

Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá

Factors influencing the failure to report incidents and adverse events at an accredited third-level institution in Bogotá

LUISA FERNANDA GIRALDO BERNAL*
YEILY KATHERINE PEÑA*
MARÍA JOSÉ MENDOZA*
GISELLA DAYANI JULIO*
PAULA ANDREA RODRÍGUEZ*
SANDRA P. BELTRÁN*

RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar los factores que contribuyen a la omisión del reporte del incidente o evento adverso, por parte del personal de salud, y caracterizar por unidad funcional la omisión del reporte para orientar las estrategias de intervención y mejorar la cultura de seguridad. El estudio es descriptivo-analítico. Para lo anterior, se tomó como población objeto al personal de salud de una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. El número total de encuestas se determinó por medio de la metodología de muestreo estadístico, que permite la recolección de los datos a partir de la aplicación de una encuesta al personal asistencial y administrativo de la institución de salud, a través de la cual se determinaron los factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos. Dentro de los resultados más relevantes se encontró que el formato de reporte es demasiado complicado, que no se retroalimenta al personal cada vez que se analizan los incidentes y eventos adversos reportados y que el personal se preocupa por las medidas disciplinarias que la institución pueda tomar al momento de analizar los casos.

Palabras clave: omisión, evento adverso, incidente, cultura de seguridad, reporte.

* Estudiante de posgrado en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.

Cómo citar este artículo: Giraldo Bernal LF, Peña YK, Mendoza MJ, Julio GD, Rodríguez PA, Beltrán SP. Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.* 2016;14(1):79-87. doi: <http://dx.doi.org/10.19052/sv.3518>

ABSTRACT

This study aims to determine the factors that contribute to the failure to report an incident or adverse event by health personnel, and to characterize the failure to report by functional units in order to guide intervention strategies and to improve safety culture. It is a descriptive-analytical study. To the effect, health personnel from an accredited third-level institution in Bogotá was selected as target population. The total number of surveys was determined by statistical sampling methodology; this allowed data collection based on the application of a survey to healthcare and administrative staff at the health institution, which helped to determine factors influencing the failure to report incidents and adverse events. Among the most relevant results, it was found that the reporting form is too complicated; that there is no feedback to the staff when reported incidents and adverse events are analyzed; and that the staff is worried about disciplinary measures the institution might take when analyzing cases.

Keywords: omission, adverse event, incident, safety culture, reporting.

INTRODUCCIÓN

La confiabilidad de la atención en las instituciones de salud se ha convertido en un aspecto fundamental, que inicia con el compromiso organizacional con la seguridad del paciente, lo cual constituye un punto de partida imprescindible para el mejoramiento continuo de los servicios que se prestan a los pacientes y sus familias. Ese compromiso es la base para construir una cultura de seguridad; sin embargo, se requieren diferentes herramientas para poder consolidarla en todos los niveles de las instituciones. Una de estas herramientas es el reporte de los eventos adversos.

A través de la literatura se ha identificado que, en general, la cultura del reporte del evento adverso, por parte del personal de salud, es insuficiente. Aún se manifiesta la connotación punitiva que tienen los funcionarios acerca del reporte, sin que se llegue a un punto crucial en el que no cobra validez el autor del error, sino la identificación de la falta, encaminada a disminuir la frecuencia de complicaciones asociadas, así como el impacto negativo sobre el paciente.

Mediante el fomento de la cultura del reporte se logra la identificación de errores durante los procesos de atención, con el fin de crear intervenciones que mitiguen el impacto sobre el paciente, el personal de salud y la gestión administrativa; para esto, resulta imprescindible plantear acciones que garanticen entornos más confiables y seguros.

