

Evaluación de proceso de un Programa de Vigilancia de Eventos Adversos Hospitalarios, Clínica Dávila, Chile

ALVARO LEFIO⁽¹⁾ y NELLY ALVARADO⁽²⁾

RESUMEN

Objetivo: *Evaluar el proceso de implementación de un Programa de Vigilancia de Eventos Adversos de un hospital privado de Chile (Clínica Dávila).* **Material y Método:** *Se utilizó el estudio de caso como marco metodológico, creando un marco de análisis basado en las recomendaciones de organismos internacionales e integrando técnicas cuantitativas y cualitativas de recopilación y análisis de la información.* **Resultados:** *Se identificó una alta congruencia entre el diseño y el marco de análisis construido. Se observó también una tendencia al alza en la tasa de notificaciones, siendo la administración errónea de medicamentos y las caídas (58% entre ambos) las motivaciones principales para desarrollar un análisis causa raíz (ACR). El 43,8% de causas identificadas calificó como factores individuales y sólo en un 15,73%, como factores institucionales/organizacionales. Los entrevistados valoraron el programa y creen que ha aportado a la cultura de aprendizaje, pero proponen mejorar la retroalimentación, los espacios de gestión y fortalecer las competencias para el análisis de los errores de procesos clínicos.* **Conclusiones:** *El programa ha sido un aporte para colaborar con un clima de aprendizaje, pero existe un desequilibrio entre los esfuerzos por recopilar información y el análisis sistémico de la misma. El sistema de notificación voluntario y anónimo se ha transformado en un espacio de comunicación organizacional, que excede los objetivos del programa y que debe ser tomado en cuenta en la implementación de programas similares.*

Palabras clave: *Administración de la seguridad, errores médicos, sistema de notificación, eventos adversos.*

ABSTRACT

PROCESS EVALUATION OF A SURVEILLANCE PROGRAM OF ADVERSE HOSPITAL EVENTS: DAVILA CLINIC, CHILE

Objective: *Evaluate the implementation process of a surveillance program for adverse events in a private hospital in Chile (Clínica Dávila).* **Materials and Methods:** *A case study methodology was used, using a framework for analysis based on the recommendations of international organizations, and integrating qualitative and quantitative techniques for gathering and analyzing data.* **Results:** *A high level of coherence was found between program design and the analysis framework. An increase in the notification rate, both for the administration of the wrong medication and for falls was also noted (58% among both), those being the principal motivations for root*

⁽¹⁾ Médico Becario Salud Pública. Escuela Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. José Abelardo Nuñez 1381. Los Andes. Chile. lefio.celedon@gmail.com

⁽²⁾ Directora de Gestión Médica. Clínica Dávila. Santiago. Chile

cause analysis (RCA). 43.8% of causes were identified as individual factors and only 15.73% as institutional or organizational factors. Interviewees valued the program and believe that it created a good learning environment, but they propose better feedback and management, and building competency for error analysis in clinical processes. Conclusions: The program contributed to a better learning environment, but there was an imbalance between the data collection efforts and systematic data analysis. The voluntary and anonymous notification system has been transformed into a space for communication within the hospital, which exceeded the program's objectives and should be taken into account in the implementation of similar programs.

Key words: Security administration, medical errors, notification system, adverse events.

INTRODUCCIÓN

Los hospitales forman parte de las estrategias de la sociedad moderna para proteger, curar y rehabilitar a sus miembros, que por causa de alteraciones importantes en su salud lo requieran. Como las posibilidades de enfermar son muchas, complejas y dinámicas, muchos son también los procesos involucrados para recuperar la salud de los enfermos y, por tanto, muchas las posibilidades de error. En la literatura contemporánea “evento adverso” ha sido una de las denominaciones más frecuentemente utilizada para nombrar aquellos errores de los procesos de atención, que causan algún tipo de daño a los pacientes. Su prevalencia ha sido estimada entre el 3 y el 16% de los hospitalizados¹ en países de la OCDE, con un impacto relevante sobre la morbilidad y mortalidad de la población^{2,3}.

