacionado administración medicamentos Relacionado cuidados de enfermería Relacionado diagnóstico tardío o erróneo Relacionado tratamiento tardío o erróneo	Proporción
Acción insegura identificada	Describir la conducta que ocurre durante el proceso de	Cualitativa	Nominal	Respuesta abierta	Proporción

		atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo				
	Origen de la acción insegura	Se refiere a donde se origina la conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud	Cualitativa	Nominal	Administrativa Asistencial	Proporción
	Origen de Factores contributivos	Que o quien origina las condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras	Cualitativas	Nominal	Paciente Tarea y tecnología Individuo Equipo Ambientales Organizacionales y gerenciales Contexto institucional	Proporción
	Factores contributivos	Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras que corresponden al origen	Cualitativa	Nominal	Seleccionar de una lista de factores contributivos	Proporción
Información del cuidador	Nivel educativo	Grado de escolaridad que adquiere una persona desde la parte académica	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Tecnológico Profesional universitario Especializado	Proporción
	Edad del cuidador	Tiempo que ha vivido una persona (cuidador) desde su nacimiento	Cuantitativa	Razón	Numérica, años cumplidos	Medidas de tendencia central y dispersión. Se crean rangos de edad para facilidad de análisis y se calculan proporciones por dichos grupos.
	Limitaciones del cuidador	Dificultades que presenta el cuidador para realizar la labor	Cualitativa	Nominal		Proporción
	Relación parentesco de Cuidadores	Relación de cercanía que tiene el cuidador con el paciente	Cualitativa	Nominal	Hijo/a Hermano /a Espos/a Madre Padre Tío/a Otro	Proporción

Fuente: Elaborado por los autores

Base de datos de pacientes crónicos del programa de atención domiciliaria

REGISTRO	DEL EVENTOS	DOMICILIO	COMPLETOS	DOCUMENTO	NTIFICACION	EDAD	PO DE EDAD	SEXO	BENEFICIOS	DIRECCION	BARRIO	LOCALIDAD	
MUNICIPIO	RESPONSABLE	TELEFONO	CELULAR	DE INGRESO	RONÓSTICO	ÑO INGRESO	ES INGRESO	HA INGRESO	HA INGRESO	ÑO EGRESO	ES EGRESO	DIA EGRESO	
HA EGRESO	S ESTANCIA	O PRINCIPAL	(PRINCIPAL)	ECUNDARIO	ECUNDARIO)	BARTHEL	SITA MEDICA	VISITA MES	RECOBRO	NFERMERIA			
RECUENCIA	TF	TO	TL	TR	MO	URACIONES	CURCIONES	NUTRICION	PSICOLOGIA				
AJO SOCIAL	RIO CLINICO	TRATANTES	E ESPECIAL	MBULANCIA	DE EGRESO	ACOLOGICO	CAPACIDAD	UIDADORES	ROVEEDOR	N MENSUAL	TELEFONICO	JUNTAS	ES AL MES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _Enero 20 de 2014 _____

Yo __Carlos Miguel Arbeláez_ líder de Consorcio EPS certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y el objetivo de la investigación **(INDICIOS DE ATENCION INSEGURA EN EL PROGRAMA DOMICILIARIO DE UNA EPS EN BOGOTA DE JULIO DE 2014 A FEBRERO DE 2015)**, realizada por los investigadores **Diana Sánchez, Clara M. Giraldo, Jaime Camelo** estudiantes de la Maestría de Salud Pública y Desarrollo Social de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: **(IDENTIFICACION DE INDICIOS DE ATENCION INSEGURA SUCEPTIBLES DE INTERVENCION EN EL MANEJO DE PACIENTES CRONICOS EN DOMICILIO EVITANDO COSTOS DE LA NO CALIDAD)**.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, solo la conocerá el comité de investigación y los autores.

