



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Calidad de Servicios

Boletín # 2

SEGURIDAD DEL PACIENTE



INFORME IBEAS
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Observatorio de Calidad
de la Atención en Salud

En la versión impresa del número especial, éste boletín corresponde a las páginas 21 a 44.



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Seguridad del Paciente es un tema universal y ha impregnado profundamente el ejercicio moderno de la medicina, al punto que algunos la han denominado la nueva medicina del siglo XXI. Desde la Organización Mundial de la Salud hasta diversos gobiernos del mundo, así como profesionales de la salud se ha hecho el llamado para el despliegue de los procesos de seguridad del paciente como una prioridad de la atención en salud a nivel mundial.

Mucho se ha escrito en los medios científicos, hasta llegar a entender el problema como una consecuencia de la complejidad de la atención en salud antes que de la negligencia del equipo de salud. En este sentido se ha avanzado mucho en la cuantificación del problema; se presenta en este boletín un resumen de los diversos estudios que se han hecho en el mundo, y sus resultados.

También se han entendido y superado muchos tabús: el mito de la infalibilidad del médico y las acciones dirigidas a castigar antes que a identificar las fallas subyacentes en el proceso. Se presenta un resumen de los desarrollos que en el país se han adelantado en la operativización de la Política de Seguridad del Paciente.

Las cifras arrojadas por el estudio IBEAS en Colombia que se incluyen en este boletín evidencian cómo cuando una institución trabaja en seguridad del paciente, disminuye el riesgo y se incrementa la detección de situaciones inseguras como insumo para la generación de barreras de seguridad.

No solamente la información obtenida en el estudio IBEAS son las únicas cifras que existen; se presentan además datos de indicadores relacionados con la Seguridad del Paciente reportados por las instituciones: “muerte materna”, “infecciones intrahospitalarias”, “mortalidad por neumonía”, así como información sobre nuevos campos que se abren para la monitorización del evento adverso como la morbilidad materna extrema.

Ahora se puede afirmar que en términos de la seguridad del paciente la verdadera noticia no es la alta frecuencia de los eventos adversos (EA), sino el esfuerzo de miles de profesionales de la salud y de pacientes para generar procesos de atención seguros, así como los éxitos iniciales alcanzados. Todo lo cual se ilustra en este boletín.



DESPLIEGUE DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD

Para desplegar la política de seguridad del paciente se plantearon 5 estrategias, las cuales se presentan con los desarrollos alcanzados durante su implementación:

ESTRATEGIA 1: EDUCATIVA

- Línea de Acción 1: Formación de multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente: se realizaron talleres en todo el país (ver boletín N° 1).
- Línea de Acción 2: Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo: se ha desarrollado el proceso en todo el país (ver introducción a este numero especial).
- Línea de Acción 3: Promoción en las Universidades de la formación y la investigación en Seguridad del Paciente: se ha promovido la línea de investigación en calidad y seguridad del paciente en COLCIENCIAS y se han impulsado las investigaciones. (Ver página de investigación de la sala temática Herramientas e Investigación del OCS)
- Línea de acción 4: Acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad: se ha promovido la experiencia de “Pacientes por la Seguridad del Paciente” (ver video en página canales del observatorio).

ESTRATEGIA 2: PROMOCIÓN DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES

- Línea de Acción 1: Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores: se culminó estudio IBEAS.
- Línea de Acción 2: Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad): se han publicado libros de herramientas, eficiencia y calidad, así como dos multimedia y 20 paquetes instruccionales (Ver página de herramientas de seguridad en sala temática “Herramientas y Experiencias” del OCS).
- Línea de Acción 3: Promoción del reporte extrainstitucional.

ESTRATEGIA 3: COORDINACIÓN DE ACTORES

- Línea de Acción 1: Constitución del comité técnico para la seguridad del paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud: se expidió la guía técnica “Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente (Ver página de herramientas de seguridad en sala temática “Herramientas y Experiencias” del OCS).
- Línea de acción 2: Coordinación de aseguradores y prestadores en el marco de la política de seguridad del paciente.
- Línea de acción 3: Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Línea de Acción 4: Coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y Control con la política de seguridad del paciente: cursos, acciones coordinadas (premio de calidad - Veeduría Distrital / acciones de la Secretaria Distrital de Salud).

ESTRATEGIA 4: INFORMACIÓN

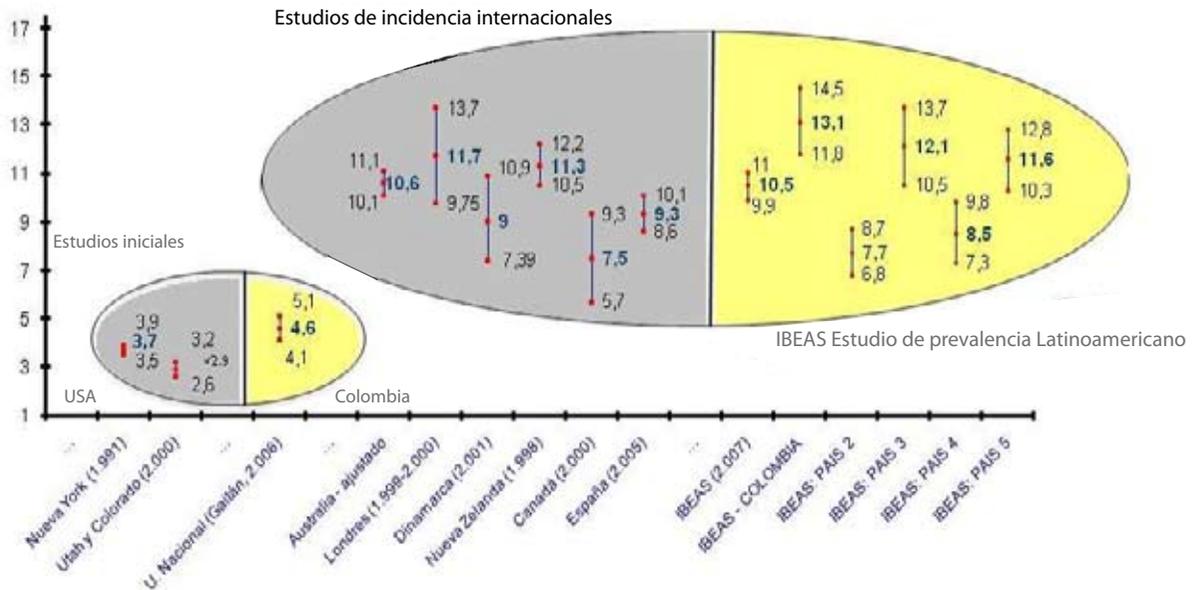
- Línea de acción 1: Plan de medios.
- Línea de Acción 2: Promoción de experiencias exitosas en congresos, foros y Observatorio de Calidad (Ver páginas foros SOGC y experiencias exitosas en Sala Temática “Herramientas e Investigación” del OCS).
- Línea de Acción 3: Difusión de alertas de Seguridad del Paciente.

ESTRATEGIA 5: ARTICULACIÓN DE COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (SOGC)



LOS ESTUDIOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL MUNDO

Gráfico 2.



✓ Adaptado a partir de Gráfico de Aranaz y Albar

✓ Intervalo de confianza del 95%

Se presenta el comportamiento de los estudios internacionales más relevantes realizados en el mundo, donde se puede apreciar, que luego de ajustarse metodológicamente y superar el subregistro característico de los estudios iniciales; tanto los estudios de incidencia, como el comportamiento individual de los diferentes países del estudio IBEAS y el resultado global del estudio (estudio de prevalencia), se ubican en un rango similar y comparable.

Se puede afirmar entonces a partir de los hallazgos, que la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos en Colombia presenta un comportamiento similar al evidenciado en los estudios internacionales.

El óvalo inferior presenta los resultados de los primeros estudios que se hicieron tanto a nivel mundial como en Colombia, en los cuales se observa un subregistro de los eventos adversos, debido al diseño metodológico o a las dificultades dadas para su desarrollo, antes de diseminarse la cultura de seguridad del paciente en las instituciones.

El óvalo superior presenta los estudios desarrollados en el mundo en los cuales ya se ha obtenido algún grado de homologación de la metodología.

Con el estudio IBEAS, América Latina ya no depende de los estudios internacionales realizados en los países desarrollados para orientar sus políticas; ahora dispone de un estudio propio realizado en sus condiciones específicas, por sus propios profesionales; estudio que constituye el esfuerzo internacional y multicéntrico más grande del mundo hasta el momento en términos del número de hospitales participantes.

“El conocimiento de los eventos adversos y de los factores que contribuyen a su aparición, junto con la aplicación del mejor conocimiento disponible sobre la seguridad y la virtud de la perseverancia, son el fundamento de la seguridad del paciente”. Los mejores centros no son los que carecen de problemas, son los que los detectan y hacen algo para solucionarlos. Los mejores hospitales están dispuestos a evaluar su práctica, porque están preocupados por la mejora continua.

El abordaje de los eventos adversos requiere un concurso multidisciplinario. Sin el estudio epidemiológico y sin la comprensión psicológica y sociológica, el análisis del problema carece de sentido. Una metodología de evaluación de la seguridad del paciente eficiente, efectiva y adaptada a las características asistenciales de los hospitales de Latinoamérica contribuirá:

- Al conocimiento de la magnitud, naturaleza y factores predisponentes y contribuyentes de los EA.
- A planificar estrategias de monitorización y vigilancia.
- A orientar las políticas y priorizar las actividades dirigidas a su prevención.

El desarrollo del estudio IBEAS ha proporcionado oportunidades añadidas de aprendizaje, ha representado un elemento “en sí mismo” de capacitación.

Los resultados en términos de datos no son lo más relevante. Lo destacado de éste estudio ha sido la inclusión de la seguridad del paciente en la agenda política de los países participantes y de otros países de la región, incluso antes de conocer los resultados” (Informe final IBEAS).