En los últimos años se han presentado cambios determinantes respecto a la seguridad del paciente en los sistemas de salud a nivel mundial (1). Se tiende a creer que los asuntos de seguridad de los pacientes están dentro de los procesos de atención, ya que el personal médico trabaja bajo el hipocrático principio de “primero no hacer daño”; sin embargo, y por ello la necesidad imperante de este trabajo, durante los procesos de atención se generan daños involuntarios en el paciente, a los que denominaremos *eventos adversos*, o situaciones durante la estancia hospitalaria que estuvieron a punto de suceder, pero nunca afectaron de alguna manera al paciente, lo cual hace referencia a un *incidente de seguridad*.

No todos los acontecimientos se manifiestan a partir del reporte de evento o incidente, por lo que hay que evaluar cuidadosamente estas circunstancias para consolidar una atención integral, así como saber qué ha obstaculizado el proceso en la atención en salud y cómo estimular en nuestro país una cultura que favorezca el reporte del evento adverso y del incidente de seguridad.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada diez pacientes ha sufrido un daño provocado por un evento adverso. Se estima que entre el 4 y el 17 % de los pacientes que ingresan a una institución de salud sufrirán un evento inesperado, provocado por la atención en salud y no por la patología por la cual ingresaron. Esta nueva condición les podría acarrear

consecuencias que dificulten su recuperación y, en algunos casos, podría ocasionarles incluso la muerte (1).

En 2004, la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de la cual Colombia hace parte desde 2007. Esta alianza busca estandarizar, en los hospitales y sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, dentro del marco de investigación, plantea un ciclo de cuatro aspectos: determinar los daños, entender las causas, encontrar soluciones y evaluar el impacto (1).

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social expidió la Política de Seguridad del Paciente, en junio de 2008, cuyos principales objetivos son hacer más seguros los procesos de atención, mejorar la calidad y proteger al paciente de los eventos adversos evitables. Esta política es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, los cuales se encuentran establecidos en el Decreto 1011 del 2011; estos son el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad (2).

La literatura resalta que, en el ámbito hospitalario, múltiples razones influyen en la omisión del reporte; entre ellas están el temor a acciones disciplinarias, la ocupación y falta de tiempo, el desconocimiento sobre los sucesos que se deben reportar, la falta de retroalimentación cuando se efectúa el reporte, entre otros (3). Todas ellas deben ser evaluadas e intervenidas para que se presenten con menos frecuencia y para que exista adherencia a las políticas de seguridad institucionales.

Actualmente, algunas instituciones en Colombia han implementado mecanismos para fomentar la cultura del reporte del incidente y el evento adverso en el personal de salud. Dentro de estos mecanismos se pueden resaltar las capacitaciones a todo el personal sobre seguridad del paciente y

reporte oportuno, en las que se aprovecha para reforzar los procesos existentes y se incentiva al personal a efectuar la notificación pertinente de los incidentes y eventos adversos.

La cultura del reporte, como herramienta de diagnóstico de sucesos que comprometen la seguridad en los procesos asistenciales, precisa reforzarse e incentivarse a partir de una cultura justa, no castigadora, que tienda a la búsqueda de mecanismos de solución de alto impacto en la consecución de instituciones seguras.

METODOLOGÍA

El presente es un estudio descriptivo-analítico, en el cual se recolectaron datos a partir de la aplicación de una encuesta a una institución de salud de alta complejidad acreditada de tercer nivel en Bogotá, con una base de datos de personal —médicos generales, especialistas y enfermeras profesionales, que en su mayoría son auxiliares de enfermería y especialistas en Atención Prehospitalaria, área administrativa y otras profesiones—. Se implementó la metodología de muestreo estadístico con un 95 % de confianza y 5 % de error, un total de 961 personas como universo para esta investigación y 275 encuestas como muestra mínima representativa; durante el proceso de aplicación de estas, se logró obtener un número mayor al mínimo esperado, que llegó a 345 personas encuestadas en la institución, lo que permitió disminuir el error y aumentar el nivel de confianza.

Se eligió una institución acreditada de tercer nivel, porque esta condición se relaciona con un proceso continuo de avance en los temas relacionados con la seguridad del paciente, lo cual representa una base para poder analizar los factores asociados con la omisión de reporte que se describen en la literatura.