Por ello, que como parte de las recomendaciones de una amplia gama de organismos internacionales y nacionales, vinculados a la prestación de servicios sanitarios (IOM, OMS, Minsal, etc.)^{4,5}, se encuentra el desarrollo de sistemas de vigilancia que permitan conocer estos eventos, intervenirlos y prevenirlos, desde una perspectiva sistémica de mejoría continua en la organización. Hasta el momento no hay evidencia suficiente para recomendar un modelo único de sistema de vigilancia⁶ y, a juicio de los redactores del “To err es human”, nos encontramos en una etapa abierta a la investigación y creatividad, pero al mismo tiempo ya existen algunos aprendizajes, principios y recomendaciones básicas sobre los cuales desarrollar tales sistemas⁷.

La Clínica Dávila, prestador privado de

atención cerrada de mayor capacidad productiva del país, viene desarrollando -desde el año 2006 y en forma incremental- un sistema de vigilancia de eventos adversos, que pretendemos evaluar mediante un estudio de caso (metodología mixta cuanti-cualitativa) y con énfasis en el proceso. Asimismo, buscaremos extraer los aprendizajes que sean de utilidad al programa, a la investigación que se desarrolla actualmente en la temática y a quienes se encuentren implementando intervenciones similares en favor de la seguridad hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción general

En cuanto evaluación de proceso, el objetivo central de este estudio será encontrar aquellos elementos de diseño e implementación que sea necesario modificar para optimizar el logro de los objetivos del Programa. La metodología a utilizar será un estudio de caso siguiendo lo descrito por Robert K Yin⁸, la cual se encuentra dentro de las metodologías mixtas retrospectivas, utilizadas en la evaluación de programas de mejoría de la calidad asistencial⁹. El marco básico para su desarrollo incluye: la pregunta de investigación, la unidad de análisis, el marco de análisis de la información, la especificación de las fuentes de información a explorar y la triangulación de los resultados para la elaboración de conclusiones.

Unidad de análisis

La unidad de análisis será el Programa de eventos adversos de la Clínica Dávila, hospital de alta complejidad de propiedad privada, ubicado en la ciudad de Santiago de Chile, con un

número de trabajadores sanitarios que supera los 2.000, alrededor de 550 camas de diversa complejidad, más de 30.000 egresos hospitalarios y un financiamiento que en un 40%, corre por parte del seguro público de salud (modalidad libre elección de Fonasa y mecanismos de pago asociado a diagnóstico).

Contexto y descripción del Programa

En el año 2006 se crea el Programa de vigilancia de incidentes, eventos adversos y centinelas (PVIEC) de la Clínica Dávila, el cual depende organizacionalmente del Departamento de Gestión de Riesgos y cuenta con 3 profesionales para su coordinación. Su propósito fundamental es promover la seguridad de los pacientes, incorporando en su diseño un sistema de registro informático de tipo anónimo y administrado por 2 profesionales del departamento. Estableció criterios para la retroalimentación y la elaboración de análisis causa-raíz (ACR) para todos los eventos centinelas; estableció también funciones y responsabilidades de los jefes, coordinadores de servicios y unidades; especificó diversos métodos de estudio de eventos adversos, entre ellos la notificación anónima y voluntaria de incidentes, además de estudios de prevalencia con análisis de fichas clínicas. A su vez, consideró la necesidad de retroalimentación con informes trimestrales y el seguimiento de indicadores de notificación por servicio clínico.

Marco de análisis

El marco de análisis de este caso, es decir aquella construcción conceptual a partir de la cual se definieron los ámbitos a evaluar y sobre la cual se testearon los hallazgos del caso, se elaboró a partir de las recomendaciones y sugerencias del “To err is human” del Institute of Occupational Medicine (IOM) en el año 1999, el “Veterans Health Administration (VHA) National Patient Safety Improvement Handbook” del año 2008, y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la “Alianza para la Seguridad de

los Pacientes”, en relación con el desarrollo de sistemas de vigilancia de eventos adversos.

Los principios y conceptos básicos del marco construido son los siguientes (Figura 1):

- De los objetivos del Programa

De acuerdo a sus propósitos es posible diferenciar 2 tipos de sistemas de registro: uno de reporte obligado, en el cual se busca establecer responsabilidades ante eventos que producen un importante daño en la salud de los pacientes; otro voluntario, cuyo foco está puesto en la mejoría de vulnerabilidades identificadas en el sistema de atención de salud⁷. Dadas las características del programa evaluado, se eligió esto último, por lo cual el objetivo fundamental del sistema de vigilancia debería ser generar información que nos permita aprender de los errores o eventos adversos en la atención de salud y promover acciones preventivas.