Estudio IBEAS en cifras

5 Países: Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina
 Hospitales participantes: 58
 Pacientes estudiados: 11.379
 Pacientes con tamizaje positivos: 33.9%
 Edad mediana de los pacientes en el estudio 45.0 años



Perfil de los eventos adversos según varios estudios internacionales

Cuadro 4.

Estudio	País	EA Graves	EA Evitables	Leve o ninguna incapacidad	Proporción de pacientes con prolongación de la estancia	Leve o ninguna incapacidad
ENEAS	España	16,0%	42,6%	72,2%	31,4%	6,1
CANADIAN ADVERSE EVENTS STUDY	Canadá		36,9%	55,7%		6,2
UNIVERSIDAD NACIONAL (GAITAN)	Colombia	72,0%	61,0%		61,0%	3,5
IBEAS	5 Países	19,8%	58,9%	64,5%	62,9%	16,1
IBEAS - Colombia	colombia	15,8%	58,6%	76,1%	50,4%	13,0



LA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS

RESUMEN DEL INDICADOR

Cuadro 5.

	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1
País	4,8	19,2	24,9	8,4	6,2	56,7
Acreditadas	98,1	96,7	99,3	96,7	97,9	99,5
No Acreditadas	4,8	19,1	24,9	8,4	6,2	56,7
Públicas	26,5	17,4	42,8	38,7	49,3	98,1
Privadas	2,9	22,5	17,5	4,4	9,2	11,5
IPs que reportan	767	786	864	1.147	1.659	2.017
Departamentos que reportan	30	26	31	29	31	32
Acreditadas que reportan	9	9	8	15	15	13

El indicador I.3.3 del Sistema de Información: "Proporción de vigilancia de Eventos adversos", se construye dividiendo el número total de eventos adversos detectados y gestionados entre el número total de eventos adversos detectados. Es un indicador que apunta a medir el esfuerzo que la institución realiza para mediante la búsqueda activa de eventos identificar los procesos que generan atenciones inseguras y construir barreras de seguridad (se recomienda ver paquete instruccional N° 1: Generalidades en la página de herramientas de seguridad de la sala temática Caja de herramientas del OCS).

Se trata de un indicador basado en búsqueda activa de eventos adversos y por lo tanto, de acuerdo con la evidencia internacional, afectado por el subregistro que todo sistema de este tipo presenta, útil para el propósito arriba mencionado, pero del cual no se pueden extraer conclusiones acerca del número total de eventos adversos que se presentan en la institución para lo que se deben utilizar otros métodos, como por ejemplo los estudios de prevalencia con la metodología IBEAS.

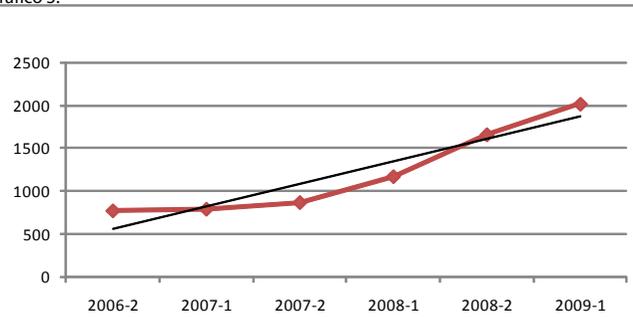
Del análisis de este indicador se deriva el indicador "Número de instituciones que realizan vigilancia de eventos adversos", que viene en aumento creciente desde el primer corte evidenciando la medida en la cual la política de seguridad del paciente ha permeado a las instituciones nacionales.

Debe considerarse al analizar los resultados, la medida en la cual la institución ha avanzado en el dominio de las herramientas de gestión del evento adverso: reporte intrainstitucional, protocolo de Londres, cultura de seguridad, etc; pues a medida que este proceso se internaliza en las instituciones se va incrementando la exigencia en ellas en el concepto de evento adverso gestionado; lo cual si no se considera, puede llevar a errores en la interpretación del indicador.

Se puede apreciar la diferencia significativa en la mayor gestión que se realiza en instituciones acreditadas (ver cuadros comparativos).

NÚMERO DE IPS QUE REALIZAN GESTIÓN DE EA

Gráfico 3.



TENDENCIA DE LA GESTIÓN INDICADOR PROPORCIÓN VIGILANCIA DE EA

Gráfico 4.

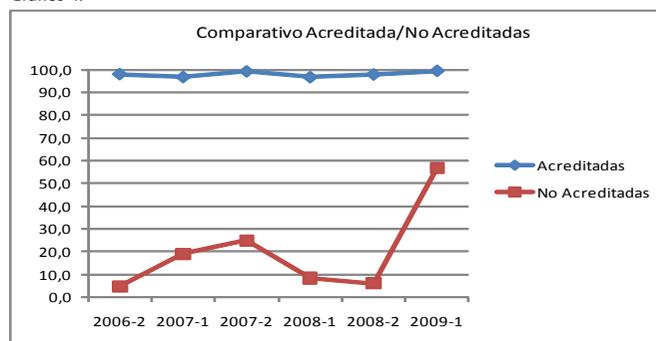
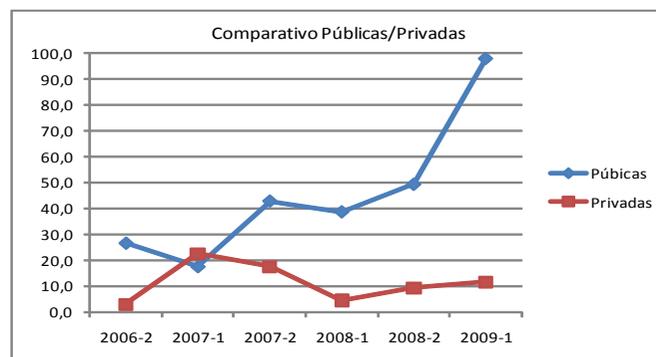


Gráfico 5.



Fuente: Sistema de Información para la Calidad

Cuadro 6.

PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

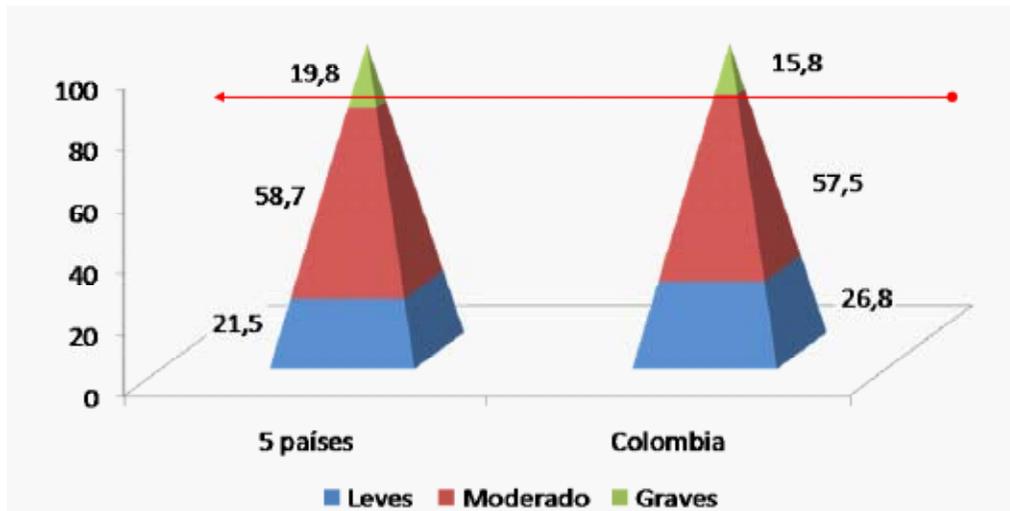
Departamento	2007-2			2007-1			2007-2			2008-1			2008-2			2008-1											
	IF5	Número	Denominador	Cobro	IF5	Número	Denominador	Cobro	IF5	Número	Denominador	Cobro	IF5	Número	Denominador	Cobro	IF5	Número	Denominador	Cobro							
1	Azuay																										
2	Bahía	138	5077	24427	25	144	14207	98201	155	133	23716	40260	504	187	32033	110238	29	286	33555	148289	218	231	34078	150270	231		
3	Baia	1	0	1	0	2	12	14	857	2	28	34	824	5	214	217	986	6	121	122	992	4	194	198	98		
4	Bahía	21	272	7389	38	33	747	1829	461	41	492	2033	22	68	1947	3635	54	75	3365	7746	46	78	4313	38854	117		
5	Bahía	130	5870	67656	65	141	5977	40734	139	194	6742	42915	158	206	5557	32082	29	312	10872	30823	39	300	12762	257390	5		
6	Bahía	22	1227	2335	74	21	122	137	841	38	736	1955	38	39	787	1855	75	49	1281	5885	214	43	1025	3419	30		
7	Bahía	32	342	8039	42	35	220	321	885	37	284	12015	23	53	575	25741	22	76	988	23290	42	83	971	2885	32		
8	Cabos	24	782	2391	364	23	1159	1270	913	27	188	1313	882	36	1873	7472	224	54	1555	7089	22	59	1943	1998	98		
9	Cajal	1	1	1	100					5	692	816	848	8	1289	4229	285	6	533	4281	132	10	1218	6370	191		
10	Cajal	17	382	17197	21	11	189	5718	33	17	685	717	844	12	305	341	887	20	465	529	914	16	143	1470	583		
11	Cajal	10	146	182	961	13	110	531	207	11	218	1977	11	11	555	6965	84	17	329	6382	52	21	710	10716	07		
12	Cajal	9	184	4310	38	9	185	2381	64	15	187	17065	12	28	287	20761	14	53	425	1002719	0	44	107248	1822710	991		
13	Cajal	3	27	27	100					1	0	7	0					4	66	77	657	3	8	12	657		
14	Cajal	24	276	2386	117	23	802	782	76	19	449	429	50	19	327	8791	37	42	318	27441	113	41	588	723	137		
15	Condancia	46	1383	19452	97	60	1630	2318	703	44	1125	1634	693	53	4324	23693	195	71	2974	24794	123	68	3028	21807	142		
16	Cajal	1	3	3	100					1	1	1	100	1	1	1	100						1	3	3	100	
17	Cajal	1	1	2	50	2	32	49	653	3	74	109	679	2	66	101	654	4	111	111	111	100	4	59	110	535	
18	Huila	25	321	392	88	23	411	1886	301	32	1189	1239	881	30	689	19182	75	49	1728	9105	19	42	1391	18371	115		
19	La Gajal	10	50	5221	1	11	388	427	897	6	231	235	851	9	839	1181	817	19	842	5071	155	21	1389	4934	24		
20	Magdalena	12	243	278	874	8	437	438	998	8	66	68	971	11	335	540	991	26	583	10265	57	23	240	21890	11		
21	Mesa	19	247	23439	11	12	247	485	509	21	782	22049	35	27	1187	13482	58	35	712	11282	81	34	1273	11938	107		
22	Mesa	25	395	7897	5	16	318	2212	144	17	599	2365	20	31	1339	6885	20	38	1912	4716	278	31	815	8891	101		
23	Mesa	16	82	5187	18	17	346	728	467	21	1294	1855	649	25	1170	3781	309	41	148	3846	355	37	638	4743	135		
24	Palmero	4	282	285	888	3	4	5	80	4	227	826	282	3	20	27	741	5	16	20	20	80	4	50	55	919	
25	Palmo	16	102	2371	43	13	388	333	39	11	376	474	918	21	794	786	101	29	787	6489	118	28	783	4433	177		
26	Rancho	23	688	5143	133	17	1289	1101	952	17	1838	1910	858	30	1438	6197	232	42	1482	28074	51	33	1201	15448	78		
27	San Andrés																		1	6	6	1000	1	37	37	100	
28	San Andrés	35	1215	1778	883	35	1391	1973	553	40	1088	1450	751	52	3215	21038	153	78	6088	37417	161	67	2721	4829	584		
29	San Andrés	14	281	2849	1	13	286	319	828	17	157	161	875	17	688	11245	59	39	5819	5926	654	32	5765	6433	895		
30	Toma	18	184	4833	4	21	345	2483	14	19	488	705	654	27	2313	3845	428	49	2389	12388	195	44	4855	14613	319		
31	Verde	77	2233	38877	6	70	888	1181	958	81	2338	12324	206	113	3882	18188	2	190	5475	27740	25	139	4912	20788	22		
32	Verde	1	7	7	100					1	3	3	1000	1	0	100	0	2	2	1	107	1	1	0	100	0	
33	Verde																										