La encuesta elaborada está basada en la adaptación de Evans y colaboradores (4) del cuestionario aplicado por Vincent, Stanhope y Crowley-Murphy

(3). El enfoque del cuestionario busca evaluar tres aspectos relacionados con la cultura de seguridad: 1) identificación de la cultura de seguridad del paciente como política de la institución, si el caso es afirmativo se indaga sobre la posibilidad de acceso y la forma de diligenciamiento del formato de reporte de incidente y evento adverso; 2) estimación de qué tan a menudo se reportan incidentes o eventos, respecto a cuatro puntos en la escala (nunca, menos del 50% de las veces, más del 50% de las veces y siempre), y 3) determinación de la percepción del impacto de las barreras que impiden la notificación o reporte del evento o incidente adverso, desde muy de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

Desde el punto de vista ético, se clasificó esta investigación como *investigación con riesgo mínimo*, ya que es un estudio descriptivo en el que se aplicó una encuesta a los profesionales de salud participantes. En cuanto a la utilización de consentimiento informado, se consideró que su uso podría predisponer de forma negativa al participante, dado el tema de investigación; además, pondría en entredicho la experticia y el profesionalismo del personal de la institución. Se mantuvo la confidencialidad de los encuestados al no identificar sus nombres en la encuesta. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética de la Investigación de la institución participante.

RESULTADOS

Se encuestaron 345 personas, de las cuales el 74% correspondían a áreas asistenciales y el 26% a áreas administrativas. La distribución específica se describe en la tabla 1.

Para determinar el nivel de conocimiento y uso de las herramientas existentes para el reporte de eventos e incidentes en la institución participante, se aplicaron las cuatro preguntas plasmadas en la tabla 2.

TABLA 1. Participación porcentual del personal asistencial y administrativo

PERSONAL DE SALUD	JORNADA DIURNA		JORNADA NOCTURNA	
	NÚMERO DE PARTICIPANTES	%	NÚMERO DE PARTICIPANTES	%
Personal asistencial				
Enfermeras	65	74	121	35
Médicos	1	1	6	2
Bacteriólogas	7	8	7	2
Instrumentadoras	0	0	1	0
Auxiliares de farmacia	6	7	3	1
Terapeutas respiratorias	1	1	1	0
Técnicos en radiología	4	5	0	0
Otros profesionales	34	39	0	0
Personal administrativo				
	86	25	2	1

Fuente: elaboración propia.

TABLA 2. Conocimiento de las herramientas institucionales para el reporte de eventos adversos e incidentes

PREGUNTAS	ENCUESTADOS (%)		
	SÍ	NO	NO RESPONDE
1. ¿Sabe usted si la clínica tiene un sistema institucional para la comunicación o reporte de incidentes y eventos adversos?	83	6	12
2. ¿Alguna vez ha llenado un formato de reporte de incidentes y eventos adversos?	49	39	12
3. ¿Sabe usted dónde puede encontrar o tiene acceso al formato de reporte de incidentes y eventos adversos?	74	14	12
4. ¿Sabe usted cómo diligenciar el formato de reporte de incidentes y eventos adversos?	59	29	12

Fuente: elaboración propia.

La tabla 2 muestra que el 83% de la población encuestada conoce que la institución cuenta con un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos y el 74% sabe cómo acceder al formato de reporte; sin embargo, a pesar de esto, se evidencia que un alto porcentaje del personal manifiesta no haber llenado nunca un formato de reporte, así como tampoco conocer el correcto diligenciamiento de este.

La segunda parte de la encuesta está orientada a la evaluación de la claridad conceptual del per-

sonal, en relación con los eventos e incidentes de seguridad. Esta evaluación se llevó a cabo a través de la pregunta: ¿qué incidentes o eventos adversos reportaría?