Si se tiene alguna dudasobre esta investigación, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación en él. Igualmente, puedo retirarme del proyecto en cualquier momento.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Nombre y firma del Investigador

Modelo Shell: es un modelo conceptual de explicación de la realidad, en este caso laboral, desarrollado por Edward en 1972, y modificado posteriormente por Hawkins en 1975.

El nombre de este paradigma se deriva de las letras iniciales de sus componentes en idioma inglés:

Software. Corresponde al soporte lógico, como por ejemplo los procedimientos para llevar a cabo una tarea, los manuales, las listas de chequeos, las reuniones de coordinación, las instrucciones, etc.

Hardware. Es el soporte físico, como puede ser cualquier tipo de máquina. Un computador, una grúa, una guillotina, etc.

Environment. Corresponde al entorno sobre el que se mueve la persona, por ejemplo, la temperatura, la humedad, la presión del lugar de trabajo, el resto de las personas.

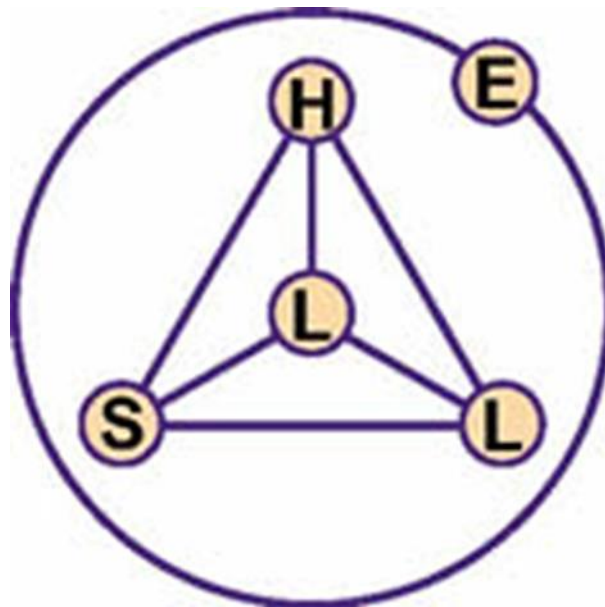
Liveware. Corresponde al elemento humano y el más importante de todos. Indudablemente es el factor Liveware el componente más importante del enfoque. Sin embargo, la clave es la interacción, la complementación que se produce entre el elemento humano y los demás componentes del sistema:

Liveware – Software

Liveware – Hardware

Liveware – Environment

Liveware – Liveware



Fuente: http://www.solorrh.com/index.php?option=com_k2&view=item&id=825:el-modelo-shell-una-herramienta-de-analisis-del-management-de-recursos-humanos&Itemid=3

INDICE DE BARTHEL		Puntos
Comer	Totalmente independiente.	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender mantoquilla, etc.	5
	Dependiente.	0
Lavarse	Independiente, entra y sale solo del baño.	5
	Dependiente.	0
Vestirse	Independiente, capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	Necesita ayuda.	5
	Dependiente.	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente.	0
Deposiciones*	Continente.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	5
	Incontinente.	0
Micción*	Continente o es capaz de cuidarse de la sonda o colector.	10
	Incontinente ocasional (máximo un episodio de incontinencia en 24 horas). Necesita ayuda para cuidar de la sonda o colector.	5
	Incontinente.	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, usa cuña o el orinal. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque puede usar barras de apoyo), se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.	5
	Dependiente.	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente.	15
	Mínima ayuda física o supervisión.	10
	Grta ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
Deambular	Independiente, camina sin ayuda al menos 50 metros, aunque se ayuda de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque se ayuda de muletas o bastones o se apoya en la barandilla.	10
	Necesita ayuda física o supervisión.	5
	Dependiente.	0
TOTAL		

Fuente: <https://martagc92.files.wordpress.com/2012/11/barthel.png>

INTERPRETACIÓN DEL ÍNDICE

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 puntos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 puntos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 puntos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 puntos.
- 5- Dependiente total: <20 puntos.