- De la confidencialidad

Entre los principios centrales de un sistema voluntario de vigilancia, se encuentra la confidencialidad de la información, lo cual no implica necesariamente el anonimato al momento de un reporte o análisis¹⁰, sino que poner el énfasis en la obtención de información relevante para la mejoría continua de la calidad asistencial y no en el uso con carácter punitivo de la misma. Por lo tanto un programa de estas características debe contar con procedimientos específicos orientados a proteger la confidencialidad de la información.

- De la retroalimentación

La adecuada retroalimentación a los equipos clínicos, o a aquellos que son usuarios directa o indirectamente del Programa, aparece como otro elemento central de este tipo de programas, ya sea porque se perciben de mejor manera los beneficios o porque “la creencia de los notificadores de que la información se utiliza realmente, les asegura que el tiempo necesario para presentar un informe vale la pena”⁷.

- Del análisis de la información y desarrollo de intervenciones

Se espera que un programa de estas características releve el análisis detallado y competente de la información y no centre los esfuerzos en el proceso de recopilación, permitiendo entonces la extracción de conclusiones y la generación de cambios en las prácticas cotidianas y organizacionales. Desde esta perspectiva, “es mejor contar con buena información en pocos casos que mala información en muchos casos”²⁷. Por otro lado, se espera que la información sea analizada con enfoque sistémico, incorporando factores institucionales/organizacionales, de trabajo en equipo/de la tarea, del ambiente directo de trabajo, de las competencias y formación del equipo de trabajo y, finalmente, factores de carácter individual ya sea del paciente como del personal.

Fuentes de información

Se analizaron los registros de incidentes eventos adversos y centinelas entre enero del 2006 y marzo del 2010 para elaborar y analizar tendencias en el registro. Se utilizó la observación participante, la entrevista semi-estructurada y el grupo focal a usuarios y coordinadores del Programa, para explorar cualitativamente las percepciones respecto a la evaluación del programa y mapear el cumplimiento de las actividades

Se entregó a jefes de programa, directivos de la clínica y representantes de los profesionales clínicos (muestra intencionada), un cuestionario de preguntas abiertas que exploró sus percepciones de evaluación general y específica del programa, así como los ámbitos por mejorar. Se analizó la totalidad de los análisis causa-raíz (ACR) elaborados por los equipos de coordinadores de unidades y servicios entre enero del 2009 y marzo del 2010. La información cualitativa recopilada fue analizada y codificada mediante el método de codificación abierta, descrito para una primera etapa en la teoría fundada¹¹ y las categorías construidas se clasificaron según el factor sistémico involu-

crado.

Validez del estudio

Además de la triangulación por diversidad de fuentes de información (triangulación de métodos) descrita previamente, se realizó triangulación de los resultados analizando la información recogida con 2 investigadores expertos en evaluación de programas, métodos cualitativos y gestión clínica (triangulación por investigador). La muestra fue de características no probabilística e intencionada y para ello se eligió a representantes de usuarios directos e indirectos del Programa en el ámbito de la gerencia, jefaturas de servicios, coordinadores de servicio y equipos clínicos. Se buscó efecto de saturación cruzado entre las distintas técnicas cualitativas, lográndose con 3 entrevistas semi-estructuradas, 2 grupos focales y 15 cuestionarios estructurados.

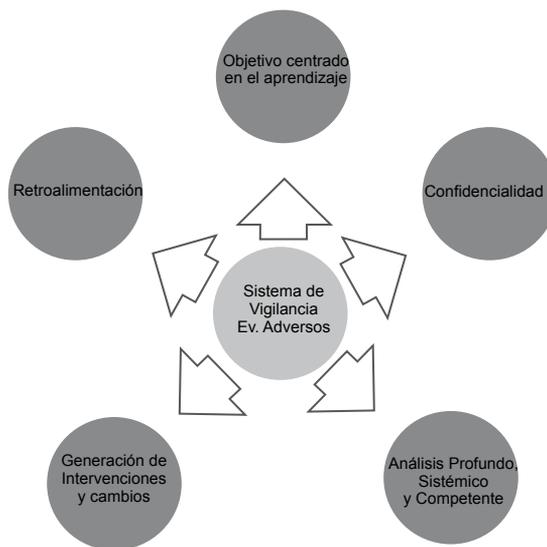


Figura 1: Marco de análisis para la evaluación PVIEC.