De los criterios evaluados (figura 1), se observa que dentro de los incidentes y eventos adversos que el personal encuestado siempre reportaría se encuentran: “Lesiones en el paciente debido a una caída” (68 %); “Medicación equivocada que requiera tratamiento correctivo” (65 %); “Paciente recibe tratamiento equivocado o procedimiento equivocado” (63 %) y “Úlcera por presión” (61 %). Estos resultados muestran que el personal de la institución participante en la investigación tiene mayor claridad con respecto al reporte de eventos adversos y, en menor proporción, con respecto al reporte de incidentes de seguridad (en los que no hay daño al paciente).

La tercera parte de la encuesta se centra en la determinación de los factores que influyen en la

omisión de reporte de eventos adversos e incidentes. Este aspecto fue evaluado en la encuesta a través de la pregunta: ¿qué factores influyen en el no reporte?

De los criterios evaluados (figura 2), se observa que dentro de los factores que más influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos se destacan: “El formulario es demasiado complicado y requiere mucho detalle” (28 %); “Nunca recibo información sobre las medidas que se tomaron sobre el evento o si se retroalimentó al personal” (25 %); “Estoy preocupado por las medidas disciplinarias” (23 %); “Estoy preocupado por los problemas que se puedan generar si reporto” (23 %); “Si se discute el caso con la persona involucrada, implicaría más trabajo” (22 %) y “Mis compañeros de trabajo pueden ser poco solidarios” (21 %). Además, se evidencia que un 34 % no identifica como relevante ninguno de los criterios evaluados.

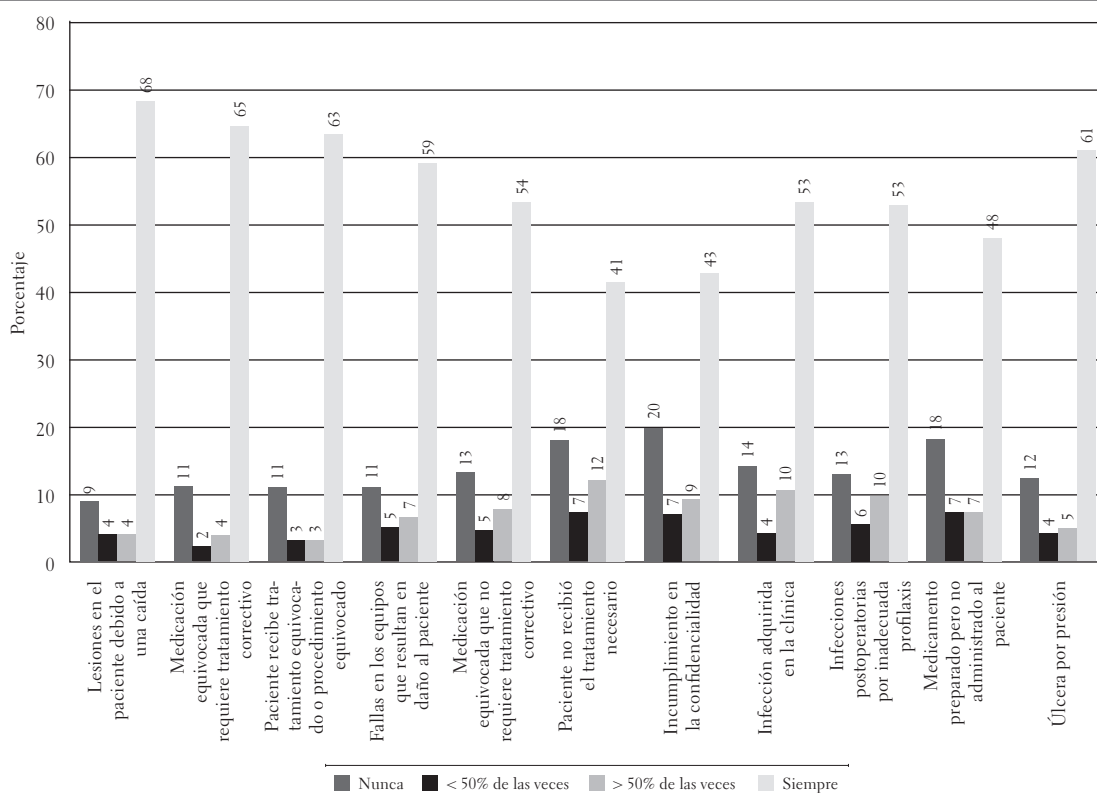


FIGURA 1. Incidente y eventos adversos que el personal encuestado reportaría

Fuente: elaboración propia.