EL PERFIL DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN COLOMBIA

Gráfico 6.

Piramide de Heinrich



Se presenta un análisis comparativo entre el comportamiento observado para Colombia y el global de IBEAS; es importante precisar que éste análisis es de referencia y no de contraste. La prolongación de la estancia generada como consecuencia del evento adverso para los hospitales de Colombia fue de 13.0 días en tanto que para el global de IBEAS fue de 16.1.

Para caracterizar el perfil de los eventos adversos en Colombia nos valemos de cuatro parámetros: la severidad de los eventos adversos identificados, la medida en la cual estos son evitables, la incapacidad que producen y su impacto en la hospitalización del paciente, medido éste a través de la prolongación de la estancia.

Se puede proponer la hipótesis a partir de los hallazgos del estudio, que la mayor prevalencia identificada en Colombia se debe a una mayor capacidad de detección de los eventos adversos en las instituciones participantes, y las cifras permiten afirmar que ya se observa un impacto inicial de las acciones de seguridad de pacientes de los hospitales incluidos en el estudio.

Perfil comparativo de los eventos adversos: comportamiento global de los hospitales de los cinco países participantes en el estudio y comportamiento de los hospitales de Colombia

Se puede evidenciar que en todas las variables consideradas, el comportamiento observado en los hospitales Colombianos presentan un menor impacto del evento adverso en la salud de los pacientes evaluados que en el global de IBEAS:

Cuadro 7.

En cuanto a la severidad de los eventos adversos detectados:

- El 84.3% fueron leves y moderados y el 15.8% fueron graves.

En el comportamiento de los hospitales individuales se observa una amplia variación en la proporción de casos leves, moderados o graves detectados, probablemente por la pequeña muestra.

	5 Países	Colombia
1. Severidad del evento adverso:		
- Leves y moderados	80.2%	84.3%
- Graves	19.8%	15.8%
2. Evitabilidad:		
- Evitables	58.9%	58.6%
3. Incapacidad:		
- Leve o ninguna	64.5%	76.1%
4. Prolongación de la estancia :		
	16.1 días	13.0 días

Fuente: Informe Global Estudio IBEAS

En cuanto a la evitabilidad, para los hospitales de Colombia se encontró que el 58.6% eran EA evitables, en tanto que para el conjunto de hospitales de los países participantes fue del 58.9%.

Dada la pequeña cantidad de casos evaluados en los hospitales Colombianos es preferible no hacer inferencias más allá de la descripción de las cifras arrojadas por el estudio.

No obstante al hacer el cruce entre la gravedad del evento adverso y su evitabilidad, sí se observa una diferencia importante, pues tanto en los eventos adversos leves como en los graves hay una amplia diferencia entre el comportamiento de los hospitales Colombianos y el conjunto de los hospitales de los cinco países.

Evitabilidad según grado de severidad del Evento adverso: análisis comparativo hospitales de Colombia / 5 países

Cuadro 8.

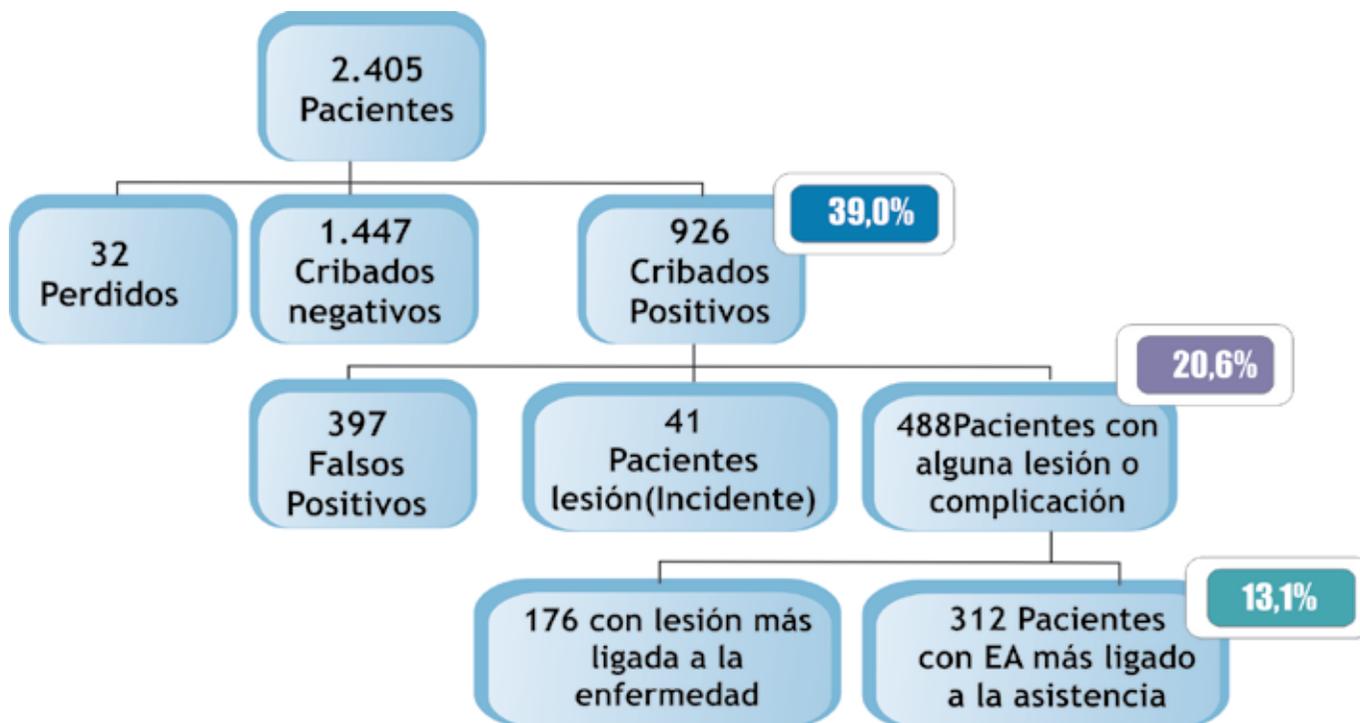
En cuanto a la incapacidad es mayor la proporción de los pacientes que padecieron la ocurrencia de un evento adverso pero que no tuvieron ninguna incapacidad. 76,1% para Colombia, mientras que para el global de IBEAS fue 64.5%.

5 Países				
Evitabilidad	Leve	Moderado	Grave	Total
No evitable	44,1%	38,2%	46,3%	41,1%
Evitable	55,9%	61,8%	53,7%	58,9%

Colombia				
Evitabilidad	Leve	Moderado	Grave	Total
No evitable	48,7%	34,5%	52,9%	41,4%
Evitable	51,3%	65,5%	47,1%	58,6%

Esquema del desarrollo metodológico del estudio IBEAS en Colombia

Gráfico 7.



FACTORES EXPLICATIVOS DE LOS EVENTOS ADVERSOS

En cuanto al análisis del perfil de los eventos adversos, se deben considerar tres tipos de factores explicativos del comportamiento:

1. Factores relacionados al desarrollo de los procesos de seguridad del paciente en las instituciones participantes.
2. Factores relacionados a la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en las instituciones participantes.
3. Factores relacionados a la población estudiada.