RESULTADOS

Del diseño del Programa

Al comparar el diseño escrito del Programa, a partir de la documentación institucional, se observa una alta congruencia con el mar-

co de análisis construido; sólo en el ámbito de la confidencialidad de la información esto se cumple parcialmente, pues si bien el registro de la información es anónima y se extraen los nombres de las personas directamente involucradas, aún persiste información concentrada en una base de datos que indica lugares y fechas que, por tanto, hace posible la identificación de los individuos involucrados.

Del proceso de implementación del Programa

-De la recopilación y análisis de la información relevante

De lo recopilado por los sistemas informáticos del Programa, es posible observar una tendencia claramente al alza del número de notificaciones y de la tasa por egreso hospitalario, entre los años 2006 al 2009, en lo que se refiere a los eventos adversos e incidente, siendo más aplanada la tendencia en el caso de eventos centinelas (Figura 2).

Análisis sistémico de la información

Al revisar los ACR realizados entre enero del 2009 y marzo del 2010, destaca que las motivaciones principales para realizarlo fueron: la administración errónea de medicamentos (38%) y las caídas (20%), seguidas de las fallas en la instalación y retiro de equipos médicos (10%), procedimiento en paciente equivocado (8%) y falla en la identificación del paciente (7%). Desde el punto de vista del tipo de causas identificadas, los equipos que realizan los ACR interpretan el no cumplimiento de protocolos como la causa más frecuente (38%). Por otro lado, aparece con un 11% la percepción de fallas de comunicación, seguida de la sobrecarga laboral, la presencia de personal nuevo y la falla de la supervisión de las tareas clínicas con un 8%, 6% y 4%, respectivamente. Llama la atención que en un 5% de los ACR no se registra análisis de causas. Ahora bien, si este marco de percepciones y categorías lo clasificamos en un marco sistémico de factores causales, observamos que un 43,8% de las causas identificadas califica como factores individuales, ya sea del personal o del paciente; en una 15,73%, son imputables a factores ins-

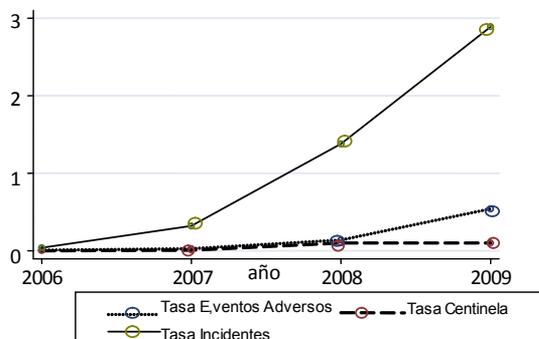
titucional /organizacional, al igual que los que califican como propios de la tarea, trabajo en equipo y ambiente de trabajo juntos (Figura 3).

Respecto de las intervenciones registradas en los ACR, la mayoría se concentra en modificar o reforzar guías, protocolos o procedimientos clínicos, con un 18% y 10 %, respectivamente, y en un 17% corresponde a análisis del caso en equipo. Llama la atención que un 21,4% de los análisis no informa ningún tipo de intervención y que en un 5%, ésta fue la amonestación al personal involucrado.

Desde el punto de vista estadístico descriptivo, del universo de ACR revisados, la mediana de causa por ACR es de 2 y en el caso de las intervenciones es de 1.