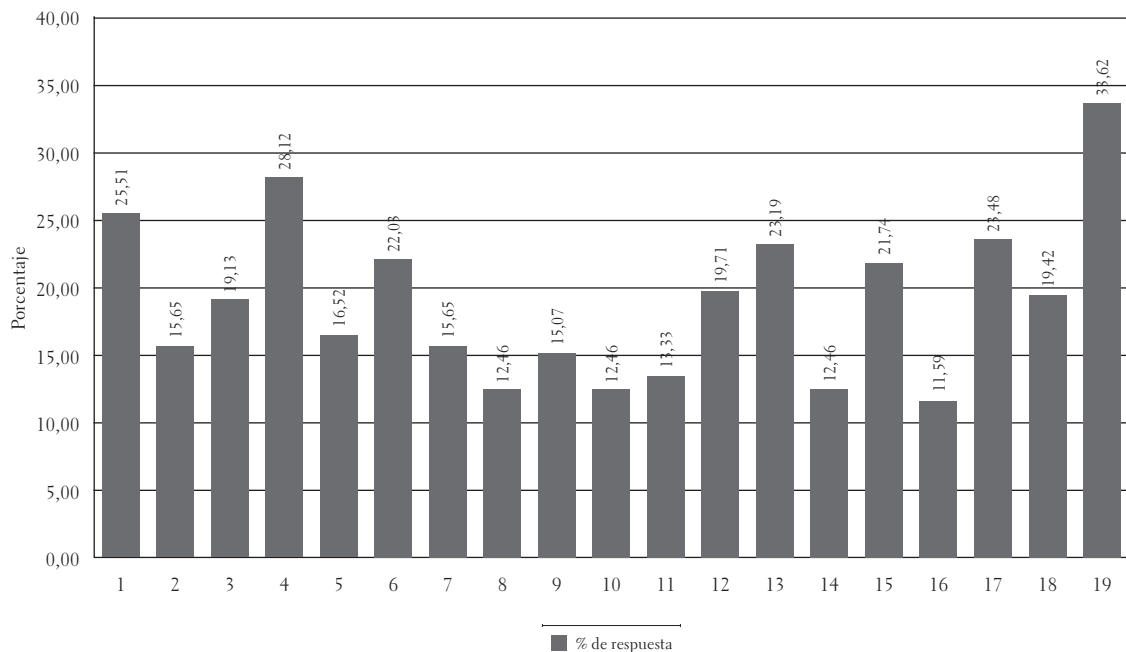


FIGURA 2. Determinantes de los factores que influyen en la omisión de reporte de eventos adversos e incidentes

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

La falta de reporte de eventos adversos e incidentes de seguridad es un problema compartido por otros estudios similares que se han realizado sobre este mismo tema y con esta metodología; por ejemplo, en Estados Unidos, un estudio desarrollado por Harvard Medical Practice, en un hospital en los servicios de ginecología y enfermería, evidenció que la mayoría del personal de la institución sabía que existía un formato de reporte de incidentes y eventos adversos, estaban capacitados para hacerlo y solo una minoría reportaba. En el proceso de entender por qué no se reportaban los incidentes y eventos adversos se encontró, en orden de importancia: por parecerle innecesario al personal, incremento de la carga de trabajo, miedo al castigo, olvido y probabilidad de un litigio (3).