El diseño del estudio de prevalencia no permite inferir acerca de la causalidad que ha determinado el comportamiento identificado en el estudio, pero si da suficientes elementos de evidencia para formular algunas hipótesis que basadas en un razonamiento sólido y lógico lo puedan explicar.

Los factores relacionados con el desarrollo de los procesos de seguridad del paciente en las instituciones participantes

Se plantea la hipótesis que en las instituciones participantes en Colombia existe una mayor capacidad de detección de los eventos adversos, en particular los leves y moderados. El análisis de las siguientes variables apoya esta afirmación:

- Mientras que en las instituciones acreditadas la prevalencia identificada fue de 16.3% (evidencia de mayor gestión), en las instituciones no acreditadas lo fue de 10.7%, lo que apoya el planteamiento que las mayores tasas de prevalencia están explicadas por una mayor búsqueda activa.
- La calidad de la historia clínica, en términos de la información que aporta para la detección del evento adverso, que está directamente ligado a la búsqueda activa del evento que se dé en la institución.
- La eficiencia del cribado (o tamizaje), en el caso de Colombia fue de 39% en contraposición con 30.9% del global de los hospitales de los cinco países se refuerza con el dato referente al valor predictivo positivo de la prueba de cribado, que en el caso de los hospitales de Colombia fue de 33.7% en contraposición al 30.9% del consolidado global.

Basados en lo anterior, podemos afirmar que el mayor desarrollo de los programas de seguridad del paciente en los hospitales de Colombia permitió disponer a estas instituciones de una mejor capacidad para identificar el evento adverso; pero simultáneamente como se demuestra en las páginas 26 y 27 con un impacto menor en la salud del paciente; lo que permite inferir que en las instituciones participantes existían condiciones de atención más segura.

Existen factores que pueden determinar un mayor riesgo de padecer eventos adversos, que no están ligados a la mayor frecuencia de estos, sino a las características de la población estudiada, los cuales pueden comportarse como una variable de confusión*. (Ver Factores explicativos asociados a la composición de la población estudiada).

* Características que están presentes en los sujetos de estudio y pueden alterar los resultados de la investigación llegando a inducir conclusiones erróneas si no son conocidas y controladas en el análisis



Eficiencia en la detección de los eventos adversos

Cuadro 9.

	Colombia	5 Países
1. Calidad de la historia clínica	92.0%	84.2%
2. Eficiencia del Cribado		
- Positividad de la Guía de Cribado	39.0%	33.9%
- Valor Predictivo Positivo	33.7%	30.9%
3. Concordancia entre evaluadores		
- Índice kappa:	0.62	0.27-0.74

Los factores relacionados a la población estudiada

Cuadro 10.

	Colombia	5 Países
Incrementan el riesgo de ocurrencia del Evento Adverso:		
- Mayor edad	49 (Edad mediana)	45 (Edad mediana)
- Hospitalización en UCIs	6,4%	4,3%
- Mayor tiempo de estancia hospitalizado**	5 días	6 días
- Hospitalización en servicios quirúrgicos	31,1%	34,3%
Diminuyen en el riesgo de ocurrencia del Evento Adverso		
- Mayor Proporción de mujeres en la muestra*	47,6%	52,5%
- Pacientes en obstetricia	6,0%	19,9%
- Pacientes en Pediatría	19,1%	14,9%

* Efecto confusor :atención parto, madres jóvenes

** Previa al día de estudio

*** En negro fx Presentes en la muestra de Colombia. En Verde fx ausentes

Los factores relacionados a la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en las instituciones participantes

El país de manera temprana ha venido desplegando una política de seguridad del paciente (ver pag. 21), que ha alcanzado una importante penetración en las instituciones, y cuyos efectos también inciden de manera directa sobre la cultura de seguridad; la motivación y la destreza de las instituciones en la búsqueda y detección del evento adverso, constituyen otro factor explicativo del comportamiento observado.



BLANCOS DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los resultados del estudio IBEAS en Colombia, representan una información de utilidad para las instituciones, pues ofrecen un panorama que contribuye a identificar los eventos adversos más prevalentes y hacia los cuales dirigir sus programas de seguridad institucionales.

En la tabla adjunta se presenta la identificación ordenada de mayor a menor frecuencia de los tipos de eventos adversos encontrados y en la tabla de la página siguiente se describen las características tanto de los pacientes como de la hospitalización.

Los EA más frecuentemente identificados estaban relacionados con la infección intrahospitalaria (IIH) o con algún procedimiento, mientras que los relacionados con el diagnóstico o con la medicación eran poco prevalentes. Los EA relacionados con la infección intrahospitalaria eran los más prevalentes en los servicios quirúrgicos, servicios médicos, pediatría y UCI; mientras que los relacionados con algún procedimiento lo eran en los servicios quirúrgicos y de obstetricia.

En cuanto a la caracterización del EA por grupos de edad se apreció un mayor número de EA relacionados con la infección intrahospitalaria en todos los grupos. En cuanto a las diferencias por sexo, se observó de forma global un mayor porcentaje de EA relacionados con procedimiento en mujeres.

El patrón de los tipos de EA hallado puede depender de los hospitales escogidos en el muestreo.

Cualquier análisis que la institución haga, debe contemplar las previsiones debidas a su especificidad institucional, y esta información debe considerarse como de carácter orientativo y no necesariamente representativo de su situación particular.

Cuadro 11.

Orden	TIPO DE EA	Nº	%	%(ACUM)
1	Infección de herida quirúrgica	30	8,3%	8,3%
2	Otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento	30	8,3%	16,7%
3	Otro tipo de infección nosocomial o infección nosocomial sin especificar	29	8,1%	24,7%
4	Neumonía nosocomial	26	7,2%	31,9%
5	Otros relacionados con los cuidados	26	7,2%	39,2%
6	Flebitis	24	6,7%	45,8%
7	Úlcera por presión	23	6,4%	52,2%
8	Sepsis y shock séptico	18	5,0%	57,2%
9	Hemorragia o hematoma relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento	16	4,4%	61,7%
10	ITU nosocomial	14	3,9%	65,6%
11	Bacteriemia asociada a dispositivo	12	3,3%	68,9%
12	Otros relacionados con infección nosocomial	10	2,8%	71,7%
13	Retraso en el diagnóstico	10	2,8%	74,4%
14	Neutropenia	8	2,2%	76,7%
15	Dehiscencia de suturas	7	1,9%	78,6%
16	Lesión en un órgano durante un procedimiento	6	1,7%	80,3%
17	Intervención quirúrgica ineficaz o incompleta	5	1,4%	81,7%
18	Otros relacionados con un procedimiento	5	1,4%	83,1%
19	Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	5	1,4%	84,4%
20	Complicaciones neonatales por parto	4	1,1%	85,6%
21	Desequilibrio de electrolitos	4	1,1%	86,7%
22	Error diagnóstico	4	1,1%	87,8%
23	Quemaduras, erosiones y contusiones (incluyendo fracturas consecuentes)	4	1,1%	88,9%
24	Suspensión de la IQ	4	1,1%	90,0%
25	Tratamiento médico ineficaz	4	1,1%	91,1%
26	EAP e Insuficiencia respiratoria	2	0,6%	91,7%
27	Eventración o evisceración	2	0,6%	92,2%
28	Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor	2	0,6%	92,8%
29	Mal control de la glucemia	2	0,6%	93,3%
30	Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	2	0,6%	93,9%
31	Neumotórax	2	0,6%	94,4%
32	Otros efectos secundarios de fármacos	2	0,6%	95,0%
33	Otros relacionados con la medicación	2	0,6%	95,6%
34	Agravamiento de la función renal	1	0,3%	95,8%
35	Hemorragia por anticoagulación	1	0,3%	96,1%
36	Otras consecuencias de la inmovilización prolongada	1	0,3%	96,4%
37	Pendiente de especificar	2	0,6%	96,9%
38	Otros Es	11	3,1%	100,0%
Total		360		



Cuadro 12.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y DE LA HOSPITALIZACIÓN

	sexo		edad					servicios categorizados					Total	%	% Acumulado
	Mujer	Hombre	<1	Ene-15	16-45	46-65	>65 años	Especialidades médicas	Quirúrgicas y Ginecología	Obstetricia	Pediatría	UCI y fines			
	54	85	32	9	40	25	33	27	51	4	35	22	139	38,6%	38,6%
Infección Nosocomial	(38,8%)	(61,2%)	(23%)	(6,5%)	(28,8%)	(18,0%)	(23,7%)	(19,4%)	(36,7%)	(2,9%)	(25,2%)	(15,8%)	105	29,2%	67,8%
	61	44	17	6	34	23	25	16	49	11	20	9	105	29,2%	67,8%
Procedimiento	(58,1%)	(41,9%)	(16,2%)	(5,7%)	(32,4%)	(21,9%)	(23,8%)	(15,2%)	(46,7%)	(10,5%)	(19,0%)	(8,6%)	105	29,2%	67,8%
	34	22	7	3	20	7	19	24	13	1	9	9	56	15,6%	83,3%
Cuidados	(60,7%)	(39,3%)	(12,5%)	(5,4%)	(35,7%)	(12,5%)	(33,9%)	(42,9%)	(23,2%)	(1,8%)	(16,1%)	(16,1%)	56	15,6%	83,3%
	19	14	3	3	7	11	9	19	7	0	4	3	33	9,2%	92,5%
Medicación	(57,6%)	(42,4%)	(9,1%)	(9,1%)	(21,2%)	(33,1%)	(27,3%)	(57,6%)	(21,2%)	(0,0%)	(12,1%)	(9,1%)	33	9,2%	92,5%
	7	7	0	4	4	4	2	3	8	1	1	1	14	3,9%	96,4%
Diagnóstico	(50,%)	(50,%)	(0,0%)	(28,6%)	(28,6%)	(28,6%)	(14,3%)	(21,4%)	(57,1%)	(7,1%)	(7,1%)	(7,1%)	14	3,9%	96,4%
	2	9	1	0	6	1	3	2	8	0	0	1	11	3,1%	99,4%
Otros	(18,2%)	(81,8%)	(9,1%)	(0,0%)	(54,5%)	(9,1%)	(27,3%)	(18,2%)	(72,7%)	(0,0%)	(0,0%)	(9,1%)	11	3,1%	99,4%
	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0,6%	100,0%
Pendiente de especificar	(100%)	(0,0%)	(50,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(50,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(50%)	(50%)	2	0,6%	100,0%
	179	181	61	25	111	72	91	91	136	17	70	46	360	100%	
Total	(49,7%)	(50,3%)	(16,9%)	(6,9%)	(30,8%)	(20,0%)	(25,3%)	(25,3%)	(37,8%)	(4,7%)	(19,4%)	(12,8%)	360	100%	

INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTADOS AL SIC

INDICADOR TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

RESUMEN DEL INDICADOR

Cuadro 13.