Evaluación de los actores

Desde la perspectiva general (Tabla 1), los participantes del Programa de vigilancia lo reconocen como “valioso”, con importantes logros en generar una cierta cultura de aprendizaje no punitiva y centrada en la mejoría continua. Algunos entrevistados lo aprecian como algo distintivo de la clínica en comparación con otros prestadores privados de salud, y se le ve como un desencadenante de variadas intervenciones orientadas a mejorar la seguridad de los pacientes, impulsando cambios de conducta en los equipos de salud. Por otra parte, se perciben problemas en relación con su difusión, particularmente en la retroalimentación a los equipos que notifican. Se percibe falta de información respecto a las estadísticas

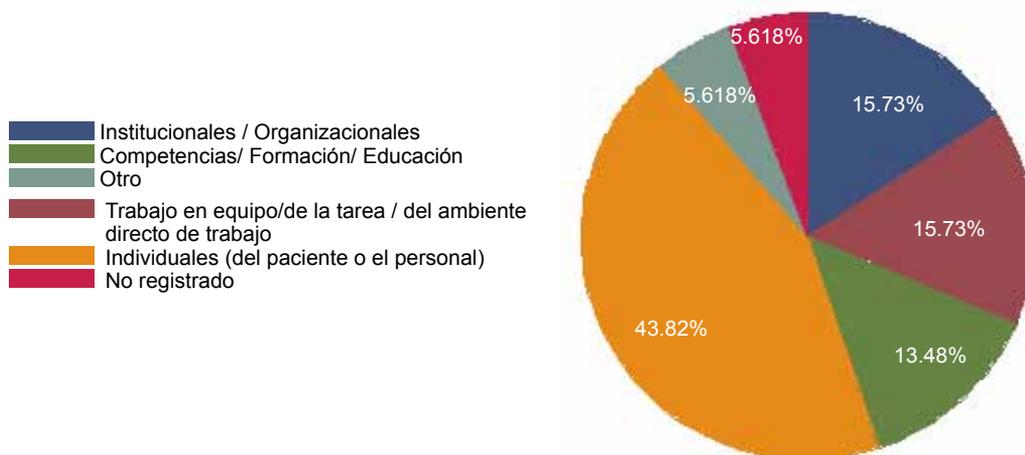


Fuente: Elaboración propia con datos Clínica Dávila.

Figura 2. Tendencia de las tasas de reportes por egreso hospitalario y por tipo de reporte. 2006-2009.

de sus respectivos servicios, pero también es posible observar la falta de información respecto de herramientas ya existentes en el sistema de notificación. Por otro lado, aparece esta idea de relevancia del Programa, pero -a la vez- vinculada a la idea de un “estado inicial

de desarrollo”, percibiéndose como recopilando mucha información, pero sin el suficiente tiempo dedicado al análisis y a la prevención de eventos adversos o fallas en los procesos de atención. También perciben pasividad en la pesquisa de eventos adversos, no siendo sus-



Fuente: Elaboración propia con datos Clínica Dávila.

Figura 3. Proporción de factores causales identificados en los ACR. 2009-2010.

tantiva la búsqueda activa de errores.

Un ámbito particularmente generativo, en el personal coordinador y jefes de unidades y servicios, es la percepción de presión por responder frente al “reclamo” y la incertidumbre de cómo encauzar lo que se le informa que ha

sido notificado, algunos expresan la necesidad de aclarar que se espera que ellos hagan con la información que les llega y se sienten con dificultades para saber que priorizar y como seguir adelante, con expresiones tale como “uno hace lo que cree” (Tablas 2 y 3).

Tabla 1. Resumen cualitativo de la apreciación general del PVEA.

Ámbito	Categoría	Frase textual
Apreciación General	Valioso	“El concepto final del programa es virtuoso.” “No hay otra institución que tenga un programa tan riguroso y estable.”
	Pasivo	“Es una necesidad real por lo mismo debe ser más activo.” “No estar dependiendo en forma pasiva de lo que alguien quiera notificar.”
	Relevante pero inicial	“Este es un programa que está naciendo.” “Es un programa que ha funcionado sólo por voluntad de los usuarios y que aún no ha internalizado en ellos la conciencia de notificación como algo no punitivo y realmente como una mejora en la gestión de cada uno.”

Tabla 2. Resumen cualitativo de aportes y áreas de mejora. PVEA.