El estudio realizado en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá se desarrolló a partir de la metodología descrita, con el objetivo de determinar cuáles son los factores que contribuyen en la omisión del reporte del incidente o evento adverso

por parte del personal de salud, para orientar las estrategias de intervención y mejorar la cultura de seguridad del paciente en dicha institución. El grupo investigador es consciente de las limitaciones metodológicas de la investigación, por lo cual no se pretende en ningún momento extrapolar dichos resultados a otras instituciones o centros hospitalarios de Bogotá, ni a nivel nacional, sin importar su nivel de atención, pero sí se pretende ser el punto de partida para que se implanten políticas de seguridad por servicios, unidades e instituciones, así como desarrollar posteriores estudios que ayuden a mitigar la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

Si se comparan los resultados obtenidos en el presente estudio con los mostrados por otros estudios nacionales e internacionales, la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos se debe a distintos factores identificados en la institución participante; por ejemplo, no saber cómo hacerlo, falta de tiempo o miedo a las medidas disciplinarias que se puedan tomar en dicha institución.

A pesar de haberse definido en el estudio que la encuesta se aplicaría a todo el personal, los investigadores eran conscientes de que se podían producir dudas al momento de emplear dicho instrumento, pues sabían que la mayoría del personal de la institución —médicos generales y especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares, entre otros (bacteriólogos, químicos, etc.)— no tiene el tiempo para responder a la encuesta.

Los criterios evaluados en las encuestas, aplicados a los funcionarios de la institución de salud acreditada de tercer nivel, permitieron determinar los factores que influyen en la omisión del reporte de incidente o evento adverso: se evidencia que en la identificación de la cultura de seguridad del paciente, como política de la institución, el 83 % de la población encuestada conoce que la institución cuenta con un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos; sin embargo, se observa que un alto porcentaje del personal manifiesta no haber llenado nunca un formato de reporte, así como tampoco conocer el correcto diligenciamiento de este.

Los términos o conceptos que se presentan durante la generación del reporte son de vital importancia para su claridad y definición, ya que se pueden prestar para errores a la hora del diligenciamiento del formato; así mismo, permiten evidenciar la falta de entendimiento y conocimiento del personal asistencial de la institución, lo que conlleva la generación de dudas a la hora de su clasificación y determinación. Esto debe ser compartido e integrado en cualquier área o servicio de la institución, ya que centrarse en una pocas personas no garantiza un conocimiento global.

Ahora bien, es importante resaltar los tres factores que más influyen en la omisión del reporte de los incidentes y eventos adversos, según los porcentajes arrojados por las encuestas. En primer lugar, se observa que la estructura y la forma como se plantea el trámite del formato impide su diligenciamiento; esto lo evidencia el 28 % de los encuestados. Este factor contribuye a omitir, en

muchos casos, la aplicación del reporte, al tener este tipo de perspectiva; por lo anterior, es importante evaluar la estructura, el diseño y el contenido de este, con el fin de evitar el agotamiento visual y la falta de interés. En segundo lugar, es de vital importancia dar a conocer las medidas preventivas y correctivas que se tomaron frente a cada incidente y evento adverso que se presente, tanto al personal asistencial como al involucrado. El 25 % de los encuestados manifiesta no recibir información sobre las medidas que se adoptan, lo que conlleva a que se piense que no se está realizando ningún tipo de gestión frente a estos casos. Esto refleja que un sistema puede llegar a mejorar a partir de la socialización, comunicación e integración de todo el personal en las instituciones de salud. Por último, el 23 % de los encuestados se preocupa por las medidas disciplinarias que se puedan tomar contra ellos, debido a que no se realiza una capacitación por parte de la institución al personal en la cual se les da a conocer el grado de importancia sobre la generación del reporte, lo que permitiría minimizar los errores que se puedan presentar durante la atención de salud en cualquier área de la institución, lo cual no implica asumir medidas disciplinarias contra el personal que reporte, sino mejorar la seguridad del paciente, su familia y sus colaboradores.