	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-1	2009-1
País	1,8	1,4	1,3	1,6	1,6	1,4
Acreditadas	3,4	2,3	3,2	2,8	3,2	3,2
No Acreditadas	1,8	1,4	1,3	1,6	1,6	1,4
Públicas	2,1	1,5	1,3	1,7	1,5	1,3
Privadas	1,4	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5

El indicador I.3.2 del Sistema de Información para la Calidad, "Tasa de infección intrahospitalaria", se construye dividiendo el número de pacientes con infección intrahospitalaria entre el número total de pacientes hospitalizados y multiplicando por cien. Es un indicador que apunta a identificar situaciones en las cuales falle el control de gérmenes causantes de infecciones o como consecuencia de los procesos de asepsia y antisepsia en los que se favorezca la aparición de estos.

La importancia de este indicador radica en que la infección asociada a la atención en salud ha sido identificada como la principal causa de eventos adversos según los resultados del estudio IBEAS, así mismo, se ha identificado ésta como una importante causa del incremento de los costos de no calidad en las instituciones de salud.

Se trata de un indicador basado en la búsqueda activa y por lo tanto de acuerdo con la evidencia internacional está afectado por el subregistro que todo sistema de este tipo presenta; según los resultados del estudio IBEAS en Colombia la prevalencia de infecciones intrahospitalarias fue del 5.9%, en tanto que los reportes de las instituciones de entre 100 y 300 camas y mayores de 300 camas, rango en el cual se encontraban las instituciones que participaron en el estudio fue de 2.1 y 2.8 respectivamente; lo cual nos permite afirmar que en el caso de este tipo de instituciones es altamente probable que el subregistro fuera igual o superior al 52%.

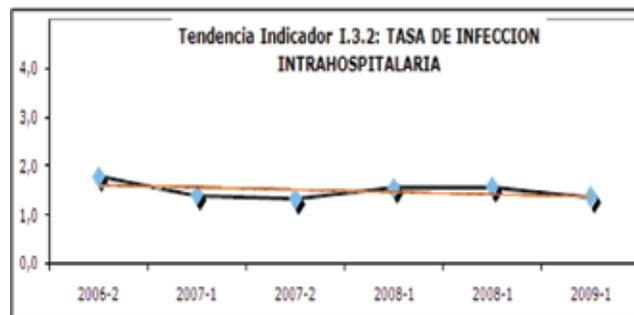
No se recomienda establecer umbrales o canales endémicos sin previamente conocer el nivel de subregistro existente, para lo que se recomienda realizar estudios de prevalencia.

La tendencia observada es estable y la mayor tasa en instituciones acreditadas refleja la mayor búsqueda activa que estas realizan. Se observa leve tendencia a la disminución del indicador en las instituciones públicas.

Cuadro 14.

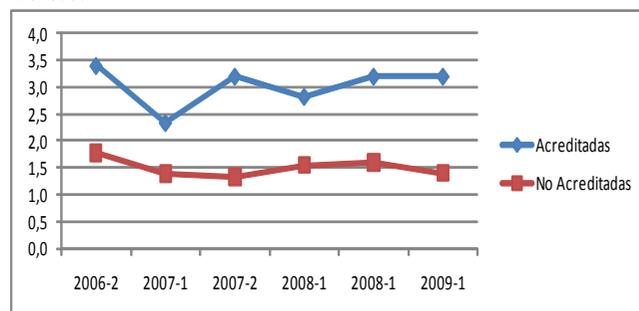
Según Categorías	Numerador	Denominador	Tasa
Categoría A (Mayor de 300 camas)	3.742	133.000	2,8
Categoría B (Entre 100 y 300 camas)	8.312	398.936	2,1
Categoría C (Menor de 100 camas)	5.939	584.016	1,0

Gráfico 8.



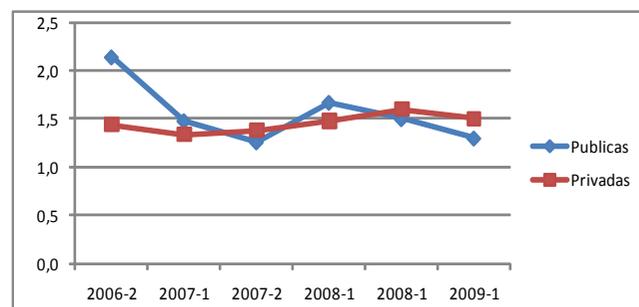
Comparativo IIH acreditadas/no acreditadas

Gráfico 9.



Comparativo IIH Públicas/Privadas

Gráfico 10.



Fuente: Sistema de Información para la Calidad

Departamento	2006-2			2007-4			2007-2			2008-1			2008-2			2008-4									
	IPS	Numerador	Denominador	Cobro	IPS	Numerador	Denominador	Cobro	IPS	Numerador	Denominador	Cobro	IPS	Numerador	Denominador	Cobro	IPS	Numerador	Denominador	Cobro					
1	Azuay				1	0	34	0.0	1	0	184	0.0	1	0	183	0.0	1	1	174	0.1	2	0	248	0	
2	Ayacucho	82	2333	157202	1.8	99	2352	217285	1.2	71	2346	157199	1.8	99	3339	193339	1.7	112	5073	241332	2.1	132	3839	260216	1.5
3	Baños	2	13	574	0.3	3	37	8873	0.4	3	46	6862	0.7	3	40	835	0.5	2	49	5083	0.8	3	28	8302	0.3
4	Bolívar	16	231	24174	0.9	20	405	57389	0.7	19	103	21789	0.8	22	407	43170	0.9	22	172	41077	0.4	37	563	51279	1.1
5	Bogotá D.C.	78	4362	262088	1.7	88	8382	283498	2.4	79	3810	228322	1.7	110	5362	300334	1.9	125	7171	350699	2.1	128	7023	394599	1.8
6	Bolívar	20	309	22164	1.4	15	145	18723	0.9	13	188	21174	0.9	12	292	21929	1.2	13	196	26298	0.8	28	318	33343	0.9
7	Bolívar	34	4319	32388	14.0	33	259	28341	0.9	19	54	11219	0.5	28	338	31844	1.1	39	543	36739	1.5	50	660	40379	1.6
8	Caldas	18	475	34837	1.4	18	783	52485	1.5	19	386	23784	1.7	25	1368	47248	2.9	34	1088	42882	2.6	33	1342	36702	3.7
9	Capota	1	1	1	100.0					3	53	2345	2.3	5	71	11387	0.8	4	4	3742	0.1	8	1	5739	0
10	Cesar	5	63	6029	1.0	5	60	8138	0.7	19	51	8393	0.8	18	8	3322	0.2	17	32	3294	0.4	6	2	5794	0
11	Cauca	10	382	21311	1.7	17	433	20278	2.1	8	204	16307	1.4	8	253	8488	3.0	12	432	16781	2.6	13	548	23808	2.3
12	Cesar	11	138	26395	0.5	6	129	18844	0.7	4	20	4113	0.5	14	51	20444	0.2	22	130	26189	0.5	30	290	35684	0.8
13	Cocora	2	0	18	0.0	1	0	170	0.0	1	0	19	0.0					1	0	4	0	2	2	2	100
14	Córdoba	20	296	28339	1.1	14	370	30344	1.2	17	292	30180	1.0	8	254	22092	1.2	18	382	36343	1.1	22	383	69786	0.6
15	Cundinamarca	32	148	28328	0.5	40	393	48328	0.7	32	228	35888	0.8	33	290	42747	0.7	38	389	48710	0.8	42	474	55393	0.9
16	Guaviare	1	0	810	0.0					1	19	886	1.1	1	0	788	0.0					1	1	833	0.1
17	Guaviare					1	19	2813	0.7	11	5	4110	0.1	11	5	3484	0.1	11	10	3889	0.3	2	23	3645	0.6
18	Huila	24	360	31030	1.2	28	513	32844	1.8	28	674	34381	2.0	22	671	35398	1.9	28	980	38937	2.5	28	884	38782	2.3
19	La Guajira	12	69	14852	0.5	9	53	11897	0.5	7	45	15445	0.3	6	38	6478	0.8	8	59	9733	0.6	12	95	12485	0.8
20	Magdalena	12	32	11118	0.3	7	38	16037	0.2	8	0	4303	0.0	7	77	13817	0.6	12	195	22334	0.9	16	125	19827	0.7
21	Mérida	27	315	25396	1.2	20	46	8883	0.5	22	188	28889	0.9	14	323	27389	1.2	32	215	20022	1.1	18	821	36634	2.3
22	Nariño	15	256	22339	1.1	11	199	16297	1.2	10	387	42312	0.9	19	508	46489	1.1	18	448	32913	1.4	21	247	98242	0.3
23	Norte de Santander	14	600	41308	1.5	11	146	15814	0.9	12	407	38240	1.1	12	381	31297	1.2	16	320	40201	0.8	16	244	40382	0.6
24	Putumayo	4	43	5839	0.8	5	22	3651	0.8	7	35	6157	0.8	5	8	4798	0.2	7	14	5824	0.2	5	20	6208	0.3
25	Quindío	14	494	18330	2.5	12	39	7779	0.5	11	28	18885	0.3	15	140	18815	0.7	15	71	14198	0.5	19	107	15811	0.7
26	Risaralda	14	279	37342	0.7	13	250	30314	0.8	12	284	28735	0.9	20	309	38647	0.8	22	313	34829	0.9	24	281	28539	1
27	San Andrés																					1	1	1319	0.1
28	Santander	30	1138	49345	2.3	36	872	68197	1.3	24	746	42821	1.7	28	880	44358	1.9	40	1001	60388	1.6	33	623	51786	1.2
29	Socotá	13	173	54774	0.3	8	73	14873	0.5	17	114	18567	0.6	4	84	8125	0.8	8	18	2725	0.7	20	176	19441	0.9
30	Tolima	19	183	15300	1.2	28	325	21827	1.5	11	242	15188	1.6	22	1707	32713	5.3	32	390	31971	1.1	33	489	37281	1.2
31	Valle del Cauca	85	2374	162397	1.8	67	1442	120183	1.2	58	1378	139733	1.4	86	1714	152029	1.1	107	2485	292185	1.2	88	2338	163179	1.3
32	Valparíso																		1	0	527	0			
33	Vichada									1	1	660	0.2												



INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTADOS AL SIC

INDICADOR RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

Cuadro 16.

EAPB	2007-1			2007-2			2008-1			2008-2			2009-1		
	Numerador	Denominador	Cálculo	Numerador	Denominador	Cálculo	Numerador	Denominador	Cálculo	Numerador	Denominador	Cálculo	Numerador	Denominador	Cálculo
TOTAL INDICADOR	108	208.197	51,9	79	213.482	37,0	95	197.697	48,1	148	357.642	41,4	106	181.776	58,3
EAPB que reportan.	57			46			72			72			60		

RESUMEN DEL INDICADOR

Cuadro 17.

	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-2
Total EAPB	51,9	37,0	48,1	41,4	58,3
Subsidiado	88,8	42,1	70,8	56,9	83,0
Contributivo	30,8	34,1	33,8	29,7	39,2
Prepagada	31,6	16,8	48,6	4,9	14,4
EAPB que reportan	57	46	72	72	60
EAPB que deberían reportar	95	95	95	98	98
Cobertura del reporte	60,0	48,4	75,8	73,5	61,2

El indicador E.3.2 del Sistema de Información para la Calidad, "Razón de mortalidad materna", se construye dividiendo el número de muertes de maternas por causas atribuibles al embarazo (de acuerdo con la codificación establecida en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10) entre el número de nacidos vivos y multiplicando por cien mil. Es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para detectar problemas de calidad del proceso asistencial tanto del parto, como en la atención y control prenatal; en Colombia es un evento relacionado con calidad y oportunidad hasta en un 85 % de las situaciones.

La oportunidad con la cual la EAPB obtiene y gestiona el dato es un trazador de sus procesos de seguridad del paciente en lo relacionado con la atención de la gestante y el recién nacido. Se presentan en la página siguiente los datos DANE correspondientes a los años 2004 hasta 2007 y en ésta página los datos obtenidos reportados por las EAPB al SIC, evidenciando en ambas fuentes una tendencia descendente.

Es importante tomar en consideración que la información reportada al SIC, aunque más oportuna, está afectada por una cobertura que aunque alta es inferior a la reportada al DANE. También es relevante observar la variación entre EAPB en las razones de mortalidad materna observadas para el corte correspondiente al primer semestre de 2009.

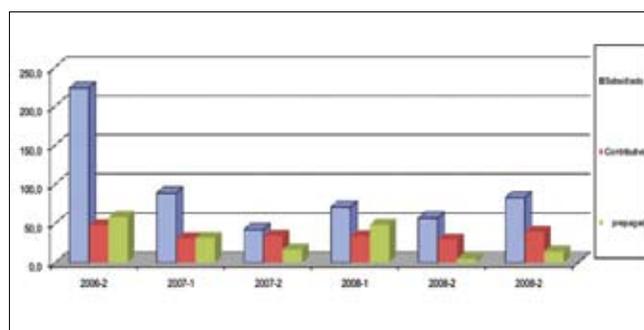
Se presentan razones de mortalidad superiores en el régimen subsidiado con relación al régimen contributivo y a la medicina prepagada.

Gráfico 11.



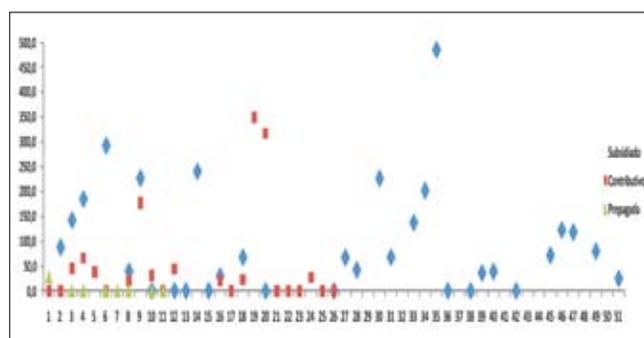
COMPARATIVO POR RÉGIMENES

Gráfico 12.



DISPERSIÓN POR ASEGURADORES

Gráfico 13.



Fuente: Sistema de Información para la Calidad

Cuadro 18.

**REGISTRO DE MUERTES MATERNAS Y NACIDOS VIVOS POR DEPARTAMENTO, SEGÚN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DE NACIDO VIVO
COLOMBIA - PERIODO DEL AÑO 2004 AL AÑO 2007**

DIRECCIÓN TERRITORIAL	2004			2005			2006			2007		
	NACIDOS VIVOS	Nº M. MAT	RAZÓN M M	NACIDOS VIVOS	Nº M. MAT	RAZÓN M M	NACIDOS VIVOS	Nº M. MAT	RAZÓN M M	NACIDOS VIVOS	Nº M. MAT	RAZÓN M M
AMAZONAS	1.505	2	132,9	1.266	2	158,0	963			1.310	2	152,7
ANTIOQUIA	95.213	65	68,3	94.636	62	65,5	94197	70	74,3	92.465	39,0	42,2
ARAUCA	5.080	4	78,7	5.083	3	59,0	5378	2	37,2	4.626	5	108,1
ATLÁNTICO	41.372	30	72,5	40.624	29	71,4	41329	31	75,0	40.396	26	64,4
BOGOTÁ D.C.	113.678	73	64,2	112.478	67	59,6	123649	62	50,1	117.228	57,0	48,6
BOLÍVAR	30.296	28	92,4	31.846	29	91,1	31805	30	94,3	29.988	29	96,7
BOYACÁ	21.006	14	66,6	20.523	16	78,0	19894	14	70,4	19.605	22	112,2
CALDAS	14.788	12	81,1	14.079	6	42,6	13505	12	88,9	13.144	6,0	45,6
CAQUETÁ	7.050	14	198,6	7.249	8	110,4	7125	10	140,4	7.297	11	150,7
CASANARE	5.674	4	70,5	5.937	3	50,5	5873	3	51,1	6.360	2	31,4
CAUCA	18.224	22	120,7	18.263	23	125,9	16886	18	106,6	17.125	22	128,5
CESAR	20.992	20	95,3	20.418	8	39,2	20909	13	62,2	20.345	13	63,9
CHOCÓ	5.126	22	429,2	5.181	13	250,9	4851	12	247,4	5.649	11	194,7
CÓRDOBA	25.882	29	112,0	27.075	7	25,9	23884	14	58,6	21.725	38	174,9
CUNDINAM	35.394	30	84,8	35.901	25	69,6	27453	29	105,6	37.286	21,0	56,3
GUAVIARE	1.750	5	285,7	1.752	3	171,2	1228	3	244,3	1.562	1	64,0
GUAINÍA	490	1	204,1	518	2	386,1	526	3	570,3	500		
HUILA	21.657	14	64,6	20.873	8	38,3	21456	17	79,2	20.975	15	71,5
LA GUAJIRA	10.337	13	125,8	11.447	15	131,0	12080	19	157,3	12.276	20	162,9
MAGDALENA	22.076	20	90,6	20.988	23	109,6	21710	18	82,9	22.221	31	139,5
META	15.805	11	69,6	15.922	13	81,6	14931	14	93,8	15.481	16	103,4
NARIÑO	22.907	33	144,1	23.489	18	76,6	22398	17	75,9	22.231	21	94,5
NORTE SANT	21.285	14	65,8	20.936	19	90,8	22130	13	58,7	21.768	12,0	55,1
PUTUMAYO	4.991	4	80,1	5.208	3	57,6	5045	5	99,1	5.004	7	139,9
QUINDIO	7.944	4	50,4	7.499	6	80,0	7325	2	27,3	6.997	6	85,8
RISARALDA	13.737	9	65,5	12.942	9	69,5	12862	6	46,6	13.379	8,0	59,8
SAN ANDRES	946	2	211,4	978			855	1	117,0	929	1	107,6
SANTANDER	34.672	16	46,1	33.737	19	56,3	33214	18	54,2	31.964	13,0	40,7
SUCRE	14.220	9	63,3	15.530	8	51,5	15166	10	65,9	15.042	16	106,4
TOLIMA	23.962	10	41,7	23.295	20	85,9	21762	22	101,1	21.994	14,0	63,7
VALLE del C	63.154	31	49,1	62.297	56	89,9	63066	44	69,8	60.487	42	69,4
VAUPÉS	595	1	168,1	559			571	2	350,3	530	3	566,0
VICHADA	587	3	511,1	829			424	1	235,8	779	4	513,5
Sin Informac	559			454	2			1		330	2	606,1
Extranjeros	145			156								
TOTAL	723.099	569	78,7	719.968	526	73,1	714450	536	75,0	709.253	536	75,6

Fuente: DANE



INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE REPORTADOS AL SIC

TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN GRUPOS DE ALTO RIESGO (MAYORES DE 65 AÑOS)

Cuadro 19.

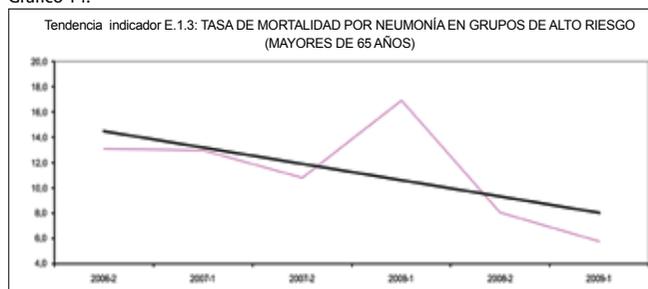
EAPB	2006-2			2007-1			2007-2			2008-1			2008-2			2009-1		
	Numerador	Denominador	Cálculo															
TOTAL INDICADOR	360	2.761.429	13,0	567	4.375.327	13,0	411	3.813.967	10,8	731	4.331.940	16,9	530	6.589.854	8,0	438	7.506.880	5,7
EAPB que reportan.	39			57			47			70			73			61		

RESUMEN DEL INDICADOR

Cuadro 20.

	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1
Total EAPB	13,0	13,0	10,8	16,9	8,0	5,7
Subsidiado	31,1	7,1	8,5	19,3	5,1	1,8
Contributivo	3,5	21,1	14,1	14,9	9,5	11,1
prepagada	35,1	13,5	18,8	27,3	19,0	24,4
EAPB que reportan	39	57	47	70	73	61
EAPB que deberían reportar	95	95	95	95	98	98
Cobertura del reporte	41,1	60,0	49,5	73,7	74,5	62,2

Gráfico 14.



El indicador E.3.1 del Sistema de Información para la Calidad, tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo, se construye dividiendo el número de muertes de pacientes con diagnóstico de neumonía entre el número total de pacientes afiliados y multiplicando por cien mil, la tasa se presenta con una cifra decimal.

Para efectos de la construcción del indicador en el nivel de monitoria del sistema, se consideran grupos de alto riesgo los pacientes menores de cinco años y mayores de 65 años.

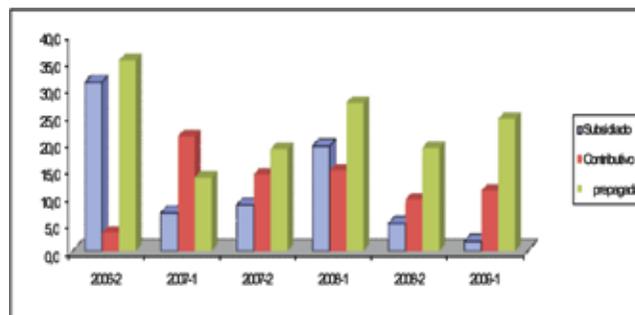
La cobertura del reporte de la información ha sido creciente con una leve disminución en el primer semestre de 2009, pero manteniéndose por encima del 60% en los últimos tres cortes, en ambos grupos de riesgo.

Comportamiento en mayores de 65 años

Se observa una tendencia descendente pero con un pico en el primer semestre de 2008, no así en el año 2009. Este comportamiento se observó en los tres regímenes con mayor énfasis en el caso de la medicina prepagada.

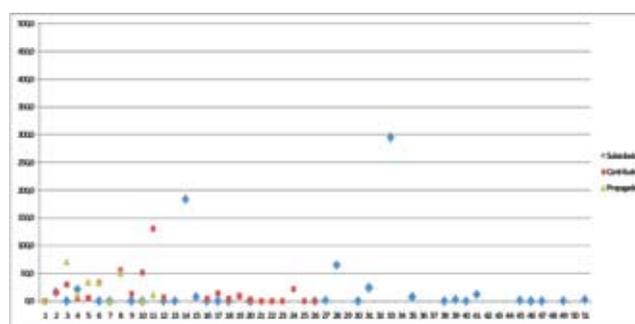
COMPARATIVO POR RÉGIMENES

Gráfico 15.



DISPERSIÓN POR ASEGURADORES

Gráfico 16.



Fuente: Sistema de Información para la Calidad

TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN GRUPOS DE ALTO RIESGO (MENORES DE 5 AÑOS)

Cuadro 21.

EAPB	2006-2			2007-1			2007-2			2008-1			2008-2			2009-1		
	Numerador	Denominador	Cálculo															
TOTAL INDICADOR	112	4.187.534	2,7	193	4.351.323	4,4	63	2.773.721	2,3	116	3.148.304	3,7	160	5.123.094	3,1	79	5.596.325	1,4
EAPB que reportan.	38			54			46			69			71			59		

RESUMEN DEL INDICADOR

Cuadro 22.

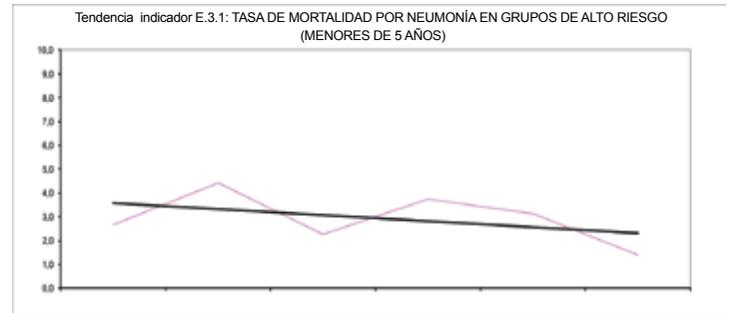
	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1
Total EAPB	2,7	4,4	2,3	3,7	3,1	1,4
Subsidado	3,9	2,7	1,8	3,0	2,6	1,3
Contributivo	2,4	8,6	3,2	3,7	3,0	1,5
prepagado	0,0	0,0	5,4	20,2	21,9	2,4
EAPB que reportan	38	54	46	69	71	59
EAPB que deberían reportar	95	95	95	95	98	98
Cobertura del reporte	40,0	56,8	48,4	72,6	72,4	60,2

La neumonía bacteriana es una condición aguda relativamente común, tratable con antibióticos en la mayoría de los casos. Como indicador de la calidad de la prevención, la admisión por neumonía bacteriana no es una medida directa de la atención en el hospital, sino una medida relacionada con calidad de la atención de la enfermedad del paciente no internado; en ese sentido nos habla de la eficiencia y la efectividad de la red de atención. El tratamiento apropiado del paciente no internado puede reducir las admisiones para la neumonía bacteriana en individuos no susceptibles así como la mortalidad. Por esa razón se considera un buen indicador para evaluar la seguridad del paciente en un sistema de salud.

Comportamiento en menores de cinco años

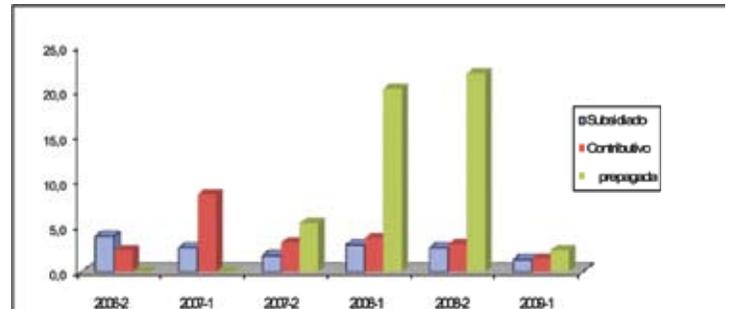
Se observa una tendencia descendente pero con picos hacia los primeros semestres de los años 2008 y 2007, no así en el año 2009. En 2007 a expensas del incremento de la tasa en el régimen contributivo y en el 2008 en la medicina prepagada, aún cuando en este corte también se incrementó, pero en menor medida en los otros dos regímenes.

Gráfico 17.



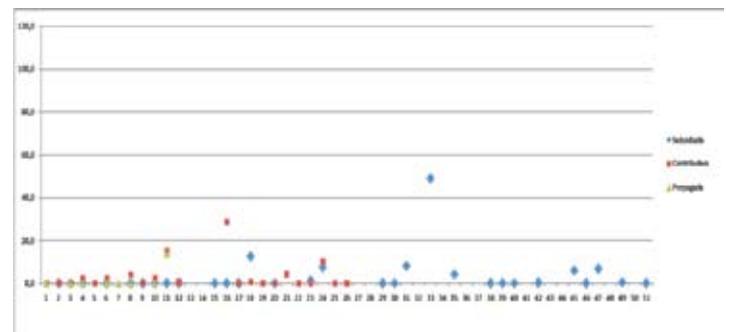
COMPARATIVO POR REGÍMENES

Gráfico 18.



DISPERSIÓN POR ASEGURADORES

Gráfico 19.



MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

La muerte materna (MM) se comporta como mortalidad en general, las dos están relacionadas con determinantes como la riqueza y su distribución, el nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica¹.

Según las estimaciones, cada año se embarazan en el mundo 210 millones de mujeres, de las cuales unos 8 millones padecen complicaciones potencialmente mortales, relacionadas con el embarazo y el parto².

Aproximadamente el 80% de las muertes maternas ocurren alrededor del parto, por ello, cualquier demora que impida el acceso a atención calificada y servicios con capacidad resolutoria, puede ocasionarle la muerte. Las mujeres con complicaciones obstétricas no atendidas mueren generalmente en un plazo de 48 horas³. Por cada mujer muerta, aproximadamente otras 30 sufren lesiones, infecciones y discapacidad por el embarazo y el parto, lo que representa como mínimo 15 millones de mujeres al año⁴.