Ámbito	Categoría	Frase textual
Aportes	Cultura de aprendizaje	“Analizar un proceso sin el carácter punitivo es un aprendizaje para los profesionales de la salud.” “El sistema de análisis causa raíz nos permite visualizar junto con el personal, de todos los aspectos involucrados en la ocurrencia del evento.” “Las personas no esconden cuando pasa algo y buscan apoyo.”
	Generación de intervenciones	“Nos ha servido cuando se repiten algunos eventos.” “Se han creado protocolos y normas.”
	Cambio de conductas	“Se han cambiado conductas...el comité ha tenido impacto en la práctica clínica.” “No sabemos nunca qué pasa con la información” “No hay una clasificación del tipo de incidente, a que dar más atención.”
Por mejorar	Falta de retroalimentación	“No sabemos si nos llegan todos los incidentes o algunos.” “La retroalimentación debe ser más directa y a la vez poder compartir experiencias de intervención” “No sabemos qué hacer con el reclamo ¿Como gestionó el reclamo?”
	Incertidumbre y sensación de presión para resolver	“No está clara la respuesta que hay que dar” “Uno va haciendo lo que cree.”
	Falta de difusión	“Al principio hubo harta difusión pero no ha habido continuidad.” “Falta mas información al resto de la clínica de que existe esta instancia.”
	Falta de evaluación	“No se ha hecho una evaluación de los incidentes.”

Las principales propuestas para mejorar el Programa hacen referencia a potenciar la retroalimentación hacia los equipos clínicos, formalizando informes, espacios de gestión y fortaleciendo las competencias para el análisis de los errores de procesos clínicos, particularmente en lo que se refiere a los ACR.

Entre los que podríamos denominar como temas emergentes, destacan espacios de conflicto en relación con las expectativas de apoyo institucional que se han generado en el personal de la clínica, registrándose la percepción de que las mejoras que se han producido dan cuenta del esfuerzo del personal, más que de un apoyo institucional importante. Por otro lado, se aprecia una tensión con el tiempo que debe dedicarse al análisis de la información y al procesamiento de datos, para lo cual no se percibe que se cuente con el tiempo y los recursos

necesarios. Entre otros hallazgos a destacar, se encuentra la percepción de que el sistema de notificación, además de cumplir la función específica para la cual fue creado, también ha sido re-significado por la organización como un espacio de comunicación organizacional más amplia, permitiendo posibilidades de comunicación del personal más allá de sus jefaturas directas. Esto se expresa en frases tales como: “la gente sabe que esto no se lo lleva el viento” o a través de la percepción de que son considerados y que sus notificaciones determinan acciones del nivel gerencial. El anonimato de la notificación no está exento de conflicto; muy por el contrario, emergen con facilidad frases que enfatizan las posibles “venganzas” entre funcionarios, de “irrelevancia” o “barbaridades”, en alusión a lo registrado.

Tabla 3. Resumen cualitativo de temas emergentes en torno al PVEA.

Ámbito	Categoría	Frase textual
Temas emergentes	Expectativas de apoyo institucional	“Se ha notificado reiteradamente la necesidad de personal pero no pasa nada.” “Yo esperaba que se generaran espacios de coordinación con otros departamentos o servicios.”
	Conflicto con el anonimato de la notificación	“Al ser anónimo da para que las personas escriban sin filtrar nada.” “Podría decirse que hay venganzas entre personas, como es anónimo puede escribirse una gran cantidad de barbaridades.”
	Espacio de comunicación organizacional	“La gente sabe que al notificar no se lo lleva el viento.” “Todo se sabe.” “Se sienten considerados, va a llegar a alguna parte.” “Enterarme de eventos que bajo otras circunstancias no me enteraría.”
	Espacio de control organizacional	“Existe una cultura de riesgo, la gente está permanentemente preocupada de si pasa algo.” “Tenemos una responsabilidad ante la clínica, tenemos que estar vigilantes de las acciones de otros colegas.”
	Conflictos con el tiempo a dedicar	“Para qué voy a notificar si después tengo que hacer un causa raíz.” “Revisamos los incidentes diariamente, por lo tanto tenemos que estar al tanto de los eventos que se van registrando, y eso consume tiempo.” “La cantidad de casos es mayor que el tiempo para analizarlos.”
	Preocupación por el riesgo legal	“La institución está en peligro porque va dejando por escrito sus falencias.” “Van dejando por escrito lo que no funciona.”