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo encontrado, se recomienda diseñar estrategias que permitan una mayor apropiación, por parte del personal de la institución, en relación con el oportuno reporte de incidentes y eventos adversos. Así mismo, se resalta la importancia de la retroalimentación continua al personal, tanto asistencial como administrativo, sobre lo que implica el reporte dentro de la política que tiene establecida la clínica para la seguridad de los pacientes. Es fundamental mejorar los mecanismos o sistemas con los que actualmente cuenta la institución para el reporte de incidentes y eventos adversos, con la finalidad de permitir su correcto diligenciamiento, sin que este genere en

el personal institucional la visión de un formato demasiado tedioso y con mucho detalle, que ocasione la omisión de su diligenciamiento.

Es de vital importancia integrar y socializar las medidas, tanto preventivas como correctivas, que se tomen frente a los diferentes incidentes y eventos adversos que se puedan generar en la clínica. Esto crea sistemas de comunicación desde los diferentes puntos de vista, sin llegar a juzgar o señalar al personal, y logra un mayor grado de credibilidad y confianza a la hora de reportar, lo cual contribuye al mejoramiento continuo y al fortalecimiento de la política de seguridad de los pacientes establecida en la clínica.

Actualmente, algunos podrían suponer que una de las soluciones para incentivar el reporte de los incidentes y eventos adversos es que se hiciera obligatorio para el todo el personal que labora en una institución de salud; sin embargo, Harper y Helmreich (5) afirman que “Los hallazgos sugieren que el éxito de un sistema de reporte está determinado por las actitudes y percepciones de los profesionales y técnicos de la línea de frente del cuidado en salud”. Esto pone en evidencia que las organizaciones deben ser conscientes que se debe crear una cultura de seguridad no punitiva, que no solo se imparta desde la oficina de “calidad” o “seguridad”, sino que se establezca dentro de los lineamientos y políticas estratégicas de las instituciones que la calidad y la seguridad son elementos integrales del trabajo de toda la organización, lo cual ayudará a crear sistemas que permitan que todo el personal que labore en salud se encuentre en la capacidad técnica y moral para reportar los incidentes y eventos adversos, sin factores que influyan en la decisión de hacerlo. No es fácil lograr esto a corto plazo; por lo tanto, para saber si están en ese camino, las organizaciones de salud deben evaluar periódicamente su progreso en la obtención de dicha cultura de seguridad, para que se mitiguen y disminuyan los incidentes y eventos adversos que tanto golpean a una institución.

Toda institución debe contar con un sistema de notificación que garantice la confidencialidad de lo reportado, así como permitir la realización de un claro análisis causal, dentro del cual se puedan identificar los factores que están bajo el control de la institución y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extrainstitucionales.

Ninguna intervención en salud o enfermedad es inocua; en consecuencia, los grados de calidad dependen del interjuego que tienen en cada circunstancia y de su relación y probabilidad específica. “La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos” (6).

Para finalizar, es importante saber que este trabajo permitió identificar que la cultura del reporte de incidentes y eventos adversos mejora la calidad en la prestación de los servicios y disminuye los costos en la salud, como también contribuye al fortalecimiento y mejoramiento de los sistemas de comunicación establecidos en la clínica, que permiten la adherencia y el compromiso, que debe ser entendido por el personal en general, sobre la importancia del reporte, independiente del área o servicio al cual pertenezcan dentro de la clínica.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: la investigación en seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [citado 2015 my. 14]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
2. Ordóñez J. Promoción de la cultura de seguridad del paciente [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección social; 2012 [cited 2015 my. 7]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf

3. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: An empirical study. *J Eval Clin Pract.* 1999 febr.;5(1):13-21.
4. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M. Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care.* 2006 febr;15(1):39-43.
5. Harper M, Helmreich RL. Identifying barriers to the success of a reporting system. En: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, eds. *Advances in patient safety: from research to implementation.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
6. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública Méx.* 1986;28(3):324-7.

Recibido: 10 de julio de 2015
Aprobado: 11 de noviembre de 2015

CORRESPONDENCIA:
Luisa Fernanda Giraldo Bernal
luisaf_888@hotmail.com