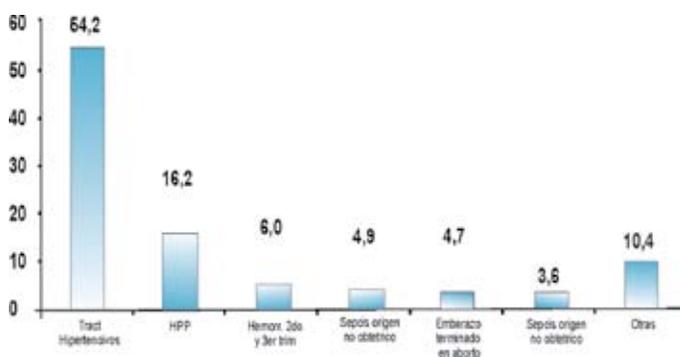
Colombia no es ajena a la situación mundial, por ello desde la Dirección General de Salud Pública, con el acompañamiento de la Dirección General de Calidad de Servicios, el Fondo de Población de Naciones Unidas y la Corporación Científica Pediátrica, impulsa una metodología de Vigilancia Epidemiológica, centrada en la Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (MME), como criterio de análisis de la situación, para la generación de planes de mejoramiento continuo, para el fortalecimiento de la atención a las maternas, de acuerdo con los parámetros establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud.

El estudio ha terminado su fase de pilotaje, la cual se ha desarrollado en los departamentos de: Bogotá D.C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Cesar, Cundinamarca, Huila, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santa Marta D.T, Santander, Tolima y Valle del Cauca.

El análisis preliminar de la agregación de los casos vigilados, ratifica que las causas que ocasionan mayor morbilidad son: hemorragias, enfermedad hipertensiva y sépsis de origen obstétrico y embarazo terminado en aborto, todas ellas enfermedades con alto grado de evitabilidad, con el conocimiento y la tecnología disponible en el país.

Gráfico 20.

Distribución Porcentual de los Eventos relacionados Con Morbilidad Materna Extrema⁵



Conclusiones

Esta Metodología centrada en el mejoramiento continuo ha demostrado su efectividad en la ciudad de Cali, donde el proceso está implementado desde el año de 2006 y a nivel de país ha permitido contar con una definición estandarizada de caso, de criterios de inclusión y se ha fortalecido la metodología de vigilancia. La viabilidad de su implementación está demostrada, por:

- Adecuación a diferentes contextos,
- Fácil identificación de los casos,
- Contar con un número mayor de casos para el análisis local, genera consistencia en las cifras,
- Posibilidad de entrevistar a mujeres sobrevivientes de una complicación obstétrica severa,

¹ MPS/UNFPA. Lineamientos Estratégicos para Reducir la Mortalidad Materna y Perinatal en Colombia, Julio 2009 Documento interno de trabajo 2009..

² OMS. Estrategia de Salud Reproductiva, para acelerar el avance hacia el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de Desarrollo. Ginebra, 2004.

³ Consulta Técnica Regional Informe 2004 Atención Calificada Del Parto En América Latina y El Caribe. Convocada por el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia 9 al 11 de junio de 2003

⁴ OMS. Estrategia de Salud Reproductiva, para acelerar el avance hacia el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de Desarrollo. Ginebra, 2004

⁵ MPS/UNFPA. Informe Convenio 190 de 2009. Documento Interno de Trabajo.

⁶ OPS/OMS. 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 54.a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002.

- Moviliza mayor cooperación en el análisis por parte de los equipos médicos de salud, independiente a la severidad de las complicaciones, que al reconocerse como autores de la sobrevivida, realizan un análisis crítico y con menos temores sobre la situación; de igual manera encuentran “sentido” al mejoramiento de sus procesos la detección y manejo con criterios de calidad, que faciliten:
 - Diagnostico rápido, manejo correcto y la diferencia en las posibilidades de sobre vida de la materna.
 - Estudiar la morbilidad materna extrema, permite guiar los esfuerzos locales para disminuir la mortalidad materna.

Recordamos que las características fundamentales de los programas de reducción de la mortalidad materna que han obtenido buenos resultados, incluyen⁶.

- Compromiso firme al nivel político más elevado.
- Profesionalización de la atención prestada por comadronas.
- Asistencia de personal calificado en 90% de los partos.
- Acceso a los servicios de planificación de la familia/anticonceptivos.
- Acceso a la atención obstétrica de emergencias (AOEm) de calidad, incluidas tecnologías médicas como antibióticos, anticonvulsivos y oxitócicos.
- Supervisión continua de los servicios y mejoramiento de la calidad, incluida la investigación de las muertes maternas.

METODOLOGÍA PARA LA VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

RESULTADOS

- La sepsis de origen no obstétrico fue la causa que se asocio a la más alta relación criterios/caso, situación que implica la necesidad del manejo multidisciplinario de estas gestantes y la oportunidad de interconsulta con otros especialistas con experiencia en el tema.

- Los retrasos relacionados con la calidad de la prestación del servicio fueron los que se asociaron con mayor frecuencia con la ocurrencia de casos de MME y se comportaron de manera similar independientemente del régimen de afiliación.

- Los retrasos relacionados con las actividades de P y P, demanda inducida y acceso a la referencia fueron más frecuentes en gestantes no aseguradas o del régimen subsidiado.

- Los factores asociados a retrasos en la calidad de la prestación del servicio fueron más frecuentes en la atención de casos de hemorragia postparto y de trastornos hipertensivos del embarazo.



DEFINICIÓN FLASOG 2007

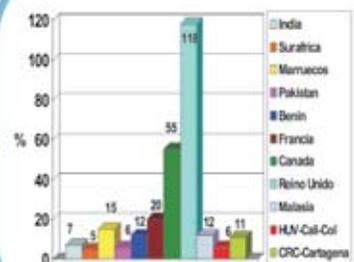
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

Comité de Mortalidad

RELACIÓN MME/MM

Gráfico 21.



DISTRIBUCIÓN CASOS POR DTS

Cuadro 23.

Año	DTS	Frecuencia	Porcentaje del año	Porcentaje del total
2007	Catán	3	21.4	4.2
	Cesar	2	14.3	2.8
	Meta	2	21.4	2.8
	Nariño	4	28.5	5.5
	Santander	3	21.4	4.2
	Total	14	100.0	20.8
2008	Bogotá	6	10.3	8.2
	Bucacá	7	12.1	9.6
	Cundinamarca	6	10.3	8.2
	Hulla	6	10.3	8.2
	Magdalena	6	10.3	8.2
	Norte de Santander	6	10.3	8.2
	Quindío	5	8.6	6.8
	Risaralda	3	3.5	2.8
	Tolima	6	10.3	8.2
	Valle	7	12.1	9.6
Total	58	100.0	79.2	

RELACIÓN CRITERIOS/CASO SEGÚN CAUSA PRINCIPAL DE LA MORBILIDAD

Cuadro 24.

Causa principal de la morbilidad	Total casos	Total criterios	Criterio / caso DTS	Criterio / caso FLASOG
Embarazo terminado en aborto	4	13	3.3	3.5
Hemorragia 2do y 3er trim.	9	37	4.1	3.5
Hemorragia postparto	13	56	4.3	3.3
Sepsis de origen no obstétrico	4	25	6.3	3.3
Sepsis de origen obstétrico	2	9	4.5	3.5
Trastornos hipertensivos	35	141	4.0	2.8
Otros	5	24	4.8	2.2
Total	72	304	4.2	2.9



CONCLUSIONES

- La frecuencia de eventos adversos en Colombia presenta un comportamiento similar al evidenciado en los estudios internacionales.
- Aunque la prevalencia encontrada en el estudio para Colombia fue del 13.1%, el perfil de los eventos adversos identificados es altamente coincidente con lo encontrado en otros estudios internacionales y evidencia que se dan como consecuencia de una mayor detección resultante del mayor esfuerzo que realizan las instituciones en seguridad del paciente.
- No se puede hacer inferencia precisa sobre el país porque no es una muestra aleatoria, sin embargo los resultados del estudio IBEAS aproximan bastante el conocimiento de esta realidad, por lo que se puede considerar de carácter orientativo.
- Es necesario analizar los resultados tomando en consideración las fortalezas y limitaciones derivados del diseño del estudio que permite inferir un impacto inicial de las acciones derivadas de la Política de Seguridad del Paciente.
- Una campaña sostenida e intensiva de seguridad del paciente es altamente rentable para las instituciones del país y muy productiva en resultados relacionados con la protección de la vida de los ciudadanos.

AL ANALIZAR LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO IBEAS DEBE TOMARSE SIEMPRE EN CONSIDERACIÓN QUE AL IGUAL QUE LOS DEMÁS ESTUDIOS INTERNACIONALES SOBRE EL TEMA, LA EVALUACIÓN SE HIZO EN INSTITUCIONES SELECCIONADAS CON EL CRITERIO DE LA EXISTENCIA DE LAS MEJORES CONDICIONES PARA LA EVALUACIÓN, Y NO DE MANERA ALEATORIA, POR LO TANTO LOS RESULTADOS TIENEN UN VALOR ORIENTATIVO Y NO PUEDEN SER EXTRAPOLADOS DE MANERA MECÁNICA A OTRAS INSTITUCIONES EN LAS CUALES NO SE HAYA REALIZADO EL ESTUDIO.

Observatorio de Calidad de la Atención en Salud

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Calidad de Servicios
Carrera 13 No. 32 - 76 Piso 18
Teléfono 3 30 50 00 Extensiones 1800 - 1830
Resto del país: 018000 910097
Página web: www.minproteccionsocial.gov.co
Correo electrónico: atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co

www.minproteccionsocial.gov.co/ocs