Del cumplimiento de actividades operacionales del Programa

Cotejado el cumplimiento de las actividades comprometidas por el Programa, los principales problemas se encuentran en los ámbitos de retroalimentación, difusión, monitoreo y seguimiento de intervenciones. Por otro lado, las áreas de mayor cumplimiento son la consolidación del sistema de registro de incidentes, la información generada del mismo y el desarrollo de ACR frente a eventos centinelas (Tabla 4).

DISCUSIÓN

La creciente tasa de reporte de incidentes y eventos adversos, nos indica un paulatino aumento de la confianza en el sistema de vigilancia de incidentes y eventos adversos por parte del personal de la clínica. La gran cantidad de información recopilada, con amplias posibilidades de desagregación, permitiría en

la medida de contar con los recursos necesarios, la extracción de múltiples aprendizajes e identificación de problemas en los procesos de atención. Por otro lado, se observa un aporte relevante del Programa al clima de aprendizaje, siendo un supuesto de sentido común para una parte relevante de los entrevistados, la necesidad de la vigilancia, y que la misma se oriente hacia la mejora continua de la calidad, lo cual según las recomendaciones de organismos internacionales, es uno de los principales factores para mejorar la seguridad de los pacientes¹²⁻¹⁴. Durante el desarrollo del estudio se evidenció la generación de intervenciones específicas sobre problemas pesquisados a través del sistema de vigilancia, como la elaboración de protocolos y guías de atención. Por otro lado, la creación de espacios de análisis de casos, entre otras, son objetivaciones del impacto del Programa sobre los procesos asistenciales.

Se hizo evidente la existencia de un desequilibrio entre los esfuerzos por recopilar

Tabla 4. Mapeo del cumplimiento de actividades del Programa.

Actividad	Nivel de cumplimiento
Consolidar el sistema de notificación de incidentes.	+++
Monitorear sistemáticamente los eventos adversos.	
Codificar la información.	+
Analizar la información.	+++
Entregar informe trimestral a los servicio con todos los tipos de notificación.	+
Realizar ACR a eventos centinelas.	-
Reunión de difusión con los involucrados en los casos prevenibles.	+++
Promover y generar en los departamentos y servicios programas de intervención y/o mejoría continua.	+
Monitorear y hacer seguimiento a las intervenciones adoptadas.	¿?
Evaluar casos que generen alerta realizando recomendaciones y/o intervenciones a través del comité de vigilancia de eventos adversos.	-
Analizar el programa en su conjunto.	+++
Analizar el programa en su conjunto.	++

++++ Muy buen cumplimiento +++ Buen cumplimiento ++ Regular cumplimiento + Bajo cumplimiento - Sin cumplimiento ¿? No es posible emitir juicio por falta de información

información y el análisis competente de la misma, por parte de los equipos coordinadores y de servicios en cuanto a que se observa un déficit en el análisis sistémico de los factores involucrados, centrándose el análisis en la “responsabilidad” de carácter individual y, sustancialmente, menos en los factores organizacionales y del entorno. Esto es uno de los elementos centrales en la credibilidad y utilidad del ACR¹⁵⁻¹⁷, el cual, desarrollado competentemente, ha mostrando un impacto en la seguridad de los pacientes^{18,19}, por lo que mejorar este ámbito es un desafío para el fortalecimiento del Programa.

Se aprecia un esfuerzo sustantivo en la recopilación de información, pero no parece estar siendo suficientemente retroalimentada a los equipos de servicios clínicos y otros. Si bien se observa un esfuerzo por la gestión re-

lacional del Programa, no parece ser suficiente para generar sentido de pertenencia al mismo.

El cumplimiento de las actividades propuestas es deficitario en los ámbitos de retroalimentación, difusión y monitoreo, seguimiento y evaluación de intervenciones. De ello se desprende la necesidad de contemplar en la implementación de este tipo de programas, no sólo los recursos que permitan recopilar información, sino que también responder a las expectativas que generará en sus actores, en cuanto a retroalimentación, cantidad y capacidad de análisis de la información.

Un aprendizaje relevante de la implementación de este Programa en que un sistema de notificación voluntario y anónimo se ha transformado en un espacio de comunicación organizacional que, excediendo los objetivos del Programa, permite que aquello que ante-

riormente era resuelto en el nivel local o simplemente no se canalizaba como tal hacia los coordinadores y jefes de unidad o servicio, hoy puede llegar directamente al nivel estratégico y gerencial de la clínica. Esto debe ser tomado en cuenta tanto para el análisis y uso de la información, como para el aprovechamiento de las oportunidades y tensiones que genera. Estas tensiones se ponen en evidencia en la percepción de control y exigencia, que los equipos coordinadores expresaron durante las entrevistas y grupos focales, lo cual representa un desafío para la promoción de un ambiente de aprendizaje no punitivo.

Existe una creciente necesidad de fortalecer la investigación en esta área de la salud pública en general, pero muy en particular en Chile y Latinoamérica²¹, por lo cual, desarrollar estudios de prevalencia/incidencia de eventos adversos, nos permitirá en el futuro medir el impacto de este tipo de intervenciones y orientar de mejor manera el desarrollo de intervenciones aplicadas a la realidad de nuestros hospitales, fortaleciendo el discurso de la transparencia y del aprendizaje por sobre el del ocultamiento y la utilización interesada de los errores en la atención de salud.

AGRADECIMIENTOS: A la profesora Julia González, por su desinteresado apoyo metodológico y comentarios críticos a este estudio.

REFERENCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World alliance for patient safety forward programme. WHO October 2004, Genova Health System Policies and Operations (SPO).
2. BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD N et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324 (6):370-7.
3. LEAPE LL, BRENNAN TA, LAIRD N ET AL. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324 (6):377-84.
4. COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE

IN AMERICA, INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of care: patient safety. In: Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May 2002. Volume 1. Resolutions and decisions. Geneva. World Health Organization, 2002 .
6. SHOJANIA KG, DUNCAN BW, MCDONALD KM, ET AL. Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43. Agency for Healthcare Research and Quality. July 2001
7. KOHN L, CORRIGAN J, DONALDSON M. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academy Press; 2000.
8. YIN R. Case study research. Design and methods. SAGE publications. New Delhi 2003.
9. ØVRETVEIT J AND GUSTAFSON D. Evaluation of quality improvement programmes *Qual Saf Health Care* 2002;11:270-275.
10. FEDERAL AVIATION ADMINISTRATION. Office of System Safety, Safety Data," http://nadsac.faa.gov/safety_data.
11. STRAUSS A AND CORVIN J. Basic of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques, Sage Publications, Londres, 1990.
12. THE NATIONAL QUALITY FORUM. Safe practices for better healthcare, a consensus report. Washington: NQF; 2003.
13. THE NATIONAL QUALITY FORUM. Safe practices for better health care, 2006.Update. Washington: NQF; 2007
14. SATURNO PJ, DA SILVA ZA, DE OLIVEIRA SL, FONSECA YA, DE SOUZA AC Y GRUPO PROYECTO ISEP. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Med Clin Monogr*. 2008;131(Supl 3):18-25
15. REX JH, TURNBULL JE, ALLEN SJ, VANDE VOORDE K AND LUTHER K. Systematic root cause analysis of adverse drug events in a tertiary referral hospital. *Jt Comm J Qual Improv*. 2000;26:563-75.
16. THE JOINT COMMISSION. A framework for a root cause analysis and action plan in response to a sentinel event. Consultado 20/04/2002. Disponible en: www.jcho.org/accredited+organizations/ambulatory+care/ceninel+events/forms+and+tools/framework.htm
17. RUIZ P, GONZÁLEZ C, Y ALCALDE JE. Análi-

- sis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(2):71-8
18. CHEN KH, CHEN LR AND SU S. Applying root cause analysis to improve patient safety: decreasing falls in postpartum women. *Qual Saf Health Care* 2010;19:138e143. doi:10.1136/qshc.2008.028787 139
19. LONGO DR, HEWETT JE, GE B, ET AL. The long road to patient safety: a status report on patient safety systems. *JAMA* 2005;294:2858e65
20. JHA AK, PRASOPA N, LARIZGOITIA I AND BATES DW. On behalf of the research priority setting working group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care* 2010;19:42-47.

Recibido: 30 de mayo de 2011
Aprobado: 16 de noviembre de 2011

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl