

**Caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los
trabajadores de la salud de Empresas Sociales Del Estado de II nivel de
atención del departamento del Tolima 2014**

**Characterization of medication errors from the perspective of health workers
from level II State Health Institutions, Departamento del Tolima, Colombia,
2014**

**Yasmith De Los Ríos Bermúdez
Gina Bibian Rodríguez Dulcey**

Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Salud Pública

Asesores

**José Gilberto Orozco Díaz. MD, MS, PhD
Profesor Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia**

**Isabel Cristina Posada Zapata PSIC, MS
Profesora Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia – Universidad del Tolima
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2015**

**Caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los
trabajadores de la salud de Empresas Sociales Del Estado de II nivel de
atención del departamento del Tolima 2014**

**Characterization of medication errors from the perspective of health workers
from level II State Health Institutions, Departamento del Tolima, Colombia,
2014**

Investigadores

**Yasmith De Los Ríos Bermúdez
Gina Bibian Rodríguez Dulcey**

Asesores

**José Gilberto Orozco Díaz. MD, MS, PhD
Profesor Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia**

**Isabel Cristina Posada Zapata PSIC, MS
Profesora Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia – Universidad del Tolima
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2015**

Nota de aceptación

Firma de Evaluador

Firma de Evaluador

Medellín, mayo de 2015

Agradecimientos

A Dios por permitirnos avanzar en el cumplimiento de nuestras metas.

A nuestras familias por su paciencia y apoyo incondicional en nuestro proceso de formación.

A las instituciones y trabajadores de la salud que nos permitieron conocer aspectos de la seguridad del paciente más allá de las cifras.

A los expertos en seguridad del paciente quienes con su interés en el tema nos ratificaron la importancia de ser partícipes activos en los procesos de mejoramiento continuo de la calidad en salud.

A nuestros asesores por su orientación y enseñanzas y especialmente a la profesora Isabel Cristina “hija de Rosalba” por ser nuestra guía y motivarnos en superar cada uno de los obstáculos de este arduo camino.

Y por último, a la Universidad del Tolima y a la Facultad Nacional de Salud Pública, quienes nos acercaron e hicieron realidad el sueño de ser Salubristas.

Tabla de contenido

Resumen	9
Summary	11
1. Introducción	12
2. Planteamiento del problema	13
3. Justificación	15
4. Objetivos.....	16
4.1 Objetivo general:.....	16
4.2 Objetivos Específicos:.....	16
5. Marco conceptual.....	17
5.1 Aspectos generales de la seguridad del paciente.....	17
5.2 Errores de medicación	19
5.3 La seguridad del paciente y los errores de medicación como problemas de salud pública.....	22
5.4 Determinantes sociales de la salud	27
5.5 El interaccionismo simbólico	29
6. Metodología.....	32
6.1 Enfoque y método.....	32
6.2 Población, muestra y muestreo.....	34
6.2.1 Población	35
6.2.2 Participantes:	37
6.3 Métodos de recolección y técnicas de análisis	39
6.3.1 Fuentes de información:.....	40
6.3.2 Instrumentos de recolección:	40
6.3.3 Estudio exploratorio.	40
6.4 Proceso de análisis desarrollado	40
6.4.1 Elaboración de guiones de entrevistas.	41
6.4.2 Manejo de la información	41
6.4.3 Divulgación de resultados.....	42
6.4.4 Limitaciones	42
6.5 Consideraciones éticas.....	43
6.5.1 Consentimiento informado	43
6.5.2 Posibles riesgos y medidas para prevenirlos o mitigarlos.....	44
6.5.3 Beneficios	44
7. Resultados	45
7.1 Fase 1.....	45
7.2 Fase 2.....	46
7.3 Fase 3.....	47
7.3.1 Política de seguridad del paciente: estrategia de abordaje en los errores de medicación.....	48
7.3.2 Errores de medicación resultado de procesos institucionales influenciados por factores sociopolíticos culturales y económicos	57

7.3.3 Identificación del error de medicación: responsabilidad de actores del SGSSS	62
7.3.4 Conocimiento y práctica de los trabajadores de la salud asociado a los riesgos en el proceso de manejo de medicamentos.	70
7.3.5 Comportamientos de los trabajadores en el proceso de manejo de medicamentos: resultado de la formación y la ética profesional.	79
8. Discusión.....	89
9. Conclusiones.....	91
10. Recomendaciones.....	93
Referencias bibliográficas	95
Anexos.....	105

Lista de Figuras

Figura 1 Matriz Paradigmática categoría central.....	80
--	----

Lista de tablas

Tabla 1. Clasificación de resultados negativos asociados a la medicación.....	20
Tabla 2. Tipo de errores de medicación. Clasificación de la ASHP.....	21
Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión.....	35
Tabla 1. Ubicación de las ESE II nivel de atención del Dpto del Tolima.....	35
Tabla 2. Capacidad instalada de servicios de salud, red hospitalaria departamento del Tolima, 2013.....	36
Tabla 3. Capacidad instalada de servicios de salud, red pública departamento del Tolima, 2013.....	36
Tabla 7. Entrevistados primera fase	37
Tabla 8. Entrevistados segunda fase	38
Tabla 9. Entrevistados tercera fase	39

Lista de Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado fase 1 y 2	105
Anexo 2. Guión de entrevista N° 1	107
Anexo 3. Guión de entrevista N°2	109
Anexo 4. Consentimiento informado fase 3	111
Anexo 5. Guión de entrevista N°3	113

Resumen

Los errores de medicación son un grave problema de salud pública al ser de gran importancia en los sistemas de salud de todos los países, afectando aspectos humanos, asistenciales y económicos, y convirtiéndose en la principal causa de los eventos adversos prevenibles en los hospitales. Este tipo de eventos puede ocurrir en todos los ámbitos que intervienen en el proceso de manejo de medicamentos. Esta investigación abordó la caracterización de los errores de medicación, aproximándose a la comprensión de las conductas de los trabajadores de la salud, lo que se espera contribuya a su transformación, siendo el objetivo general de esta investigación “Caracterizar los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima”. En el marco conceptual de la investigación, se hace una reflexión acerca de lo que es seguridad del paciente y errores de medicación, su relación con la salud pública y determinantes sociales de salud, para luego presentar aspectos claves de la caracterización desde el interaccionismo simbólico. Esta investigación es cualitativa, con técnicas de teoría fundada, basada en el discurso y en las experiencias de sus protagonistas siendo la base metodológica de este enfoque la comunicación. El muestreo teórico se hizo para orientar la búsqueda de la información que permitiera la construcción de categorías que dieran cuenta de la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud que participaban en el proceso de manejo de medicamentos.

Como resultado de esta investigación se llegó a la identificación de cuatro categorías subsidiarias que aportan a la comprensión de la caracterización: *Política de seguridad del paciente: estrategia de abordaje en los errores de medicación, *Errores de medicación: resultados de procesos institucionales influenciados por factores sociopolíticos, culturales y económicos, * Identificación del error de medicación: responsabilidad de actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, * Conocimientos y prácticas de los trabajadores de la salud asociados a los riesgos en el proceso de manejo de medicamentos. Estas cuatro categorías convergen en una categoría central: Comportamientos de los trabajadores en el proceso de manejo de medicamentos: resultado de la formación y la ética profesional.

Palabras claves: Error de medicación, política de seguridad del paciente, conocimientos, prácticas y comportamientos.

Summary

Medication errors are a serious public health to be of great importance in the health systems of all countries, affecting human welfare and economic aspects, and becoming the leading cause of preventable adverse events in hospitals. Such events can occur in all areas involved in the process of managing medications. This research addresses the characterization of medication errors, approaching the understanding of the behavior of health workers, which, it is hoped, contribute to its transformation, with the overall objective of this research "Characterizing medication errors from the perspective of health workers Social Enterprise State II level of attention Tolima ".

In the framework of the investigation, a reflection on what patient safety and medication errors, its relationship to social public health and health determinants, and present key aspects of characterization from symbolic interactionism is made. This research is qualitative, grounded theory with techniques based on the speech and the experiences of its protagonists being the methodological basis of this approach communication. The theoretical sampling was done to guide the search for information leading to the construction of categories that realize the characterization of medication errors from the perspective of health workers involved in the process of managing medications.

As a result of this research it led to the identification of four subsidiaries categories that contribute to the understanding of characterization: * Policy patient safety strategy approach to medication errors, * Medication errors: results of institutional processes influenced by socio-political, cultural and economic factors, * Identification of medication error: actors responsible for the General System of Social Security in Health SGSSS * Knowledge and practices of health workers to the risks associated in the process of managing medications. These four categories converge in a central category: Behaviors of workers in the medication management process: a result of training and professional ethics.

Keywords: Medication errors, patient safety policy, knowledge, practices and behaviors.

1. Introducción

El presente trabajo surge del interés de las investigadoras de abordar el tema de seguridad del paciente, específicamente el de los errores de medicación que permita el acercamiento a la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de las instituciones objeto de estudio.

Las investigaciones publicadas acerca de los errores de medicación han explicado de forma amplia el abordaje cuantitativo de este tema ampliando el conocimiento acerca de la descripción del tipo de error, sus causas, consecuencias, entre otros. Los errores de medicación se han convertido en un tema de interés desde la salud pública por su impacto a nivel social, económico, político y cultural, que trasciende las barreras de las instituciones de salud y se ve notoriamente influenciado por políticas internacionales y por el enfoque predominante hegemónico que se ha utilizado para explicar su ocurrencia.

Esta investigación, propone abordar los errores de medicación desde un análisis cualitativo para caracterizar el contexto, las causas y las consecuencias desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, por medio de la recopilación de datos utilizando tres instrumentos desarrollados a lo largo del estudio, los cuales fueron aplicados a 20 trabajadores de la salud, incluyendo los expertos en seguridad del paciente

El poder llegar a caracterizar los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, puede contribuir en la construcción de estrategias para disminuir su ocurrencia y beneficiar de forma directa a los pacientes.

2. Planteamiento del problema

Los errores de medicación son un problema frecuente en los cuidados de salud en todos los países, hasta el punto de convertirse en un grave problema de salud pública que repercute en los aspectos humano, asistencial y económico y en la principal causa de eventos adversos (EA) en los hospitales. Ellos representan 19.4% del total de lesiones que producen discapacidad o muerte (1). Este tipo de eventos puede ocurrir en todos los niveles del proceso de medicación, desde la prescripción médica hasta la administración de los medicamentos por las enfermeras. Gran número de eventos adversos son causados por errores potencialmente evitables (2). Se han descrito que de los eventos adversos relacionados con la medicación, 40% están relacionados con la administración de medicamentos. Esto pone en evidencia la necesidad de evaluar globalmente la relación entre los beneficios y los riesgos que se pueden derivar del uso de los medicamentos (1).

Varios estudios han descrito la evolución de este fenómeno. Uno de los primeros estudios fue el "Harvard Medical Practice Study" de 1984, en el cual se estudiaron 30.000 episodios de hospitalización en instituciones de salud de Nueva York, en las cuales se encontraron eventos adversos relacionados con seguridad en 3,7% de las hospitalizaciones. El 69% de las lesiones fueron producidas por errores. El error más frecuente fue el de medicación, en 19% de los casos (3). El *Institute of Medicine* de los Estados Unidos inició en 1998 un proyecto denominado: "*Quality of Health Care in América*", con el objetivo de desarrollar una estrategia para mejorar de manera significativa la calidad de la atención sanitaria en los EEUU durante la siguiente década. Dentro de este amplio proyecto se inscribe un informe inicial: "*To Err is Human: building a Safer Health System*", que examina los errores médicos en los EEUU y hace una llamada a la acción para hacer los cuidados sanitarios más seguros para los pacientes (4).

Estudios más recientes como el ENEAS (Estudio Nacional sobre Efectos Adversos) realizado en España en el año 2005, detectó 1.063 pacientes con eventos adversos durante la hospitalización. La incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria fue de 9,3% (525/5.624); IC95%: (8,6% - 10,1%). La incidencia de eventos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital) fue de 8,4% (473/5.624); IC95%: (7,7% - 9,1%). El estudio arrojó que el 37,4% de los EA estaban relacionados con la medicación (5).

La carga económica de los EA es sorprendente. Una estimación sugiere que el costo de los errores evitables relacionados con la medicación en Estados Unidos está entre 17,000 y 29,000 millones de dólares anuales en todo el país. En Australia, el costo se ha estimado en más de 350 millones de dólares al año (2). El estudio "Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model" publicado en

1995 por Johnson JA y Bootman JL muestra cifras más alarmantes: cerca del 30 % de todas las hospitalizaciones están relacionadas con el uso de medicamentos (enfermedades no tratadas, inadecuada selección del medicamento, reacciones adversas, incumplimiento de los regímenes prescritos, interacciones, uso de fármacos sin una indicación apropiada y sobredosis). Se menciona que los EA están entre las cinco primeras causas de morbilidad en el mundo desarrollado. Se calcula que en los Estados Unidos el costo por esta causa en el medio ambulatorio es de US\$76.600 millones al año (6). Una actualización de este estudio en el año 2000, en el cual se estimaron los costos actualizados disponibles, arrojó un costo medio por error en el tratamiento de US\$977. En el caso de un problema nuevo, el costo medio fue de US\$1.105 y el costo de un caso combinado (fallo en tratamiento combinado con errores en un problema médico nuevo) en US\$1.488. En conjunto, el costo de morbilidad y mortalidad relacionada con los fármacos excedió la cantidad de US\$177.400 millones por año en Estados Unidos (7).

En el contexto colombiano, se cuenta con los resultados del estudio denominado “Prevalencia de Efectos Adversos en hospitales de Latinoamérica (2008)- IBEAS”, en el cual participaron hospitales de cinco países: México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia. Los resultados de este estudio mostraron que los eventos adversos detectados estaban relacionados con los **cuidados del paciente** en 17,7%, con el uso de la medicación en 8,6%, con la infección asociada al **cuidado del paciente** en 36,9%, con algún procedimiento en 2,1% y con el diagnóstico en 4,3% (3).

El tema de seguridad del paciente, específicamente en lo referente a los errores de medicación como problema de salud pública en los sistemas de salud viene desarrollándose con mayor fuerza desde hace aproximadamente 10 años. En él ha prevalecido el abordaje hegemónico de mirar el proceso salud enfermedad desde un enfoque biomédico y administrativo, cada vez son más los casos detectados, y su elevado impacto en la sociedad se hace más evidente.

En la investigación de estos eventos se dejan de lado aspectos como la identificación de la percepción de las personas del proceso salud enfermedad. En el campo de los determinantes sociales y su asociación con la ocurrencia de errores en la medicación, son pocos los abordajes cualitativos del problema, al igual que los abordajes desde el enfoque de la medicina social- salud colectiva. Dichos abordajes pueden hacer aportes significativos para hacer intervenciones eficaces desde la salud pública.

Esta investigación respondió a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima 2014?

3. Justificación

Los errores de medicación son una realidad en la atención de los pacientes hospitalizados, y se consideran un problema de gran importancia desde la salud pública. Este problema es reconocido esencialmente como un problema técnico y administrativo. De ahí que es necesario mirar más allá y estudiar la caracterización de dichos errores, comprendiendo cómo interpretan las personas, en nuestro estudio específicamente los trabajadores de la salud el problema. Dicha mirada permitirá aproximarse a la comprensión de los determinantes de las conductas en los individuos y la comunidad, lo cual posibilitará su transformación.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente hace especial hincapié en el fomento de la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. Hay numerosos problemas relacionados con la seguridad del paciente que merecen ser investigados. *Desde un enfoque cuantitativo* se han hecho numerosas investigaciones que han avanzado en la comprensión de las causas de los eventos adversos, en la medición del daño, y en las formas como se podrían reducir estos problemas y minimizar el daño sufrido por los pacientes. Es evidente la necesidad de determinar prioridades, en particular en los países con economías en transición. La mayor parte de las investigaciones sobre seguridad del paciente tienen como objetivo ayudar a los profesionales de la salud y a las instancias normativas a entender las causas complejas de la falta de seguridad de la atención y encontrar respuestas prácticas para prevenir posibles daños a los pacientes (8). *Desde un enfoque cualitativo*: se requiere abordar el problema desde paradigmas distintos al hegemónico, lo cual implica repensar las preguntas (el objeto de estudio), las formas de conocer, estudiar e investigar (epistemología) y las prácticas derivadas. Así, las investigaciones sobre la seguridad del paciente aportan información y ofrecen instrumentos que permiten adoptar medidas encaminadas a conseguir que la atención al paciente sea más segura.

El conocimiento de la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima 2014, contribuye en la comprensión de la ocurrencia de errores de medicación. Su estudio en los hospitales departamentales es un aporte más en la solución de uno de los problemas más serios que aquejan a las instituciones encargadas de proveer servicios de salud (1).

El presente estudio describe la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima 2014.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general:

Caracterizar los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima.

4.2 Objetivos Específicos:

1. Describir el contexto social en el que se caracteriza los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima.
2. Analizar el rol de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima en los errores de medicación.
3. Analizar los elementos históricos y dinámicos que afectan la caracterización del error de medicación de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima.
4. Analizar los comportamientos asociados a los errores de medicación de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima.

5. Marco conceptual

En el marco conceptual del proyecto de investigación, se hace una reflexión acerca de lo que es seguridad del paciente y errores de medicación, su relación con la salud pública y determinantes sociales de salud, para luego presentar aspectos claves del significado desde el interaccionismo simbólico.

5.1 Aspectos generales de la seguridad del paciente

La seguridad del paciente en la atención en salud, ha estado presente desde las primeras prácticas médicas, antiguamente, la sociedad se preocupaba por la probabilidad de que el personal de salud, pudiese producir salud o daño; en Babilonia, Mesopotamia, 1750 años A.C, con el reinado de Hammurabi, en el código de leyes se determinaron a lo largo de trece artículos, las responsabilidades en las que incurren los médicos en el ejercicio de su profesión, así como los castigos dispuestos en casos de mala praxis (9). A lo largo de la historia de la medicina y de la salud pública, se ha referenciado de una u otra forma la necesidad de proteger al paciente de daños derivados de la atención en salud. Galeno de Pérgamo, Aurelio Cornelio Celso, Maimónides, entre otros, resaltan en sus obras la prudencia que debe tener el médico en su actuar, más aún, cuando no se tiene pleno conocimiento del diagnóstico y la terapéutica que debe aplicarse de acuerdo a la condición clínica del paciente.

El interés por estos riesgos en la asistencia sanitaria con ser materia de plena actualidad, no resulta novedoso. Errores de medicación, infecciones asociadas al cuidado de la salud, complicaciones del curso clínico y errores de diagnóstico y terapéuticos forman parte de las preocupaciones diarias de los profesionales sanitarios. En 1955 Barr vio en ellos el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia, y Moser, en 1956, los llamó “las enfermedades del progreso de la medicina” (5).

El Institute of Medicine (IOM) en los Estados Unidos (EEUU) inició en 1998 un proyecto denominado: “*Quality of Health Care in América*”, con el objetivo de desarrollar una estrategia que diera lugar a una mejora significativa en la calidad de la sanidad en los EEUU a lo largo de la siguiente década. Dentro de este amplio proyecto se inscribe en una fase inicial el informe: “*To Err is Human: building a Safer Health System*”, que examina los errores médicos en los EEUU y es una llamada a la acción para hacer los cuidados sanitarios más seguros para los pacientes (4).

Posterior a la publicación de estudios relacionados con la seguridad del paciente, en el 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55ª Asamblea

Mundial de la Salud, aprueba una resolución sobre el tema en la que solicitaba a los Estados Miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención a la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”. Dos años después (2004) se crea la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” y con ello una serie de medidas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria (10).

Colombia no ha sido ajena a las políticas mundiales de la OMS, por esto, en el 2006 determina las primeras directrices relacionadas con la gestión de Eventos adversos a través de la expedición de la Resolución 1446, la cual incluye elementos mínimos de gestión y reporte de eventos, posterior a esto, el Ministerio de Protección Social en el año 2008, expide la Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Este interés del país en continuar avanzando en ampliar el conocimiento de estos eventos en Colombia, lo llevó a participar en el estudio de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica “Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica en el año 2008” (11).

Se entiende por seguridad del paciente al “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias” (12). Así mismo el evento adverso es entendido como el “resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles (Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado) y no prevenibles (Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial)”. Una proporción importante de la ocurrencia de los eventos adversos se asocian a fallas en la atención, entendida como una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Estas fallas son por definición no intencionales (12).

La seguridad del paciente se convierte en uno de los principales componentes de la calidad asistencial, teniendo en cuenta la complejidad creciente de los sistemas sanitarios y por ende de la práctica clínica que ha pasado de abordajes simples,

poco efectivos y relativamente seguros a un panorama actual donde la asistencia es muy complicada, en ocasiones más efectiva pero potencialmente más peligrosa (4).

5.2 Errores de medicación

Uno de los principales conceptos que se ha introducido, para abordar la prevención de errores, ha sido reconocer que los errores se producen fundamentalmente por la existencia de fallos latentes en el diseño, equipamiento y organización de los sistemas (system approach) y no por incompetencia o fallos de los individuos (person approach) (13).

Dentro de los eventos adversos que se pueden presentar, se encuentran los errores de medicación. Para poder abordar el tema es necesario mencionar algunas de las definiciones asociadas a error de medicación y manejo de medicamentos:

Sistema de utilización de medicamentos es el conjunto de procesos relacionados cuyo objetivo es la utilización de los medicamentos de forma segura, efectiva apropiada y eficiente (13).

Problemas relacionados con medicamentos (PRM): El término PMR fue definido por Strand y colaboradores en 1990 como “una experiencia indeseable del paciente que involucra a la terapia farmacológica y que interfiere real o potencialmente con los resultados deseados en el paciente” (14). Prácticamente los mismos autores, en 1998, y bajo la denominación de Problemas de la Farmacoterapia (Drug Therapy Problems), dan una definición ligeramente distinta: “Un Problema de la farmacoterapia es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que involucra o se sospecha que involucra un tratamiento farmacológico y que interfiere real o potencialmente con un resultado deseado del paciente” (15).

De acuerdo al tercer foro del consenso de Granada en España, en el año 2007, El concepto de PRM son, “aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar la aparición de un Resultado Negativo asociado a la Medicación RNM”. Al igual este foro definió los Resultados Negativos con la medicación como “Resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos”. La tabla N° 1 muestra la clasificación de resultados negativos asociados a la medicación, conforme a lo definido en el tercer consenso de Granada (14).

Tabla 4 Clasificación de resultados negativos asociados a la medicación (15)

NECESIDAD	Problema de salud no tratado El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.
	Efecto de medicamentos innecesario El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita
EFFECTIVIDAD	Inefectividad no cuantitativa El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.
	Inefectividad cuantitativa El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.
SEGURIDAD	Inseguridad no cuantitativa El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
	Inseguridad cuantitativa El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

En Colombia, el concepto de PRM incluye los problemas de utilización y los resultados negativos de los medicamentos. PRUM es análogo al concepto de PRM del Tercer Consenso de Granada del 2007, para diferenciar las causas de los resultados clínicos negativos. En la información revisada en los paquetes instruccionales de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social, se incluye en la definición de *Problemas relacionados con el uso de medicamentos* (PRUM) a las causas prevenibles de problemas relacionados con el uso de medicamentos. Estos problemas se pueden clasificar de la manera siguiente: relativos a la disponibilidad, relativos a la calidad, relativos a la prescripción, relativos a la dispensación, relativos a la administración y relativos al uso (1).

El *error de medicación* es definido por la National Coordination Council for Medication Error Reporting and Prevention 1998, como “cualquier acontecimiento evitable que pueda conducir a un uso inapropiado de los fármacos o a poner en peligro al paciente, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o del consumidor” (13). Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización” (13).

Los acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) son “un daño, grave o leve, causado por el uso terapéutico (incluyendo la falta de uso) de un

medicamento” (16) o “cualquier daño resultante del uso clínico de un medicamento” (17). Estas definiciones muestran que este término es más amplio que el de **reacción adversa a medicamentos (RAM)** y engloba tanto a las RAM como a los efectos adversos causados por los EM (13).

Así mismo el Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care (SP-SQS) Expert Group on Safe Medication Practices, realizó una claridad en relación a los Sucesos adversos relacionados con el uso de medicamentos definiéndolo como: “Cualquier lesión o efecto nocivo relacionado con el uso de medicamentos. Incluye: Reacciones adversas a medicamentos relacionadas con el uso habitual y apropiado de los mismos en la prevención y tratamiento de enfermedades y errores de medicación debidos a la utilización inadecuada, por omisión o comisión de un medicamento”(18).

La siguiente es una clasificación de los tipos de errores de medicación, según la American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) de 1993 (19).

Tabla 5 Tipo de errores de medicación. Clasificación de la ASHP (20).

TIPO DE ERROR:	DESCRIPCIÓN
Error de prescripción	Selección incorrecta del medicamento prescrito (según sus indicaciones, contraindicaciones, alergias conocidas, tratamiento farmacológico ya existente y otros factores), dosis, forma farmacéutica, cantidad, vía de administración, concentración, frecuencia de administración o instrucciones de uso; prescripciones ilegibles o prescripciones que induzcan a errores que puedan alcanzar al paciente.
Error por omisión	No administrar una dosis prescrita a un paciente antes de la siguiente dosis programada, si la hubiese.
Hora de administración Errónea	Administración de la medicación fuera del periodo de tiempo preestablecido en el horario programado de administración (el horario debe ser establecido por cada institución).
Medicamento no Prescrito	Administración al paciente de un medicamento no prescrito.
Error de dosificación	Administración al paciente de una dosis mayor o menor que la prescrita, o administración de dosis duplicadas al paciente, por ejemplo, una o más unidades de dosificación además de las prescritas
Forma farmacéutica errónea	Administración al paciente de un medicamento en una forma farmacéutica diferente a la prescrita.
Preparación errónea del medicamento	Medicamento incorrectamente formulado o manipulado antes de su administración.

Error en la técnica de administración	Procedimiento o técnica inapropiados en la administración de un medicamento
Medicamento Deteriorado	Administración de un medicamento caducado o del que la integridad física o química ha sido alterada.
Error de monitorización	No haber revisado el tratamiento prescrito para verificar su idoneidad y detectar posibles problemas, o no haber utilizado los datos clínicos o analíticos pertinentes para evaluar adecuadamente la respuesta del paciente a la terapia prescrita.
Incumplimiento del paciente	Cumplimiento inapropiado del paciente del tratamiento prescrito.
Otros	Otros errores de medicación no incluidos en las categorías anteriormente descritas.

5.3 La seguridad del paciente y los errores de medicación como problemas de salud pública

La OMS ha catalogado la seguridad del paciente como un problema grave de salud pública en todo el mundo, se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital, situación que puede ser mayor en los países “en desarrollo”. La OMS considera mayor la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño en los hospitales de estos países, lo anterior, debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos(8). Al igual, en los países desarrollados, la producción de la riqueza se acompaña por una producción de los riesgos, observando un «efecto bumerang» en cuya consecuencia se pierde la ilusión de seguridad, al estar igualmente expuestos a un riesgo cada vez más globalizado. Al mismo tiempo, se crean nuevas desigualdades internacionales en el reparto de riesgo entre Primer y Tercer Mundo, así como dentro de los países industrializados (21).

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16,000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximada de 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B - C y el VIH (8). Todos estos eventos traen importantes repercusiones no sólo desde un punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque generan la desconfianza de los pacientes en el sistema, en los profesionales y en las instituciones de salud; llevando al discurso técnico científico y “basado en

evidencias” como un mecanismo para reforzar dicha confianza buscando que las personas exijan más de lo mismo, sin analizar si realmente se requiere.

Por otra parte, desde lo político, el establecimiento de una cultura de seguridad del paciente se ha convertido en un elemento clave de las políticas sanitarias en los países desarrollados, la seguridad del paciente ha pasado a formar parte de la agenda política internacional y nacional, por lo que se hace necesario incrementar el compromiso político de los estados para que la seguridad de los pacientes sea prioritaria entre los objetivos nacionales de salud pública, para que se desarrollen y apliquen estrategias, programas y procesos efectivos y completos sobre seguridad de los pacientes. Es necesario que desde los ambientes micropolíticos regionales y locales relacionados con la seguridad del paciente, se incluya como una prioridad el desarrollo e implementación de las políticas públicas que apunten a mejorar las condiciones de prestación de servicios, fomenten el autocuidado en las personas y ofrezcan una atención más segura.

Otro de los aspectos que es fundamental mencionar y que aún no ha merecido toda la atención que ciertamente requiere, es la dimensión ética, surgen preguntas acerca de las obligaciones morales en relación a la seguridad del paciente en cada uno de los actores implicados. Ha sido el Hastings Center, una de las instituciones que ha entrado de lleno en esta cuestión. Su informe de 2003, «Promoting Patient Safety: An ethical basis for Policy Deliberation», hace una lectura ética del famoso «To err is human» y constituye un punto de referencia indiscutible en la reflexión ética sobre esta materia(22). Éste informe realizó desde dos tipos de argumentaciones una aproximación a la ética en seguridad del paciente: las argumentaciones predominantemente teleológicas y las argumentaciones predominantemente deontológicas, añadiendo a ellas una tercera, la que trata de articularlas desde la óptica deliberativa de una ética de la responsabilidad. Desde las argumentaciones teleológicas el juicio moral acerca de lo que debe hacerse nace fundamentalmente del análisis de las consecuencias de los diversos cursos de acción. Maximizar las consecuencias beneficiosas es uno de los objetivos prioritarios, así como la equidad, el empoderamiento y la concepción de salud. En esta línea, un argumento posible para justificar éticamente la preocupación por la seguridad de los pacientes tiene que ver con la dimensión económica del problema, la rentabilidad económica es una cuestión ética importante, sobre todo si se habla de dinero público (22).

Desde las argumentaciones predominantemente deontológicas, los estudios de seguridad del paciente se enmarcan en los códigos deontológicos de los profesionales de salud, la no maleficencia es un principio ético universal, algunos malos resultados del proceso clínico pueden motivarse por errores en la forma en que los profesionales de la salud manejan la incertidumbre en la toma de decisiones, bien por inadecuadas estrategias de razonamiento, de comportamiento o de concepción de salud, como es el caso de la concepción biomédica predominante que ve a las personas como máquinas biológicas;

pretendiendo ocultar y negar su esencia social. La argumentación deontológica, el juicio moral debe ser guiado prioritariamente por valores, principios o normas éticas de los trabajadores de la salud y de los pacientes. El deber de respetar estos valores o principios es el que marca el sentido de la acción. Dentro de estos principios éticos se encuentran la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, influenciados por el conocimiento de los riesgos, los beneficios de las intervenciones y las nociones de justicia y autonomía de los profesionales de la salud.

Por último, a partir de un enfoque ético, la necesaria adquisición y mantenimiento del razonamiento clínico dentro de una cultura de seguridad del paciente puede estar argumentada por la denominada ética de la responsabilidad (22). La convicción que se abre paso hoy en día en la ética moderna es que ni los discursos teleológicos por sí solos, ni los posicionamientos puramente deontológicos son suficientes para explicar los juicios morales. La argumentación teleológica en torno a los aspectos económicos, jurídicos o de políticas públicas de seguridad del paciente sólo tiene cabida como expresión de la aplicación ponderada de los principios morales anteriormente mencionados, cuyo análisis previo es siempre obligado(22). El principio deontológico de responsabilidad, dentro de este enfoque ético deliberativo promueve el cumplimiento de los deberes particulares de los profesionales, tanto retrospectivos como prospectivos y el desarrollo de una ética de las organizaciones que apoye y refuerce dicha responsabilidad, dependiendo de cuáles son los objetivos que se desean alcanzar y a su vez de la concepción de salud, vida y mundo que se tenga (22).

En este contexto de aspectos políticos, éticos y de gestión de riesgos, la cultura de la seguridad del paciente es entendida como las prácticas sociales que realizan tanto quienes prestan directamente los servicios asistenciales de salud, como quienes pretenden realizar la gestión de esa cultura dentro de la institución (23), al igual que actores externos dentro del sistema de salud que promueven la cultura de seguridad; desarrollándose así la seguridad del paciente en un marco de interacción de diferentes procesos sociales, culturales y biológicos a nivel individual y colectivo, ocurridos dentro del campo social de servicios de salud adoptando la definición de campo de Bourdieu citada en el estudio de Perdomo y Martínez (2009), entendida como “una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones diferenciadas, socialmente definidas y en gran medida, independientes de la existencia física de los agentes que las ocupan.”

En el campo se expresan esas relaciones de poder entre posiciones de tipo dominante/ dominado y/o autónomo/dependiente, donde los primeros cuentan con un mayor volumen, una más sólida estructura y más legitimidad que los segundos. El campo social es un campo de lucha entre agentes que buscan ubicarse en una posición social determinada a partir de la acumulación de cierto tipo de capitales.

Es por esto que la gestión de la cultura de la seguridad del paciente debe considerar y tener abordajes diferenciales acordes con las lógicas del capital cultural incorporado, de la concepción de salud, de la inmediatez o la mediación del saber y de sus formas de reproducción. Así mismo, la legitimidad del poder del agente dominante que lidera las actividades y estrategias a implementar depende de la legitimidad de la autoridad que posea, y, por lo tanto, del conocimiento y reconocimiento de esta por parte de los demás agentes del campo social, siendo en la actualidad la base de esta legitimidad, la concepción biomédica y el discurso de la ciencia positivista.

Siguiendo el mismo argumento se puede señalar que el problema de la cultura de seguridad no es esencialmente la confidencialidad, confianza o no punición como a veces se sugiere, sino la reproducción de inequidades, relaciones de poder asimétricas y excluyentes en aspectos culturales, simbólicos, económicos y sociales que las restringen o facilitan(23).

Desde la perspectiva poblacional de la salud pública, la seguridad del paciente y específicamente los errores de medicación, se enmarcan en la aplicación como campo de conocimiento que implica saberes y como ámbito para la acción unido a prácticas y hechos públicos. Ciertamente, los programas y estudios de seguridad del paciente han adoptado predominantemente el enfoque hegemónico de la salud pública, enmarcado en el modelo de multicausalidad del proceso salud – enfermedad, sin embargo, el enfoque de la salud colectiva o medicina social de salud pública y el modelo de determinación social de la salud que explica el proceso de salud enfermedad, puede proporcionar una manera distinta de ver, entender y abordar el problema que impacte más allá de la identificación de factores asociados a la ocurrencia de eventos adversos y analice los determinantes sociales en salud que llevan a que se desencadene un evento adverso, para poder así, avanzar en la adopción de medidas efectivas que disminuyan su prevalencia.

Desde el modelo de explicación del proceso de salud enfermedad y los planteamientos históricos estudiados, la seguridad del paciente en la actualidad se enmarca en el modelo canadiense de Lalonde (1975). El de la salud como campo multicausal, incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la política sanitaria de este país, implica que la salud y la enfermedad están asociadas a una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes componentes: *biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud* (18); factores que son igualmente importantes y que inciden de forma diferente en el logro del estado de salud y que necesariamente deben de estar en equilibrio.

El componente de *biología humana* incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como

consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo (18).

El *medio ambiente* incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo (18).

En cuanto al concepto de *campo de la salud*, el componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo (18).

La cuarta categoría del concepto, *la organización de la atención de salud*, consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud; incluidos los medicamentos (18).

Los componentes de este modelo, pueden influir en la aparición de los eventos adversos, específicamente en los errores de medicación, tomando desde el enfoque clásico de salud-enfermedad, siendo estos sucesos de origen multicausal.

Uno de los retos de la salud pública en el estudio de la seguridad del paciente, es lograr la adopción de un modelo del proceso de salud enfermedad, más social, humano y ético, que permita dimensionar la seguridad del paciente más allá del modelo biomédico hegemónico.

La noción de “salud pública” es hasta hoy polisémica y comprende por lo menos tres grupos de significados: un saber, una práctica y un hecho público, enmarcado en el enfoque de salud. Los errores de medicación desde *el saber*, se convierten en una oportunidad de conocimiento de los problemas del manejo inadecuado de medicamentos en la población, superando el modelo actual de seguridad del paciente, que explica el origen (errores en información y ejecución) y los efectos de los eventos adversos (biomédicos y parcialmente económicos); desde *la práctica*, al identificar los principales determinantes sociales de estos eventos adversos, los actores (profesionales de la salud, instituciones de salud, paciente, familia, entidades aseguradoras, ambiente, estado) pueden definir estrategias de control y prevención, para disminuir la ocurrencia; desde *un hecho público*, las intervenciones que se realicen en este campo, impactaran en el estado de salud de la población más allá de la concepción biológica, indagando su relación con la equidad, empoderamiento y concepción de salud.

En conclusión, el tema de los eventos adversos derivados de la atención en salud, ha sido de gran importancia en la última década, debido al aumento en la ocurrencia, al avance del conocimiento que los identifica, al impacto sobre indicadores de salud y finalmente a la disputa de capitales que contribuyen a la reproducción del estado de cosas. La preocupación por la seguridad de los pacientes no es un tema nuevo, este, ha estado presente en la historia de la salud pública, se hace evidente que la seguridad del paciente vista desde el modelo positivista, ha investigado los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de eventos adversos, sin embargo es importante preguntarse si ¿Es posible definir y entender la seguridad del paciente y los eventos adversos desde una perspectiva distinta? ¿Qué hay detrás de la no adopción de prácticas seguras en los profesionales de la salud? ¿Por qué los pacientes informados acerca de su enfermedad se involucran parcialmente en el cuidado y recuperación de la salud? ¿Por qué los diferentes actores no asumen o implementan las políticas para fomentar una atención segura?, ¿Son estas políticas las adecuadas? y ¿Con qué fin fueron formuladas?

5.4 Determinantes sociales de la salud

Es fundamental considerar que un gasto importante en salud es el registrado en farmacia. En España, el gasto en farmacia extrahospitalaria presentó una tasa de crecimiento anual promedio, para el período 1999-2003, del 9,72% para el conjunto del sistema de salud y representó, en 2003, el 23,38% del gasto sanitario público total. En la actualidad el discurso de legitimidad y dominio “científico – técnico” es conseguir un sistema de cuidados de salud en un marco de una economía “saludable” y también “eficiente”, reproduciendo inequidad, obteniendo rendimientos, ganancias y plusvalía en la atención sanitaria. Surgen así, diferentes criterios para la elección del tratamiento farmacológico; como el que propone que en la práctica médica, la efectividad terapéutica de un fármaco debería ser el primer criterio a aplicar en la toma de decisiones; el precio debería ser el segundo (24). Otros autores proponen la siguiente jerarquía de criterios: eficacia, seguridad, conveniencia y costo (20).

Según la OMS, las causas más frecuentes de ocurrencia de errores de medicación en los países más pobres, son los casos notificados de medicamentos falsificados y de mala calidad representados en un 77% (24); sumado a esta situación debe considerarse la crisis del modelo de salud, con la participación de actores que tienen interés absoluto en el enriquecimiento por la captación de los recursos del sistema de salud sin la intención del uso eficiente y equitativo de los mismos en la atención de la población.

La determinación social se planteó en Latinoamérica, como categoría de análisis indispensable para trabajar la realidad en sus diversas dimensiones, una

respuesta del pensamiento crítico al reduccionismo del pensamiento empírico analítico que ha mirado la salud únicamente desde el plano de los factores aislados de una realidad cuyos procesos estructurales no se explican o se ocultan. Por ello, se propuso determinación social para devolver al fenómeno salud su carácter complejo y multidimensional, abarcando los procesos estructurales que lo conforman y explican, la base histórica de cómo pensamos a la salud y de los fundamentos de cómo construimos las prácticas (25). Uno de los cuellos de botella para pensar y actuar con un enfoque de determinantes sociales de salud lo constituyen aquellas concepciones y representaciones culturales supremamente arraigadas en la sociedad, en las personas y grupos sociales, que se oponen al desarrollo de nuevos valores o a la concreción de nuevas prácticas y concepciones (25).

En el informe de la OMS (2004), desde el punto de vista epistemológico, se concluye que existe una propuesta de relaciones jerárquicas entre unos “determinantes estructurales”, ligados al concepto de “posición social” de las personas, de los cuales se derivan unos “determinantes intermedios” que generan exposiciones y vulnerabilidades diferenciales, daños y respuestas diferenciales, y resultados en salud desiguales en la población (26). Trabajar con enfoque de determinantes sociales de la salud, contribuye a alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, así como lo menciona la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (26). Como bien lo expresaba Whitehead de tiempo atrás, implica el esfuerzo de separar con todo rigor, las desigualdades que son de origen biológico o “natural” y las que son producto de “opciones individuales” –y por tanto, derivadas de la libre autodeterminación- de aquellas que se derivan de la “posición social”, pues, sólo estas últimas serían injustas (Whitehead, 1992) (26).

Desde la postura de la medicina social y salud colectiva latinoamericana, como es el enfoque dialéctico no existe primacía ontológica ni del individuo ni de la sociedad” (Breilh, 2003: 130-1). De allí que se haga énfasis en la identificación de los movimientos de generación y reproducción, de deterioro y protección, de desgaste y recuperación, “modo de vida”, en complejidades que van desde la dinámica general, a la particular y singular del proceso salud-enfermedad humano. Desde esta perspectiva, el ambiente no es una realidad natural externa al sujeto, sino una construcción humana en permanentes relaciones de transformación. Más que “ex-posición” a riesgos externos, los sujetos sufren procesos de “im-posición” de condiciones de vida, para este caso los errores de medicación que ocurren en las instituciones de salud (Breilh, 2003), que no surgen de una manera natural sino de una determinación social de estos hechos. De allí resultan dos exigencias para el análisis de las inequidades en salud: primero, la identificación de los procesos de producción y reproducción de inequidades en las relaciones concretas de producción, en los ámbitos local, regional y global; y segundo, la necesidad de la participación de los sujetos en la transformación del ejercicio del poder, esto es,

procesos de emancipación; que en seguridad del paciente pueden ser efectivos para la prevención o detección oportuna de los errores de medicación(26); retos para la medicina social en este campo.

El problema de eventos adversos, ha sido investigado desde el modelo positivista, aportando a la descripción de frecuencias, tipificación y “causalidad” en la ocurrencia de eventos adversos, sin embargo el problema continua, por lo que se hace necesario, estudiar desde otros paradigmas de investigación la problemática de seguridad del paciente, que permitan indagar y encontrar las causas primarias (es decir la determinación social) de la ocurrencia de estos eventos, construir explicaciones y comprensiones del fenómeno, distintas a la hegemónica que involucren tanto a los profesionales de la salud, los pacientes y los servicios de salud, vistos no solo desde el aspecto biológico, sino analizarlos desde el contexto social, político, ético en el que se desarrollan e interactúan los procesos de salud – enfermedad.

5.5 El interaccionismo simbólico

El Interaccionismo Simbólico es un enfoque definido del estudio de la vida de los grupos humanos y del comportamiento del hombre.(27) Este enfoque tiene sus raíces en el trabajo inicial de Goerge Herbert Mead, Charles H. Cooley y Herbert Blumer, entre otros (28)

La naturaleza del Interaccionismo simbólico se basa en tres premisas: 1) Los actos del ser humano están orientados en función del significado de las cosas para él. 2) el significado de las cosas se deriva como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con el prójimo. 3) Los significados son dinámicos, es decir cambian mediante un proceso interpretativo desarrollado por las personas al enfrentarse con las cosas que va hallando a su paso. (27)

La idea central de esta corriente son las acciones de las personas y su significado, las cuales no pueden ser interpretadas bajo el esquema estímulo – respuesta, si no que el actor construye el significado por fuerzas externas y actúa bajo este. Para Blumer el Interaccionismo Simbólico se refiere “al carácter peculiar y distintivo de la interacción entre personas. La peculiaridad consiste en el hecho de que las personas interpretan o definen las acciones de los otros en lugar de reaccionar ante ellas. Su “respuesta” no obedece directamente a las acciones de los otros, sino que se basa en el significado que le suponen a esas acciones. Así, la interacción humana está mediatizada por el uso de símbolos, por la interpretación o la adivinación del significado de las acciones“.(27)

Uno de los aportes de Cooley a esta corriente es su argumento que la acción humana es un producto de la mente, sujeta a influencias que proceden de la

experiencia personal y de la socialización. Para el autor, la concepción que tiene un actor de sí mismo procede de la imagen que cree que los otros tienen sobre él. Derivando así la noción del self-specular, refiriéndose a que el yo se moldea a través de la interacción social diaria, llamada por Cooley "Grupos de Referencia": familia, grupo de juego, pares. Son grupos en los que el sujeto tiene una interacción cercana y son los que moldean la personalidad social del individuo (28).

Otro de los autores que ha contribuido al Interaccionismo Simbólico es George Herbert Mead. Para quien el ser humano es un organismo con un yo de naturaleza reflexiva, que puede actuar hacia y sobre sí mismo, percibiendo el entorno y ajustándose a él, modificándolo con sus acciones. El actor interpreta el estímulo antes de actuar, resultado de la interacción con el entorno, lo que implica que se desenvuelva en el mundo en lugar de responder a él de manera automática. En conclusión, la acción no es el resultado de una estructura psicológica previa sino que emerge de la interacción e interpretación del mundo externo construida por el actor. Esta construcción no es perfecta lo cual puede conducir a equivocaciones, que solo se originan en su percepción. (28)

El Interaccionismo Simbólico ubica a la organización social en el marco donde las acciones de los individuos tienen lugar, pero no como el determinante de tales acciones. Los individuos actúan sobre objetos, y no sobre la cultura o los papeles sociales. De esta forma, las transformaciones de la sociedad se derivan de las propias acciones de las personas, mas no de fuerzas externas al individuo. (28)

Para el Interaccionismo Simbólico el punto de partida es la existencia de un mundo empírico que se puede analizar, observar y estudiar, influyendo en la metodología de la investigación. Se trata de una realidad empírica que cambia continuamente. Así es posible conocer el mundo que está ahí afuera creando imágenes sobre la realidad empírica que se estudia y corroborando la veracidad de estas imágenes al contrastarlas con la realidad. Es así que los métodos a utilizar tienen que derivarse de la realidad que se observa. (28)

Blúmer considera que la investigación acerca de la realidad social supone la "posesión y uso de una imagen o esquema previo del mundo empírico sometido a estudio". Es inevitable que el investigador lleve consigo creencias, imágenes, estereotipos, teorías sobre la realidad que va a intervenir en el proceso de investigación aunque aún no esté familiarizado con el área a analizar. Es esta "prenoción" la que lleva al investigador a la selección del tema a estudiar, definición del problema, métodos para obtención de los datos y su relación. (28)

Blumer propone que el investigador conozca la realidad del problema a analizar. Para ello sugiere un método de dos fases: La primera es la exploración, ya que sólo acercándose al objeto de estudio y examinándolo se puede familiarizar con él y construir el problema de estudio, orientando la investigación y seleccionando los

datos. La segunda fase es el análisis a partir de la exploración. El investigador construye una serie de conceptos relevantes para la realidad que estudia, siendo el referente de esos conceptos desde los fenómenos que se han observado, ya sean procesos, relaciones, redes de relaciones, estados, situaciones, sucesos, entre otros. Así los conceptos se construyen contrastándolos continuamente con la realidad. Al establecer conexiones, se llega al objetivo final reflejando el fenómeno estudiado en el mundo real. (28)

La propuesta metodológica del Interaccionismo Simbólico consiste en hacer emerger la realidad en lugar de imponer sobre ella conceptos establecidos previamente. En la medida en que se entiende que las acciones de las personas responden al significado que le dan a las acciones de otros significados, el análisis del estudio reflejará los significados utilizados es decir la reconstrucción por medio de las categorías de análisis que los actores utilizan para interpretar la realidad inmediata. (28)

6. Metodología

6.1 Enfoque y método

Los métodos cualitativos son los de elección cuando los problemas a investigar intentan caracterizar la naturaleza de la experiencia de las personas. (29) Una de las premisas básicas de la lógica cualitativa es que como las personas interpretan las cosas, los acontecimientos y las interacciones en formas diferentes, llegan a distintas interpretaciones, respuestas o acciones; la variabilidad de características asignadas por una persona se pueden atribuir a diferencias en el contexto social con profunda influencia sobre el pensamiento y el comportamiento humano, cuya dinámica se explora con métodos cualitativos. La indagación cualitativa tiene la pretensión de generar conocimientos acerca de acontecimientos y procesos sociales al determinar lo que significa para las personas explorar y documentar cómo interactúan las personas entre sí y como interpretan el mundo que los rodea e interactúan con él (30).

Esta investigación tiene un enfoque histórico hermenéutico, el cual se caracteriza por describir los valores y determinantes de la vida en general, a través del lenguaje que conducen a procesos interpretativos de la realidad social y humana (31). Teniendo en cuenta que el objetivo fundamental de esta investigación es la comprensión de un fenómeno como son los errores de medicación, el enfoque histórico hermenéutico es el más apropiado puesto que busca profundizar en el conocimiento subjetivo, basado en el discurso y en las experiencias de sus protagonistas. La base metodológica de este enfoque es la comunicación y de allí su importancia para el abordaje de la caracterización de errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima.

Como referente teórico la investigación acoge el interaccionismo simbólico, que tiene sus raíces en el trabajo de George Herbert Mead, Charles H. Cooley y Herbert Blumer, entre otros; se centra en las acciones de las personas y en las características que les dan. Este enfoque parte de la premisa de que la sociedad es un flujo constante de interacciones que no pueden ser interpretadas bajo el esquema estímulo – respuesta. Al contrario, el actor construye las características de los estímulos externos y actúa con base en ellas. Según Blumer, el Interaccionismo Simbólico se refiere “al carácter peculiar y distintivo de la interacción entre personas”. La peculiaridad consiste en el hecho de que las personas interpretan o definen las acciones de los otros en lugar de reaccionar ante ellas, su “respuesta” no obedece directamente a las acciones de los otros, sino que se basa en el significado que le otorgan a esas acciones. Así, la

interacción humana está mediatizada por el uso de símbolos, por la interpretación o la adivinación de caracterización de las acciones (32).

Se utilizaron algunas de las herramientas metodológicas de la teoría fundada, propuesta por Strauss y Corbin, en donde se busca caracterizar desde la perspectiva de los sujetos, el fenómeno de estudio, donde median las interacciones que estos establecen con la realidad. En este abordaje metodológico la información reportada por los sujetos participantes y recogida de forma sistemática, cobra un valor fundamental ya que es a partir de ésta que se describe un fenómeno central y se hace una aproximación de la caracterización con base en la matriz paradigmática. (33)

El interaccionismo simbólico como base de la teoría fundada propone tres premisas fundamentales: la primera, los seres humanos se dirigen por un lado hacia los objetos físicos y, por otro, a su ambiente, sobre la base de la caracterización que esos objetos tienen para ellos, en la segunda, esta caracterización se deriva de la interacción social entre los individuos; esta interacción es simbólica porque la comunicación que se produce es a través del lenguaje y otros símbolos mediante los que se crean. Finalmente, mediante un proceso interpretativo la caracterización es establecida y modificada por el actor social, quien selecciona, reagrupa, transforma y usa las características como guía y formación para la acción a la luz de una situación en la cual es colocado el individuo, en quien se reconoce su capacidad como agente activo que encuentra características y explicaciones y, resuelve problema. (34) Es por esto que este planteamiento se hace pertinente como fundamento conceptual y metodológico para encontrar respuestas a la pregunta de investigación de este proyecto.

De esta manera, la teoría fundamentada surge como un método apropiado para estudiar la acción social con base en el interaccionismo simbólico que tiene gran respeto por el mundo empírico y requiere que el investigador entre activamente en el mundo de las personas que estudia, para conocer cómo las situaciones son vistas por los actores sociales, observando los elementos que toman en cuenta y sus propias formas de interpretación que permita un avance en el conocimiento, a partir del significado subjetivo de los sujetos del estudio (34). La categorización interpretativa será el punto de llegada de este proyecto de investigación.

En este método, la recolección de los datos y el análisis que surgió de ellos guardan estrecha relación entre sí y se acercan más a la realidad,(33) por consiguiente, las fases desarrolladas utilizan conceptos, agrupando en categorías conceptuales relacionadas entre sí en una interpretación más integral del fenómeno de estudio, apoyado por los elementos básicos de la teoría fundamentada como el muestreo teórico, los datos y las comparaciones constantes entre grupos.

6.2 Población, muestra y muestreo

En esta investigación de corte cualitativo, la selección de los participantes de la población estudiada no utilizó tipos de muestreo representativos estadísticamente, pues en esta visión se priorizó sobre la cualidad de la información y no sobre el dato cuantitativo. La técnica de muestreo que se utilizó en la investigación fue el muestreo teórico, propio de la Teoría Fundada. Por muestreo teórico se entiende la recolección de datos guiada por los conceptos derivados del análisis desarrollado tres fases que permitieron depurar las categorías descriptivas. (33)

Decir que se hace un Muestreo Teórico significa que el muestreo, más que predeterminado antes de comenzar la investigación, evoluciona durante el proceso. Este muestreo se basó en conceptos que emergen del análisis y que parecen ser pertinentes para la teoría que se está construyendo, son conceptos que se encuentran repetidamente presentes o notablemente ausentes, y actúan como condiciones que le dan variación a una categoría principal.(35)

El muestreo teórico es importante cuando se exploran áreas nuevas o poco conocidas porque le permite al investigador escoger las perspectivas de muestreo que pueden producir el mayor rendimiento teórico. Es importante considerar que se hace un Muestreo Teórico de incidentes, acontecimientos o sucesos y no de personas. Los incidentes y acontecimientos representan situaciones (que llevan a problemas, asuntos o fenómenos) en las cuales se encuentra que una serie de personas, organizaciones, comunidades o naciones son de alguna manera problemáticas o rutinarias y a las cuales se da respuesta por medio de alguna acción/interacción.(28)

El muestreo teórico se hizo guiando la selección de los participantes de acuerdo a la IPS, la profesión y su rol en el proceso de manejo de medicamentos, todo esto respondiendo a las necesidades de información que se observaron en las categorías.

Se desarrollaron tres fases en las que se depuraron las categorías descriptivas; una primera fase utilizando el guión de entrevista en 8 participantes, una segunda fase en la que se aplicó un guión de entrevista modificado de acuerdo a los resultados del primer grupo de entrevistas, con 7 participantes y una tercera fase aplicando un nuevo instrumento de guión de entrevista con 5 participantes.

Tabla 6 Criterios de inclusión y exclusión

	INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
TECNICO Y PROFESIONAL DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculado a la institución - Antigüedad en el cargo mayor de 2 meses. - Aceptación en participar en el trabajo de investigación. - Que participe de forma directa en procesos relacionados con medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal en entrenamiento.
EXPERTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Profesional de la salud con experiencia de más de cinco años en implementación de programas de seguridad del paciente en instituciones de salud en Colombia. - Aceptación en participar en el trabajo de investigación. 	

6.2.1 Población

Descripción de las Empresas Sociales del Estado del departamento del Tolima:

La red pública de prestación de servicios del departamento del Tolima, está conformada por 50 ESE, de las cuales 42 son de primer nivel, 7 de II nivel y 1 de tercer nivel.

El total de camas hospitalarias de la red de servicios de salud en el departamento es de 2044, el 67% pertenece a la red pública; en las tablas 4 y 5, se presenta la capacidad instalada de servicios de salud del departamento del Tolima y de las ESE sujeto de estudio.

Tabla 4 Ubicación de las ESE II nivel de atención del departamento del Tolima

MUNICIPIO	INSTITUCION PUBLICA
CHAPARRAL	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA ESE
ESPINAL	HOSPITAL SAN RAFAEL - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HONDA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
LERIDA	ESE HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL

LERIDA	HOSPITAL REINA SOFIA DE ESPAÑA DE LERIDA TOLIMA
LIBANO	HOSPITAL REGIONAL DEL LIBANO ESE
PURIFICACION	NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Tabla 5 Capacidad instalada de servicios de salud, red hospitalaria departamento del Tolima 2013

CONCEPTO	CANTIDAD
CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	2.044
CAMAS DE OBSERVACIÓN	375
CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	689
CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	133
SALAS DE QUIRÓFANOS	32
SALAS DE PARTOS	90
NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	186

Fuente: Ministerio De Salud reporte sihos <http://201.234.78.38/SIHO/>

Tabla 6 Capacidad instalada de servicios de salud, red pública del departamento del Tolima 2013

NIVEL	CONCEPTO	CANTIDAD	PROMEDIO POR HOSPITAL
II	CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN	395	56,43
	CAMAS DE OBSERVACIÓN	108	15,43
	CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	84	12,00
	CONSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	21	3,00
	SALAS DE QUIRÓFANOS	12	1,71
	MESAS DE PARTOS	10	1,43
	NÚMERO DE UNIDADES DE ODONTOLOGÍA	22	3,14

Fuente: Ministerio De Salud reporte sihos <http://201.234.78.38/SIHO/>

Según el reporte de la circular única de la superintendencia de salud, para el 2013 las ESE de II nivel reportaron un total de 665 eventos adversos, de los cuales el 97% fueron gestionados.

Según la organización de las ESE, el segundo nivel de atención cuenta con cuatro especialidades básicas: Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General y

Medicina Interna. Para el caso del Tolima, de las 7 ESE de segundo nivel de atención, 6 cuentan con las especialidades básicas y 1 es especializada en salud mental. La población objeto de estudio contempló: los trabajadores técnicos y profesionales de la salud, que laboran en el departamento del Tolima, en las Empresas Sociales del Estado de II nivel de complejidad y que participan en el proceso de uso de medicamentos.

Estas instituciones se eligieron, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Hospitales públicos con más de 25 camas.
- Empresa Social del Estado (ESE)
- Complejidad asistencial media.

6.2.2 Participantes:

Para esta investigación participaron en total 20 trabajadores de la salud, distribuidos en 9 mujeres y 11 hombres, con edades comprendidas entre los 23 a 53 años, experiencia laboral en el rango de 6 meses a 27 años. Con formación académica de 14 profesionales, 1 tecnólogo y 5 técnicos de salud. Se buscó entrevistar como mínimo a un participante de cada Hospital de II nivel del departamento del Tolima. Para el caso de los expertos en seguridad del paciente se logró la participación de profesionales con experiencia en instituciones de salud públicas y privadas, de orden nacional, departamental y municipal.

Las siguientes tablas relacionan la caracterización de los entrevistados por cada fase.

En total en la primera fase se realizaron ocho entrevistas, cuatro a mujeres y cuatro a hombres, la distribución por nivel académico fue de: cuatro a profesionales, 3 a técnicos y 1 a tecnólogo.

Tabla 7 Entrevistados primera fase

FASE 1						
CODIGO ENTREVISTA	Nº	EDAD	GÉNERO	PROFESIÓN	CARGO	ANTIGÜEDAD
EHEGI0201	1	25 años	Masculino	Auxiliar enfermería	de Auxiliar enfermería	2 años
EHEGI0202	2	23 años	Femenino	Regente farmacia	de Regente de farmacia	3 años
EHRL0201	3	33 años	Masculino	Enfermero	Coordinador medico	1 año
EHRS0201	4	43 años	Masculino	Enfermero	Enfermero	18 meses

EHRS0202	5	49 años	Femenino	Auxiliar enfermería de	Auxiliar enfermería	27 años
EHRS0203	6	29 años	Femenino	Auxiliar enfermería de	Auxiliar enfermería	6 años
EHRS0204	7	26 años	Femenino	Medico	Medico aso	10 meses
EHSJD0201	8	27 años	Masculino	Químico farmacéutico	Químico farmacéutico	1 año

El total de entrevistas en la segunda fase fue de siete, tres a mujeres y cuatro a hombres, la distribución por nivel académico fue de: cinco a profesionales y dos a técnicos e la salud.

Tabla 8 Entrevistados segunda fase

FASE 2						
EHSJD0301	1	27 años	Masculino	Enfermero	Enfermero	1 año
EHSJD0302	2	25 años	Femenino	Enfermera	Enfermera	8 meses
EHCP0301	3	24 años	Masculino	Medico	Médico de urgencias	15 meses
EHEGI0301	4	37 años	Femenino	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	2 años
EHEGI0302	5	38 años	Masculino	Químico farmacéutico	Químico farmacéutico	6 meses
EHSJB0301	6	30 años	Masculino	Medico	Coordinador medico	3 años
EHSRE0301	7	23 años	Femenino	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	2 años

En la tercera fase se realizaron cinco entrevistas a profesionales de la salud expertos en seguridad del paciente, dos a mujeres y tres a hombres. Según la formación académica se realizaron tres entrevistas a médicos, una a un profesional de enfermería y una a un químico farmacéutico.

Tabla 9 Entrevistados tercera fase

FASE 3						
EEXP0501	1	53 años	Masculino	Medico	Consultor en SUA y seguridad del paciente	18 años
EEXP0502	2	48 años	Femenino	Medico	Referente de seguridad del paciente en el MSPS	10 años
EEXP0503	3	50 años	Masculino	Medico	Referente de seguridad del paciente en ICONTEC	9 años
EEXP0504	4	40 años	Masculino	Químico farmacéutico	Referente del programa de farmacovigilancia de la SSDT	5 años
EEXP0505	5	36 años	Femenino	Enfermera	Coordinadora en servicio cardiovascular y docente	6 años

6.3 Métodos de recolección y técnicas de análisis

Los datos se obtuvieron de entrevistas aplicando un guión; algunos fragmentos de estas entrevistas se citaron a lo largo de este escrito, señalizados por letras acompañadas de números arábigos que corresponden a la identificación de la entrevista así: E (entrevista), C (código) y P (pregunta).

El proceso de análisis de los datos obtenidos inició con una primera fase de codificación abierta, que consistió en la identificación de conceptos, y definición de las categorías. La segunda fase se aproximó a hacer una relación entre las categorías y subcategorías revisando como se entrecruzaban y vinculaban entre sí. Por último la fase tres, buscó llegar a una categorización descriptiva por medio de la integración de las categorías y su organización alrededor de un concepto explicativo central, que permitió a las investigadoras quitar datos excedentes y completar las categorías poco desarrolladas, las cuales se saturaron por medio de un muestreo teórico adicional.

Para las Empresas Sociales Del Estado de II nivel de atención, se presentó la propuesta de investigación bajo la coordinación de la Secretaria de Salud Departamental, convocando a los gerentes, coordinadores de calidad y comités de

ética, con el fin de obtener la aceptación en la participación del estudio. Una vez obtenida la aceptación de la ESE, se procedió a socializar la propuesta a la investigación con los funcionarios técnicos y profesionales de la salud de cada institución. Según los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron los participantes con diligenciamiento previo de consentimiento informado (Anexo 1 y 4).

6.3.1 Fuentes de información:

Se utilizaron fuentes de información *primarias* como la información suministrada por los trabajadores de la salud de las ESE de II nivel de atención del departamento del Tolima, que participaban en el proceso de utilización de medicamentos y entrevistas a expertos en el tema de seguridad del paciente, información que fue recolectada a través de una entrevista basada en un guión.

Las fuentes *secundarias* del trabajo de investigación comprendieron las investigaciones publicadas con anterioridad relacionadas con el tema objeto de estudio.

6.3.2 Instrumentos de recolección:

La recolección de la información se hizo a través de Entrevistas basadas en un guión aplicadas a trabajadores de la salud que participan en el proceso de manejo de medicamentos de las instituciones objeto de estudio (Anexo 2,3) y entrevistas a expertos en seguridad del paciente (Anexo 5) con base en los criterios de inclusión y exclusión.

6.3.3 Estudio exploratorio.

Para el estudio exploratorio, se realizaron dos entrevistas utilizando el primer guión definido de acuerdo a los criterios de inclusión del estudio, permitiendo la familiarización del investigador con la técnica de la entrevista, a fin de favorecer el entrenamiento y verificar la claridad de las preguntas para los entrevistados, así como la consistencia de las preguntas y las respuestas con los objetivos de la investigación.

6.4 Proceso de análisis desarrollado

6.4.1 Elaboración de guiones de entrevistas.

De acuerdo con la pregunta de investigación planteada se elaboró el primer guión de la entrevista (anexo 2). Es de anotar que en la investigación cualitativa, de acuerdo a la emergencia de categorías es posible realizar modificaciones alrededor de los cuales giran las entrevistas, para el caso de esta investigación se utilizaron tres guiones uno en cada fase.

Los guiones de las tres entrevistas incluyeron un preámbulo, donde se expresa al participante (trabajador de la salud ó experto en seguridad del paciente) los objetivos de la investigación, se le aclara el manejo de la información transcrita de la entrevista; es decir, que ésta es confidencial y que su nombre no aparecerá de ninguna manera en el informe de la investigación. Adicionalmente se comunicó que no estaba obligado a responder todas las preguntas y que si se sentía incómodo con alguna de ellas, podía decirlo libremente. Se solicitó la autorización para grabar la entrevista y ante la aprobación se procedió a la firma del consentimiento informado; por último, se agradeció su participación en el estudio

El primer guión tuvo cuatro ejes temáticos acorde a los objetivos específicos planteados: 1) la caracterización de error de medicación, 2) Contexto en el que ocurren los errores de medicación, 3) Rol de los actores en los errores de medicación, 4) Comportamientos derivados de la caracterización de errores de medicación. Esta guía incluyó 19 preguntas dando la opción tanto para el entrevistado como al entrevistador de ampliar en temas no previstos y de alta relevancia. (Anexo 2)

El segundo guión fue construido con el surgimiento de categorías, llevándolas a una relación propuesta por las investigadoras de acuerdo al análisis de la codificación abierta y la literatura revisada. Este guión estuvo conformado por seis preguntas, en el que se buscaban las relaciones de aspectos identificados en la ocurrencia de errores de medicación que surgieron en la primera fase. (Anexo 3).

El tercer guión se construyó posterior a la definición de nuevas categorías, arrojando hipótesis provisionales. El guión estuvo conformado por cuatro afirmaciones centrales que a su vez incluían preguntas subsidiarias, permitiendo ampliar la información suministrada por el entrevistado, dando la posibilidad de saturar las categorías previamente identificadas. Este guión fue aplicado a expertos en el tema de seguridad del paciente, presentando afirmaciones que fueron comparadas con la argumentación de los expertos. (Anexo 5).

6.4.2 Manejo de la información

La información recolectada a través de las entrevistas basadas en un guión fue transcrita por personal con experiencia en esta actividad, realizando un control de

calidad por parte de las investigadoras, comparando las primeras transcripciones vs grabación.

Todo el material fue debidamente codificado de forma alfa numérica y custodiada hasta terminar la investigación, manteniendo siempre la confidencialidad y privacidad de los participantes. Durante todo el proceso de recopilación, tabulación interpretación, análisis y resultados no se divulgó la información de identificación personal en ningún momento, ni por revisión de registros ni en el contacto personal con trabajadores de la salud.

Las investigadoras utilizaron el Excel, como herramienta de office para facilitar el análisis de la información, a través de la siguiente secuencia: organización de la información transcrita, fragmentación, codificación, categorización, aplicando tres instrumentos modificados en cada fase hasta depurar y llegar a la categorización descriptiva.

Posterior a la categorización se elaboraron mapas por cada fase y se construyó una matriz paradigmática donde confluyen las principales características del objeto de la investigación en una categoría central, en la que se identifican y relacionan los cuatro ejes: contexto, causas, consecuencias, acción e interacción.

6.4.3 Divulgación de resultados

Posterior a la aprobación de la investigación se proporcionará un resumen completo del estudio a cada una de las instituciones participantes. Al igual, se dejarán copias de los trabajos en las bibliotecas de la Universidad del Tolima y de la Universidad de Antioquia; se buscará la publicación de un artículo en la Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

El documento final se entregará a la Universidad de Antioquia, Universidad del Tolima, y a los Hospitales participantes, como herramienta para el fortalecimiento y seguimiento al programa de seguridad del paciente en las IPS del departamento.

Por último, a cada participante se le hará llegar un resumen de resultados a nivel general.

6.4.4 Limitaciones

La presente investigación tuvo como propósito inicial interpretar las representaciones sociales de errores de medicación para los trabajadores de la salud con la aplicación del método hermenéutico; sin embargo, debido a las dificultades en la asignación de un asesor experto que orientara la metodología de trabajo, así como la intervención del Hospital Federico Lleras Acosta, ESE de III

nivel del Departamento del Tolima generando barreras en la recolección de la información; las investigadoras se vieron en la necesidad de buscar alternativas, que facilitaran la continuidad del trabajo. Es así que se reformuló el proyecto hacia la comprensión de los significados de errores de medicación con la aplicación de técnicas de teoría fundada. A pesar de los esfuerzos para el logro de los objetivos propuestos, se alcanzó a perfeccionar la fase descriptiva de la teoría fundada, lo que implicó ajustar nuevamente el trabajo de investigación hacia la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de las Empresas Sociales del Estado de Segundo Nivel de atención del Departamento del Tolima.

Es así que se puede rescatar del trabajo de recolección y análisis de los datos obtenidos, la consolidación de un informe descriptivo, que permite dar cuenta desde las perspectivas que tienen los informantes claves entrevistados sobre la caracterización de los errores de medicación. Así mismo, los datos permitieron determinar las relaciones existentes entre los errores de medicación, el contexto en el que ocurren, las causas, las consecuencias y la acción e interacción de estos en los hospitales de segundo nivel del departamento del Tolima.

Los resultados de esta investigación son el inicio para continuar profundizando en la comprensión de los errores de medicación y contribuir a la prevención de estos eventos como problema de salud pública.

6.5 Consideraciones éticas

De acuerdo a los riesgos identificados la investigación se clasificó en la categoría investigación con riesgo mínimo, según lo definido en la Resolución 8430 de 1993: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

6.5.1 Consentimiento informado

El consentimiento informado incluyó los procedimientos del estudio, beneficios para los participantes, compromisos de los participantes, compromisos de los investigadores, resultados esperados, personas a contactar para información, aceptación de la participación y el texto relacionado con la manifestación de no presiones verbales, escritas, gestuales para participar en el estudio.

Dando cumplimiento al art.8 de la Resolución 8430 de 1993, se protegió la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requirieron y éste lo autorice. La reserva de la información de los participantes se garantizó a través de la identificación por código alfa numérico el cual fue asignado por las investigadoras.

De acuerdo a las consideraciones anteriores se contó con dos formatos de consentimiento informado el primero (anexo 1) que fue aplicado para las fases uno y dos: y el segundo aplicado para la fase 3 (anexo 4), debido a la explicación en el avance de la recolección de la información durante las fases previas.

6.5.2 Posibles riesgos y medidas para prevenirlos o mitigarlos

La investigación se clasificó en la categoría investigación con riesgo mínimo, según lo definido en la Resolución 8430 de 1993. El principal riesgo detectado fue la vulneración de la privacidad. Para prevenir y mitigar los riesgos potenciales se veló por la confidencialidad de los sujetos participantes (trabajadores de la salud de los Hospitales de II nivel de atención del departamento del Tolima, y expertos en seguridad del paciente) y se custodiaron los instrumentos diligenciados, a través de la codificación alfa numérica de cada instrumento (iniciales del hospital, N° de instrumento y consecutivo de aplicación), al igual, al momento de la presentación del proyecto a las ESEs, se manifestaron los riesgos identificados inherentes al desarrollo de la investigación.

6.5.3 Beneficios

Los beneficios para la comunidad y sociedad, es la adquisición de un mayor conocimiento sobre el tema y por lo tanto brinda la opción de un mejor abordaje del mismo desde la perspectiva de la medicina social, incluyendo aspectos económicos buscando lograr la equidad, en el aspecto político motivando la participación autónoma de la población “empoderamiento” y en el aspecto cultural, lograr trascender el enfoque biomédico.

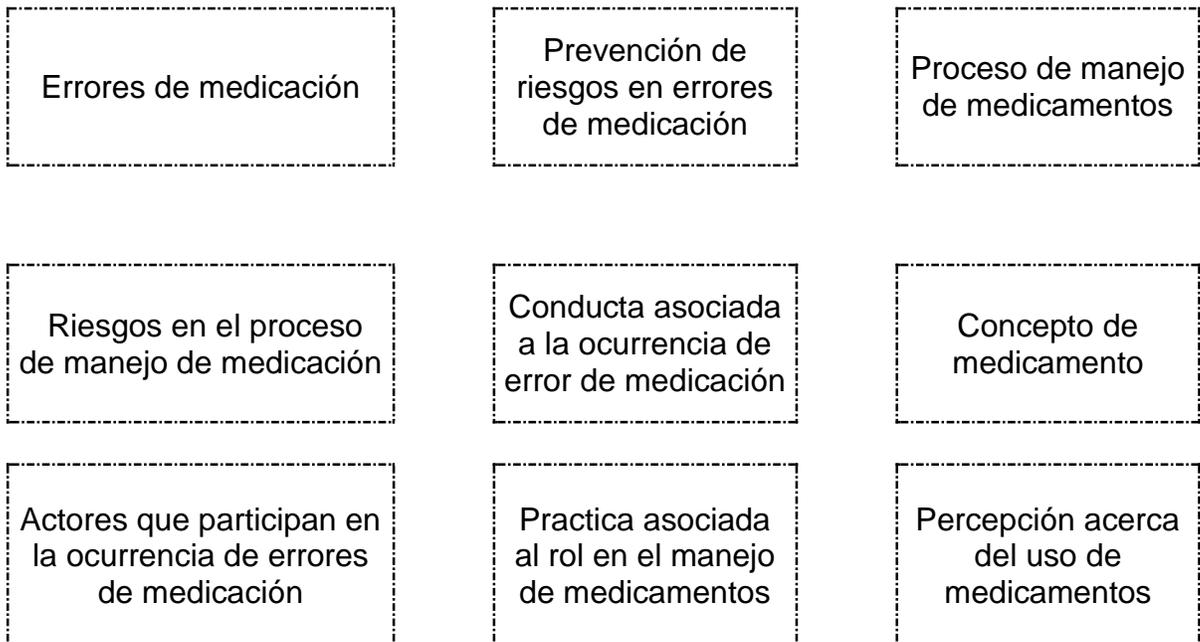
Esta investigación no tuvo contemplado beneficios directos para los participantes. Reconociendo que los riesgos derivados del estudio son mínimos, los resultados contribuyen al mejoramiento continuo en la calidad de atención de los pacientes hospitalizados. Relación costo –beneficiosa para la población atendida en los hospitales de II nivel de atención en el departamento del Tolima.

7. Resultados

Como se mencionó en el capítulo de metodología, las categorías descriptivas surgen de la codificación abierta realizada en tres fases hasta su depuración.

7.1 Fase 1

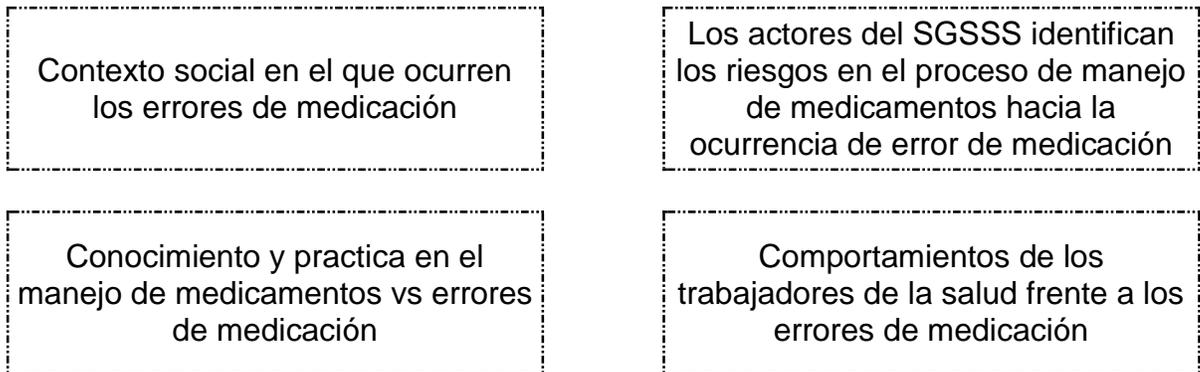
El primer grupo de entrevistas arrojó un total de 541 códigos. Del análisis de estos datos y la asociación de información común sobre el tema central de la investigación, emergieron nueve categorías en las que se identificaron la interacción de fenómenos entre sí formando grupos que se ordenaron luego de su fragmentación. Estas categorías fueron:



Como puede apreciarse, las categorías presentadas remiten a una primera agrupación temática de los códigos y a su nombramiento de acuerdo a las primeras características encontradas en ellos. El análisis de estas categorías dió lugar a la reagrupación realizada para el ajuste del guión 2 avanzando en la saturación de la información que de respuesta a la pregunta de investigación.

7.2 Fase 2

Posterior a la realización del segundo grupo de entrevistas, las categorías de la fase uno, se nutrieron de nuevos datos hasta lograr su saturación, para esta fase el total de códigos fue de 278. Con estos resultados se inició la búsqueda de los fenómenos fuerza en los que se pudiera explicar el contexto, las condiciones, las relaciones y las consecuencias. De esta forma se identificaron cuatro fenómenos que dieron a lugar un nuevo instrumento para aplicar en la tercera fase. Estos son:

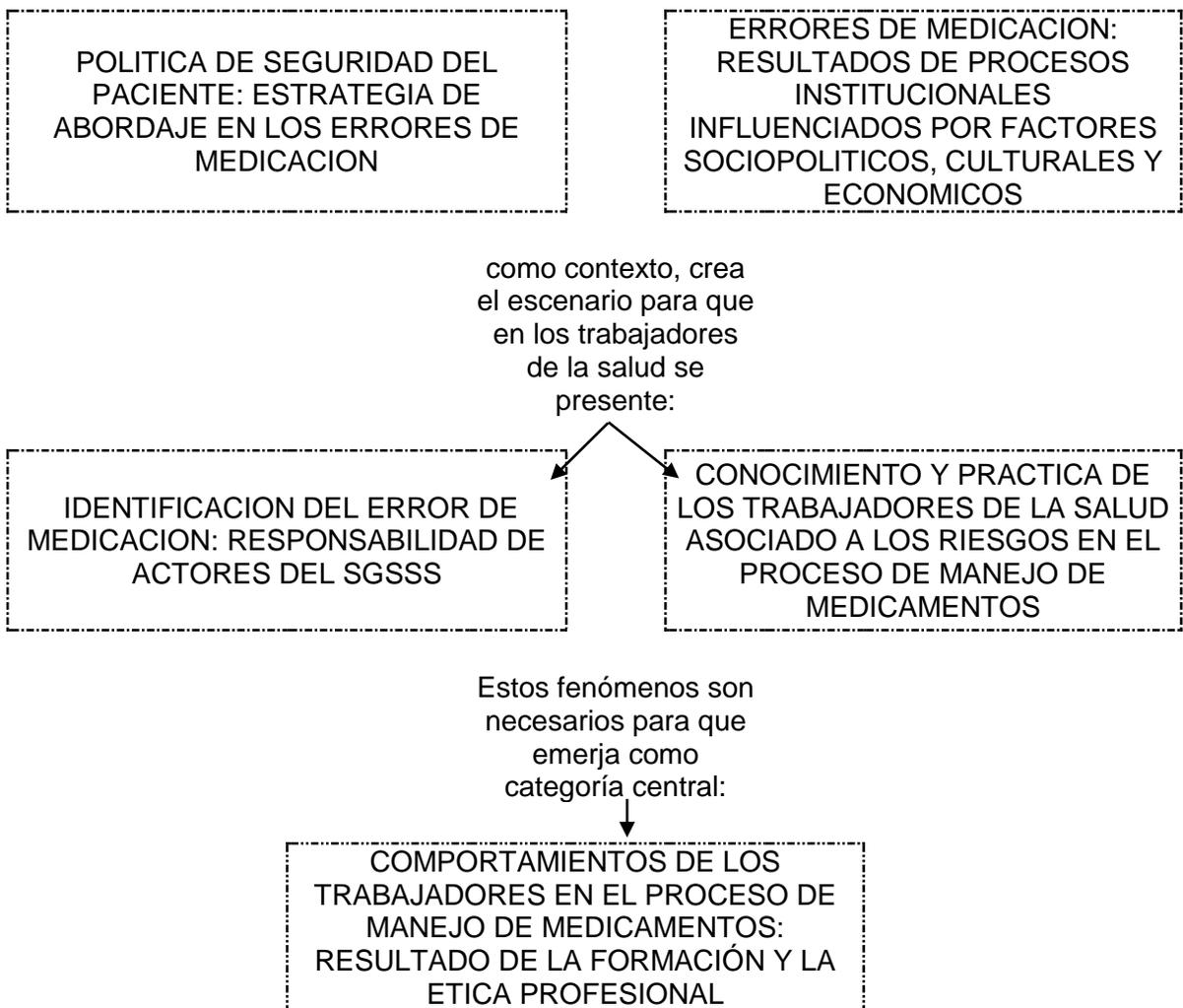


Puede observarse el cambio notorio de las categorías que surgieron en la primera fase abiertas y fracturadas, a las que emergieron en la segunda fase donde se analizaron las anteriores para explicar los fenómenos centrales de la codificación. Dentro de estas categorías se encontró un contexto social en el que ocurren los errores de medicación, donde se puede reconocer la influencia de los factores internos y externos que contribuyen a la ocurrencia de los errores de medicación. Seguido del contexto se encontraron diferencias en cuanto a la identificación de los riesgos en el proceso de manejo de medicamentos por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la ocurrencia de errores de medicación. Luego de esta, se halló el fenómeno de que los errores de medicación se relacionan con los conocimientos y la práctica en el manejo de medicamentos por parte de los trabajadores de la salud. Y finalmente se encontró que el comportamiento frente al error de medicación difiere del rol del trabajador de la salud en el proceso de manejo de medicamentos, siendo este último influenciado por las anteriores categorías.

Estas categorías se constituyeron en el insumo para la reagrupación posterior donde surgió el tercer instrumento que consolidó la definición de las categorías descriptivas presentadas en la tercera fase.

7.3 Fase 3

Las categorías de esta fase se constituyen en el esquema que da lugar a la caracterización propiamente dicha. El total de códigos de esta fase fue de 474 para un total de 1293 códigos en las tres fases. Partiendo de este proceso de análisis y síntesis de la información, se renombraron las categorías existentes y se organizaron de manera lógica y coherente los argumentos de los entrevistados, en un esquema que permitiera reconocer las dinámicas e interacciones que se dan entre estas categorías, para este caso se contempla un fenómeno central que se apoya en cuatro categorías subsidiarias: dos categorías que explican el contexto en el que se halla el fenómeno y dos más que abordan los condicionantes para que este se desarrolle. El siguiente esquema permite entender el análisis de las categorías descriptivas:



A continuación se desarrolla cada uno de los fenómenos desde el contexto, los condicionantes y por último la categoría central.

7.3.1 Política de seguridad del paciente: estrategia de abordaje en los errores de medicación

Esta categoría hace parte de la descripción del contexto en el que se caracterizan los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima.

La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad de los sistemas sanitarios en todo el mundo, esencialmente, desde la publicación de diferentes estudios epidemiológicos que han evidenciado que la misma atención sanitaria destinada a mejorar la salud de las personas es una fuente importante de daños, siendo los errores de medicación una de las principales causas de daño prevenible (36). A este interés han contribuido diferentes iniciativas, como la impactante publicación del informe “To Err is Human” del Instituto de Medicina de EE. UU, (4) o la constitución de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, por parte de la OMS, desde donde se viene adelantando acciones que promueven el reporte, análisis y aprendizaje de los eventos adversos (10).

En el estudio de los eventos adversos así como en los resultados de esta investigación, se aprecia que incluso los más simples, se deben a la sucesión de múltiples factores o fallos, entre los que se diferencian, por una parte, los fallos activos o los atribuibles a los profesionales que están en contacto directo con los pacientes y los procesos y, por otra, los defectos latentes o errores presentes en el sistema relacionados con la organización, los procedimientos de trabajo, los medios tecnológicos, las condiciones laborales, etcétera (37).

En el análisis de factores externos de ámbito nacional como internacional de las instituciones de salud, identificados en esta investigación, se evidencia la influencia en la definición de políticas que promuevan la seguridad de los pacientes y específicamente la prevención de errores de medicación, proceso en el que se encuentran diferentes intereses, en ocasiones opuestos que inciden en la ocurrencia de errores afectando la prescripción objetiva, como es el caso de las presiones comerciales que posicionan medicamentos. En relación con lo anterior uno de los entrevistados, experto en seguridad del paciente comenta:

...me atrevería a decir factores comerciales, que hacen que la industria farmacéutica trate a través de los profesionales de la salud de posicionar X o Y medicamento, porque es de última generación, y eso está relacionado con la aparición de errores de medicamentos...
(EEXP0502C43P1.4)

Unido a estos intereses comerciales, en la actualidad, el mercado mundial de medicamentos cuenta con una amplia gama farmacoterapéutica al servicio de los trabajadores de la salud y pacientes; la industria farmacéutica bombardea al consumidor con publicidad poco controlada acerca de "nuevos medicamentos milagrosos" que en general son los mismos principios activos con diferencias en la marca o características poco relevantes clínicamente (38), los trabajadores y/o pacientes se ven incitados de forma poco ética a errores de prescripción y/o automedicación exponiéndolos a los riesgos que entraña el uso inadecuado de los medicamentos.

Los resultados de la investigación, describe que la mayoría de los profesionales que tienen a cargo la etapa de prescripción, obtienen la información sobre los medicamentos de las empresas farmacéuticas y de investigaciones clínicas de fuentes no independientes. Esto puede conducir a menudo al uso excesivo de medicamentos que han sido objeto de estas investigaciones (39). En algunos países está permitida la publicidad de medicamentos (que con frecuencia se presenta en forma de ciencia, dificultando la diferenciación entre publicidad e información científica) que necesitan receta dirigida directamente al consumidor, lo cual puede generar que los pacientes presionen a los médicos pidiéndoles medicamentos innecesarios (40), al respecto uno de los expertos en temas de seguridad del paciente, médico de profesión y asesor en temas de acreditación, en la entrevista comenta:

...La publicidad si es muy importante, pero la publicidad puede inducir a la prescripción, uno tiene que conocer muy bien el tipo de medicamento, y parte de esa publicidad puede ayudar, pero hoy el mecanismo que utilizan las diferentes casas farmacéuticas para inducir que esa publicidad, eh, tenga un mecanismo compensatorio para que formulemos cierto producto farmacéutico, hace que lógicamente induzca al sector salud y al profesional de la salud, miren de manera no muy objetiva la prescripción de los mismos... (EEXP0501C42P3.7)

Los trabajadores de la salud de las Empresas Sociales del Estado que participaron en esta investigación, reconocen que en Colombia, la seguridad del paciente ha tenido avances desde la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, a través de la formulación e implementación de la Política Farmacéutica Nacional que dentro de sus componentes incluye el uso racional de medicamentos y los mecanismos de vigilancia y control de la publicidad dirigida a médicos y profesionales de la salud y la aplicación de sanciones correspondientes.(41) Sin embargo, a pesar de estos mecanismos de control, la publicidad engañosa sigue presente como estrategia de mercadeo aunque existan sanciones a la industria farmacéutica. Paralelo a esta política, el Ministerio de Salud y Protección Social ha incluido la política de seguridad del paciente como una práctica obligatoria para las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia.(42)

El objetivo de la Política Nacional de Seguridad del Paciente es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (11). Lograr el propósito de una atención segura, va más allá de la definición de normas; estas son solamente el marco de referencia. De acuerdo a los hallazgos de la investigación, se requiere del compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los principios transversales de la política son: Enfoque de atención centrado en el usuario, Cultura de Seguridad, Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, Multicausalidad, Validez, Alianza con el paciente y su familia, Alianza con el profesional de la salud (12).

En el marco de acción de esta política se encuentran Actores externos de regulación, vigilancia, control como el INVIMA y el Ministerio de Salud y Protección Social; las Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS) y los laboratorios farmacéuticos y actores internos en las instituciones prestadoras de servicios de salud que son responsables de la implementación de todas las acciones que promueven las prácticas seguras para la prevención de eventos adversos como es el caso de los errores de medicación.

Los trabajadores de la salud identifican que actores externos como los organismos de Vigilancia y Control y las EPS, pueden contribuir a la ocurrencia de errores de medicación, lo cual fue expresado en los siguientes fragmentos de entrevistas:

... el INVIMA, eh, el Ministerio, deberían tener un mecanismo más asertivo de comunicación frente a las alarmas que puedan existir,...
(EEXP0501C59P4.3)

... Por otro lado, hay prácticas que debemos controlar, y es el control exagerado que los afiliadores han querido instaurar en la cantidad de medicamentos prescritos por el profesional (EEXP0502C44P1.4)

... siempre en las EPS hay errores administrativos, ¿sí? De que no era el paciente, o no era el número de cédula, es decir, hay unos procesos administrativos en que las EPS algunas veces se equivocan, o se equivocan y eso repercute en el paciente... (EHSJD0301C85P18)

Estos comentarios sugieren un rol activo desde las instituciones externas hacia el acompañamiento a las IPS y la retroalimentación a los profesionales a cerca de mecanismos de prevención de errores de medicación, ya que no lo hay. Al igual, estas apreciaciones evidencian el interés que las EPS tienen de disminuir gastos a costa del exagerado control en la formulación, generando

ganancias y por el contrario la industria farmacéutica busca incrementar el consumo de medicamentos, dejando a los pacientes, las instituciones y trabajadores de la salud en medio de esta disputa de capitales.

En relación al análisis de las causas de los errores de medicación, los trabajadores de la salud entrevistados reconocen desde el punto de vista de la opinión pública, que en la ocurrencia de un evento adverso (donde se incluyen los errores de medicación), se tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido (11), una de las oportunidades que pueden contribuir a mejorar la seguridad es la participación activa de pacientes y trabajadores de la salud para la organización y movilización en pro de la transformación de los procesos de salud – enfermedad-atención, como parte de procesos de empoderamiento. Ejemplo de esta participación puede ser la motivación de estos actores en la participación en la formulación e implementación de políticas institucionales de seguridad del paciente, en donde la alta gerencia de estas demuestre de forma explícita su compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro promoviendo una transformación hacia una cultura de seguridad participativa.

Para el caso del análisis de la ocurrencia de los errores de medicación hay un elemento clave en la discusión; por un lado Light (2010) señala que lo que se está viviendo es la privatización del riesgo que implican los medicamentos, primero reconoce y señala diversos riesgos (efectos nocivos) con el uso de los medicamentos y después propone que el riesgo se traslada desde la industria farmacéutica al Estado, de este a los aseguradores y prestadores de servicios de salud, de estos a los trabajadores de salud y finalmente de estos a los pacientes(30). De esta manera, se hace evidente que en los programas de seguridad del paciente la responsabilidad de los riesgos termina diluida en “el sistema”, no hay responsables, lo que se busca es mejorar los sistemas de garantía de calidad en la prestación de servicios de salud, dejando de lado los otros elementos que influyen en la ocurrencia de errores y que salen del control de los Sistemas de garantía de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En las instituciones de salud se observa que aún mantienen en su formulación y análisis de gestión de eventos adversos, el enfoque hegemónico del concepto de salud-enfermedad-atención, lo cual es establecido desde la misma formulación de políticas de orden nacional e internacional, siendo este el Modelo Unicausal denominado por Arredondo (1992) en su investigación (43). En este marco, la medicina se dedicó a detectar, a través de indicadores precisos, el momento en que la agresión se produce para combatirla o dotar al cuerpo de defensas suficientes y capaces de repeler la acción incursionista de la enfermedad (44).

Eduardo Menéndez crítico del modelo positivista, explica la categoría analítica Modelo Médico Hegemónico como la articulación del poder de la medicina con otros poderes (político, ideológico, económico, etc.) cuyos dos objetivos principales son, por un lado, subordinar otros saberes (por eso es hegemónico) y por otro, instrumentalizar una práctica biologicista, positivista, deshumanizada, mercantilista, ahistórica y asocial (45), donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o conjuntos son considerados siempre como “pacientes”.

La biomedicina utiliza la dimensión cultural en un sentido negativo, es decir, observa cómo dichos factores favorecen el desarrollo de padecimientos o se oponen a prácticas biomédicas que podrían abatirlos pero no se incluyen las formas de atención culturales que podrían ser utilizadas favorablemente para abatir los daños (45). Esta negación probablemente encuentra en la identificación profesional con la ciencia la exclusión de las otras formas identificadas con criterios no científicos y con la dimensión cultural, así que el criterio decisivo refiere a la racionalidad científico-técnica (45).

El asunto es que a la “ciencia” o “conocimiento científico” se le da el carácter de verdad absoluta, objetiva, neutral y aséptica. No se reconoce que ese conocimiento se construye en relaciones humanas, en la disputa de capitales en la que actualmente hay hegemonía de la industria farmacéutica. En los principios de la seguridad del paciente ya referenciados, la validez está basada en la ciencia (hegemónica), lo que cierra la posibilidad de discusión, es una forma de imponer y reproducir la hegemonía. Otro principio es la multicausalidad, noción de causalidad contraria y en disputa con la noción de determinación social: la noción de multicausalidad es aceptada y asumida por quienes hacen seguridad del paciente sin cuestionamiento alguno, dejando de lado otros enfoques de análisis como el de la salud colectiva.

Este modelo descrito anteriormente, es la base para el análisis de los eventos adversos y de errores de medicación, en busca de la multicausalidad, lo cual se evidencia en los siguientes fragmentos de entrevista realizada a dos de los expertos en temas de seguridad del paciente:

...desde el marco de la política nacional de seguridad del paciente, y específicamente la multicausalidad. Cuando analizamos un evento adverso relacionado con medicamentos, pues necesariamente hay que establecer su relación causal con diferentes factores...
(EEXP0502C26P1.3)

... nosotros siempre vemos el proceso de manejo de medicamentos desde el punto de vista farmacológico tanto como el mecanismo de acción que nosotros hemos adquirido a través del conocimiento, eh, como las indicaciones que este medicamento tiene hacia el paciente. Una ventaja

de la enfermería es que nos permite ver el enfoque de cuidado en la administración de medicamentos desde diferentes teorías... cuando nosotros podemos observar esta acción desde el confort, desde la adaptación, desde el mismo síntoma como tal, desde la auto eficacia, podemos ver el abordaje mucho más amplio y desde el contexto Ejemplos de esto, desde el manejo del dolor que es un área que conozco un poco, no solamente la administración como tal de los opioides que es un medicamento muy controversial, sino que también tiene unas implicaciones legales y unas implicaciones sociales debido a conceptos como la opiofobia, nos da miedo y pensamos que vamos a hacer adicciones a este tipo de medicamentos, y si nosotros no lo entendemos desde la práctica, tenemos tendencia a incurrir en ciertos errores como la no administración, o la administración incorrecta del medicamento, o factores externos desde el punto de vista social. (EEXP0505C29P1.3)

Por otra parte, al analizar las *consecuencias* de los resultados de la formulación e implementación de estas políticas orientadas a mejorar la seguridad del paciente y a la prevención de error de medicación, se identifica que: 1) si bien es cierto la política nacional contempla dentro de sus propósitos: Instituir una cultura de seguridad del paciente justa, educativa y no punitiva; reducir incidentes y eventos adversos; fomentar un entorno seguro de la atención; educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente se requiere más que la coordinación entre actores, una identidad de intereses objetivos y un enfoque alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, así como el incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura, esta identidad de intereses y objetivos de los actores sociales involucrados está dada por lo que esté demostrado científicamente, orientado a lograr la garantía de calidad y eficiencia; por tanto, no hay disputa entre los actores, cualquier diferencia se resuelve por medio de lo que diga la ciencia. 2) los actores tienen diferentes intereses, necesidades, recursos y perspectivas, lo que hace que los actores sociales se encuentran en disputa, reconociendo la existencia de diversos actores con intereses, necesidades, recursos y perspectivas distintas en disputa de diversos capitales (Bourdieu). De lo contrario se reproduciría la hegemonía al imponer la idea de identidad de objetivos, o que quién resuelve las diferencias es el “conocimiento científico”, ya que la ciencia es “neutral” y “objetiva”.

En el caso de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio es claro que a su interior deben tener en cuenta la política de seguridad del paciente en el diseño de sus propios procesos. En esta medida el sistema de administración de riesgos de que trata la resolución 1740 de 2008 se constituye en una herramienta para la institucionalización de la política, sustentado en el hallazgo de que en el análisis de la causalidad de los incidentes y eventos adversos se pueden identificar factores atribuibles al asegurador, cuya intervención debe darse de manera coordinada con las instituciones de su red en lo referente a las fallas que involucren a ambos actores. (11). Sin embargo este tipo de cosas son el resultado

de la disputa entre capitales. En esta resolución entran en juego Estado, aseguradoras, trabajadores de la salud y pacientes; aquí la industria farmacéutica tiene poco interés en cuanto a la gestión de riesgo, interés diferente es el que demuestra en los planes de beneficio.

Igualmente, en su relación contractual con los prestadores deben evitarse prácticas que antes que favorecer el mejoramiento, puedan incentivar el ocultamiento como glosas indiscriminadas, establecer procedimientos punitivos o que desincentiven el reporte de eventos adversos por parte del prestador (11).

En el Sistema de Salud Colombiano actual se encuentran ciertas barreras que no permiten la adopción e implementación de la política de seguridad bajo los propósitos contemplados en su formulación, y en algunas instituciones se puede fomentar el ocultamiento del evento adverso así como la identificación de los factores asociados, no solo por temor a que el reporte de estos eventos genere sanciones o castigos a los trabajadores de la salud, si no a elementos culturales como a la idea de perfección de la ciencia, de alguna manera relacionado con el individualismo y al control social por medio de la fuerza, para este caso la fuerza del conocimiento que es ejercida por el equipo de salud frente a la atención de los pacientes.

Las acciones institucionales de prevención de error de medicación son muy recientes, aun se ocultan en las instituciones de salud la ocurrencia de estos errores, las sanciones institucionales y el temor a una demanda incide en la baja notificación de errores de medicación por parte de los trabajadores de la salud. Por otra parte el análisis del error de medicación se sigue centrando en la persona y no en el proceso, por lo que es importante evaluar la formulación de la política institucional con un carácter no punitivo que promueva el reporte de errores y las acciones de mejora. Estas afirmaciones se expresaron de la siguiente manera por dos de los expertos en temas de seguridad del paciente:

...Y la premisa de la política de seguridad del paciente es que la implementación de esa política debe estar lejos de ser una política punitiva, sancionatoria, más bien la política dice “castigue si no reporta”; justamente lo común que vemos en los prestadores, es que ante una falla, lo primero que hacen las directivas, los representantes legales es abrir un proceso sancionatorio, y eso es justamente lo que no se debe hacer, porque este es un factor que limita el reporte, que más bien favorece el ocultamiento, y que no va a permitir crecer y fortalecer la cultura justa de la seguridad. (EEXP0502C21P1.2)

... Nosotros usamos mucho maquillaje porque tenemos miedo al reporte, si reportamos esperamos a que llegue el Ministerio, los entes de control y nos sancione, en vez de reportar para generar mejora. Yo creo que en la medida en que se apliquen sanciones hay dificultad de que eso se dé, le

tenemos temor a que nos digan que cometemos errores, y en público peor. (EEXP0503C12P1.2)

Respecto a la participación del paciente y su familia en la formulación e implementación de la política de seguridad del paciente, estos actores han asumido un rol pasivo ocasionado por el desinterés de actores internos y externos en promover su vinculación de una forma activa hacia la prevención y detección temprana de riesgos en la atención en salud. En los objetivos actuales de la política nacional de seguridad del paciente se contempla “educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de los que son sujetos” (11), No obstante esta inclusión, puede ser generada porque el resto de la sociedad es cada vez más conocedora y demandante en los temas de salud, cuestionando parte del quehacer del sector salud y jugando un papel más activo en la disputa de capitales, aunque no siempre el pensar y actuar de los pacientes está a favor de sus propios intereses. Sin embargo, la participación del paciente y su familia debe ir más allá de la educación y capacitación; es necesario conocer su entorno sociocultural, donde sus creencias se articulen en el plan de atención en salud. Actualmente en Colombia existen mecanismos de participación ciudadana en los procesos de salud, como las Asociaciones de Usuarios, Comités de ética hospitalaria, Juntas directivas (entidades públicas), que son la oportunidad para organizar las alianzas por la seguridad del paciente desde un enfoque social que empodere al paciente y su familia como un actor principal en el cuidado de su salud.

Esta intervención ya ha sido contemplada en algunas publicaciones donde se recomienda una mayor participación ciudadana en la gestión de los riesgos y políticas de seguridad, bajo el objetivo de mejorar la adecuación de las medidas a las necesidades ciudadanas. Para Vincent (2002), el paciente no es “víctima pasiva” de los efectos adversos, destacando las posibilidades de participación en el proceso de diagnóstico y tratamiento (46). En la publicación de Liang (2002) señala la importancia de una participación activa del paciente en el proceso de resolución del incidente, bajo ayuda del sistema en el sentido de apoyo psicológico y oferta de mediación, para evitar la vía del juicio (47). Para Davis, Jackin, Sevdalis y Vincent (2011) se identifican diferentes barreras potenciales para una participación de los pacientes: aspectos relacionados con el paciente (ej. características sociodemográficas), su enfermedad, los conocimientos y creencias de los profesionales o aspectos organizacionales (48). Esta necesidad se evidencia en las siguientes apreciaciones de expertos en temas seguridad del paciente:

... creo yo que todavía en este esquema nos falta profundizar e identificar como paciente los errores que se manejan en una institución... si queda oculto dentro del equipo de salud, menos el usuario sabe, como cuando en los países más avanzados que el nuestro tienen “la red de usuarios

por la seguridad del paciente”, y ellos identifican cuando cometemos un error medicamentoso, y se crean programas... (EEXP0501C67P4.4)

... Sí, como te digo es uno de los factores contributivos para el error, las creencias de los pacientes, sus costumbres, sus, eh... Su cultura, su religión son factores contributivos, pero eso lo debe conocer el profesional tratante para montar una barrera de seguridad... (EEXP0502C92P3.6)

... Hay poblaciones con unas costumbres y creencias que pudieran interferir en los tratamientos que prescribe un profesional de la salud, y que hay que entrar a conocer, a controlar y a capacitar a los usuarios, darles la información que ellos requieran... (EEXP0502C90P3.6)

Las instituciones en donde no se generan estas políticas más fácilmente se van a incurrir en estos errores, entonces si es muy importante la relación que existe entre las políticas que hacen las instituciones para reconocer estos eventos, y los reconocimientos del mismo equipo de salud en estas acciones. (ENHCP0301C19P3)

El análisis desde el modelo hegemónico y su relación con los hallazgos, así como la revisión teórica orientan hacia la afirmación que la Política de Seguridad del Paciente, es una estrategia de abordaje en los errores de medicación, que aporta a dar respuesta a la pregunta de investigación desde la comprensión del contexto en el que ocurren los errores de medicación teniendo en cuenta el ámbito interno y externo de las instituciones de salud.

7.3.2 Errores de medicación resultado de procesos institucionales influenciados por factores sociopolíticos culturales y económicos

En esta categoría o fenómeno se intenta describir el contexto desde los determinantes sociales y de la medicina social que influyen en la ocurrencia de los errores de medicación, Así como, reconocer los elementos históricos y dinámicos que afectan la caracterización del error de medicación

La medicina social desde sus inicios reconoce dos grandes objetos en el estudio de la salud colectiva: 1) la distribución y los determinantes de la salud/enfermedad y 2) las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte (49). Plantea el entendimiento de la salud y la enfermedad como momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y expresión en la corporeidad humana del modo específico de apropiación de la naturaleza, bajo una determinada forma de relaciones y organización social y abre tempranamente la discusión en torno a la causalidad y la determinación (49),(50).

El proceso de manejo de medicamentos, ha sido analizado desde dos dimensiones: dimensión material manifestada en su expresión orgánica-biológica y social (vivenciada por el paciente), y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva (trabajadores de la salud); en la actualidad se avanza en la elaboración teórica de estas dimensiones, una propuesta es hacerlo desde los determinantes sociales de la salud; para el caso de esta investigación cuyo objetivo es la comprensión de la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, se presenta el abordaje de la dimensión subjetiva.

Previo al análisis de los errores de medicación a partir de entender el proceso de salud enfermedad bajo el modelo de determinantes sociales de la salud, es importante recordar las dos corrientes que abordan los determinantes sociales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud, OMS conformó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud - CDSS, quienes han llamado la atención sobre la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud con la finalidad de mejorar la situación global y combatir la inequidad con la que ésta se distribuye. La Comisión parte, en mucho, del enfoque de la epidemiología social europea, según el cual hay dos tipos de determinantes sociales que actúan sobre la salud: los del primer tipo son *los determinantes estructurales*, que incluyen: a) el contexto socioeconómico y político (conformado por la gobernanza, las políticas macroeconómicas, la posición social, las políticas públicas y la cultura y valores sociales) y b) la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social,

mismas que definen la situación de educación, ocupación e ingreso, en medio de determinaciones de género y étnicas. El segundo tipo de determinantes, llamados *intermediarios*, vincula a los anteriores (los estructurales) con los resultados en salud, que están constituidos por circunstancias materiales (como condiciones de vida y trabajo), elementos conductuales y biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud, según esta corriente este tipo de determinantes actúa sobre la equidad en la salud y sobre el bienestar (49).

Desde el enfoque de Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericanas (MS-SC), se ha desarrollado un marco teórico que conduce a una forma muy distinta de entender pero, sobre todo, de actuar, ante las desigualdades sociales en salud. En este marco, se busca establecer lo que es inherente a la sociedad capitalista en términos de sus formas de división del trabajo, de propiedad y de poder, así como sus formas de reproducción, para de ahí explicar cómo es que se producen las abismales diferencias en la calidad de vida de distintas clases sociales, géneros y de etnias. A su vez, se busca explicar las formas a través de las cuales los individuos y las colectividades crean un conjunto de sentidos y significados de la salud y de la vida, que se materializan en prácticas en salud, que al interactuar con las condiciones de vida determinadas por las formas de organización social, conforman modos de vida. La salud, así, es un campo de confrontación en la que surgen diversas luchas y movimientos sociales, dirigidos central o parcialmente, a eliminar aquellas restricciones para vivir una vida saludable, lo cual pasa por abrir espacios para decidir en libertad las formas de vivir, de disfrutar y ¿Por qué no? de gastar la vida de individuos y comunidades en equidad y democráticamente (51).

Una de las diferencias del marco teórico de la Medicina Social y Salud Colectiva latinoamericanas, con la de la CDSS, es que la distribución de la salud y la enfermedad, así como la respuesta social organizada ante las mismas, es producto de los conflictos que se dan en el interior de las sociedades, y que estos conflictos forman parte de la pugna por el poder entre las clases que despliegan distintas estrategias para mantener su hegemonía y dominación y con los diferentes sujetos en lucha, como sindicatos, movimientos sociales, etc. (51). Para el caso del análisis de los errores de medicación desde la medicina social, es importante considerar el conflicto en la sociedad de los diferentes intereses que están en el manejo de medicamentos, por un lado las EPS quienes quieren controlar el gasto en salud, los laboratorios farmacéuticos quienes consiguen altos ingresos por el consumo de medicamentos, los pacientes quienes asumen en ocasiones un papel pasivo en este proceso, los trabajadores de la salud quienes de forma positiva o negativa inciden en la ocurrencia de errores de medicación.

Uno de los elementos centrales que caracteriza a la corriente de MS-SC (Granda, 2003) es entender a la salud como una cuestión de orden político se asume que la salud está vinculada con los asuntos políticos, es decir con las decisiones colectivas e individuales y por ende con las relaciones de poder, que

definen los cursos de vida de los grupos sociales y sus procesos de salud, bienestar, enfermedad y muerte (49), para la MS-SC la política actúa como determinante al definir la manera como se distribuye el poder económico y social, al definir aspectos macro que dan curso a políticas económicas, sociales y de salud tanto en ámbitos internacionales como nacionales y locales, que inciden directamente en la salud, la enfermedad y la atención de las poblaciones, para el caso de los errores de medicación la política incide a partir de la misma formación de los trabajadores de la salud quienes reciben desde esta etapa información que orientara su práctica profesional, y en el ejercicio de su labor como trabajador de la salud recibirá la influencia de las políticas establecidas en la sociedad en relación al manejo de medicamentos.

Cada país asume una posición frente a la salud de acuerdo al modelo de desarrollo que haya adoptado para la proyección en el desarrollo de políticas públicas para sus ciudadanos. Para el caso de América Latina no solo ha estado influenciado por decisiones nacionales sino por la definición de políticas de desarrollo determinadas por los organismos internacionales multilaterales como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, al respecto un entrevistado manifiesta:

...La política nacional de seguridad del paciente expedida en el año 2008, ha sido formulada acogiendo lineamientos de orden internacional emitidos por la OMS, parte de varios principios, que son los que guían la implementación de políticas institucionales de seguridad del paciente en Colombia... EEXP0502C15P1.2.

Así mismo, de manera dominante la salud se ha entendido como la ausencia de enfermedad por parte de ciudadanos y ciudadanas y de los profesionales del sector. Esta idea, que ha sido hegemónica, tiene implicaciones para la definición de políticas públicas y la orientación de los recursos. Este enfoque privilegia que los recursos para la salud se dediquen a la prestación de servicios de salud individuales -especialmente de recuperación-, algunas acciones de protección específica y, a la investigación biomédica, ubicando otras inversiones en un lugar subordinado (52). Esta forma de ver la salud desde el enfoque morbicéntrico, ha permitido al modelo de desarrollo neoliberal mercantilizar el derecho a la salud, en este aspecto se hace necesario avanzar a una política de sociedad que permita romper con el modelo actual de la sociedad mercadocéntrica y estadocéntrica, que avance a un modelo sociocéntrico, de definición de políticas públicas, como una herramienta de construcción de la sociedad, totalmente aparte de las políticas públicas centradas en el capitalismo, en este aspecto los medicamentos hacen parte fundamental de este modelo mercadocéntrico.

Desde lo político entender la seguridad del paciente y especialmente los errores de medicación requiere que se tenga en cuenta los diferentes intereses que están en juego al momento de la definición de políticas en el sistema de salud

colombiano; el problema básico planteado con la ley 100 de 1993 es la privatización de la salud, con sus contradicciones entre las necesidades de la población y la lógica económica, así como con el debilitamiento del papel esencial del Estado como garante de la salud para las personas y comunidades. El Estado colombiano desarrolla sus políticas, programas y proyectos desde un modelo Neoliberal, y con la emergencia fuerte del discurso económico se promueve la organización de sistemas de salud basados en el mercado, desde un enfoque liberal de justicia social, en este contexto del sistema de salud colombiano los medicamentos se han convertido en uno de los temas polémicos y en el que intervienen diferentes intereses económicos más allá de los beneficios que traen estos a los pacientes, como se ha descrito en las categorías anteriores.

Otro de los aspectos a tener en cuenta en el análisis de los errores de medicación desde la determinación social y que es fundamental en el conflicto de intereses que se encuentra vigente en la sociedad es la publicidad de medicamentos, la cual llega por diferentes medios a los trabajadores de la salud y a los pacientes, para el caso de la información suministrada por los laboratorios farmacéuticos es sesgada y carece de una total objetividad de acuerdo con sus intereses particulares en el mercado de la salud, así lo manifiesta uno de los entrevistados:

...Es muy común que encontremos en los congresos o que incluso los visitantes médicos, pero ya hay algo que los está controlando, nos proporcionen información, pero este tipo de información está limitada porque está asesorada desde una casa farmacéutica y porque no es equiparable con otro tipo de investigaciones, o actualmente los diseños de las investigaciones no están haciendo estudios que sean comparables, en el caso de los medicamentos, de unos con otros, sino a conveniencia de lo que quiero mostrar como casa farmacéutica... EEXP0505C94P3.7

En este contexto resulta claro que para corregir las dificultades estructurales del sistema de salud es necesario rectificar el camino de la privatización y mercantilización, y reconocer el papel del Estado como garante de la salud. Cualquier intento de ajuste en otra dirección se enfrentará a las contradicciones que implica la pretensión de satisfacer al mercado y simultáneamente atender a las necesidades de salud de la población en un país donde las personas no cuentan con recursos para pagar por una atención, que de hecho, es uno de los elementos que le dan legitimidad a un Estado, específicamente para los errores de medicación este tipo de políticas aumenta el riesgo de que se presenten estos eventos en las instituciones de salud, ya que al satisfacer las necesidades del mercado (EPS y laboratorios farmacéuticos) no siempre se está satisfaciendo las necesidades en salud de la población (pacientes), mantener en equilibrio la satisfacción de estas dos necesidades con intereses diferentes es una utopía en el actual sistema de salud colombiano y es en este aspecto donde los trabajadores de la salud deben actuar bajo los principios éticos para una atención en salud

integral y centrada en las necesidades de la población, lo cual no siempre es viable debido a la influencia en la que se prestan los servicios de salud en las IPS.

Mejorar la seguridad del paciente, especialmente lo relacionado con los errores de medicación dentro de un sistema de atención en salud, requiere de la participación responsable de los diversos actores involucrados. Por actores involucrados se debe entender no solo la participación del equipo de salud y directivas de una institución, sino también la participación del paciente, la familia, la comunidad y los actores externos desde la institucionalidad. La participación del paciente ha sido muy limitada, al percibirlo como un actor pasivo en su propio cuidado dentro de las instituciones de salud. A continuación uno de los entrevistados refiere:

...lógicamente como el paciente percibe innecesariamente muchas veces la polimedicación, un paciente polimedicado tienen unos riesgos más altos si no son controlados por el médico tratante... No los estamos viendo como parte de los errores medicamentosos, al interior de nuestras instituciones es muy complejo tener conciencia de los riesgos de todos los medicamentos y que podríamos decir que es un arma para definir en qué momento puedo cometer un error, ahí nos falta un poquito más... (EEXP0501C70P4.4)

Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y también el profesional de la salud, con frecuencia se culpabiliza a este sin hacer un análisis de la situación en la que no ha habido intención de dañar, pero si está presente la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de estos casos. En el siguiente fragmento de entrevista se refleja lo mencionado:

...Todavía sigue siendo muy incipiente, entonces seguimos cualificando el error en la persona, no en el proceso, y como castigamos todavía el evento, el incidente, los reportes se quedan ocultos... (EEXP0501C9P1.2)

De esta manera se refleja parte de la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud partiendo de sus necesidades, sus intereses y expectativas, así como de los pacientes y la población en general superando la mirada de la salud biologicista hacia la salud colectiva.

7.3.3 Identificación del error de medicación: responsabilidad de actores del SGSSS

Esta categoría es considerada condición para que emerja la categoría central. Las causas de los errores de medicación son muy complejas y variadas. En la mayoría de los casos los errores se deben a múltiples factores o fallos, que están presentes en el sistema, relacionados con la organización, procedimientos de trabajo, medios técnicos, condiciones de trabajo, etc., relacionados con los profesionales que están en contacto directo con los procesos(19). Además, los Errores de Medicación son multidisciplinares, pues pueden afectar a varios procesos, y por lo tanto, a los diferentes profesionales implicados en la cadena de manejo terapéutico (19). La relación entre tipos y causas de Errores de Medicación es igualmente compleja. Así, un tipo de error de medicación puede atribuirse a varias causas diferentes, y, al contrario, una causa puede estar involucrada en varios tipos de Errores de Medicación. Frente al tema expresan algunos de los entrevistados:

...porque a veces nos equivocamos con el nombre del medicamento, con la dosis, con la frecuencia, con el nombre del paciente o el cubículo donde está alojado, entonces estos errores pues si ocurren... (EHSJD0301C27P5)

...entonces son como esas dos conductas que nosotros tenemos para poder identificarlo, pero la idea es desde el primer momento darle la confianza al personal para que ellos nos puedan notificar, y hacerle un seguimiento para ver por qué se llegó al error... Si fue falta de capacitación, si fue falta de experticia, o si de pronto se generaron algunos cambios propios dentro de la dinámica laboral, como cambios de turno, post turnos, que pueden llevar a cometer. Pues a tener errores humanos en la administración... (EHRL0201C22P)

Hay varios juicios fundamentales en la identificación de los eventos adversos y sobre cómo enfocar la mejora de la seguridad, el primer concepto es considerar que el error es un fenómeno inherente a la naturaleza humana “Errar es Humano”, y que ocurre incluso en los sistemas que buscan la mayor perfección. Es decir, es necesario asumir que, independientemente de la capacitación y del cuidado de las personas, los errores pueden ocurrir e irremediablemente ocurrirán en cualquier proceso humano, incluyendo en el complejo proceso de atención en salud (53).

De acuerdo a esta consideración, que no es posible modificar la condición humana, para mejorar la seguridad de la asistencia, lo realista entonces será modificar las condiciones en las que las personas trabajan tanto internas como externas, no se trata solo de modificar las condiciones de trabajo, no es un asunto técnico de buenas prácticas de trabajo o de seguir procedimientos estandarizados

de trabajo. En primer lugar las condiciones de trabajo van más allá aspectos físicos y administrativos, contemplando aspectos económicos (explotación), políticos (control sobre el trabajo) y culturales (noción y sentido del trabajo) que parecen estar excluidos del debate actual sobre la seguridad del paciente. En segundo lugar la concepción de salud-enfermedad-atención que hay detrás de la seguridad del paciente continúa con el enfoque hegemónico y no involucra la noción de determinación social de los procesos de salud-enfermedad-atención en este campo. Se plantea entonces ir más allá de crear sistemas sanitarios seguros que sean resistentes a los errores humanos, es decir, que ayuden a prevenir los errores, a identificarlos y/o a minimizar sus consecuencias (54). Este concepto es el que intenta resaltar el título del primer informe del Institute of Medicine: *To err is human. Building a safer health system* (53). En los fragmentos de entrevista a trabajadores de la salud se menciona:

...y ya para la dispensación si los medicamentos requieren un sistema de alerta para evitar los errores al dispensar, se hacen esos sistemas de alerta, y al entregar el medicamento se educa al paciente al que se le va a entregar a cerca de la administración del medicamento. (EHEGI0202C27P8)

...Cuando hay un error de este caso, de medicación, hay que preguntarle Cuando ya se sabe que persona fue el que cometió el error, preguntarle que por que hizo de esa forma lo que hizo, ¿cierto?, (EHSJD0301C39P7)

...Si claro, nosotros en el momento en que elegimos la carrera de salud, ya estamos vinculados al tener contacto con los medicamentos. (EHRS0201C8P4)

...Pues acá se han presentado errores pero siempre, no de pronto como acusar al auxiliar porque somos humanos y en algún momento nos podemos equivocar, (EHEGI0301C43P6)

Estudios publicados que abordan el tema desde un enfoque hegemónico, relacionan más los errores de medicación en los que están asociados los actores internos que los externos y sus resultados son presentados de acuerdo a las etapas en el proceso de manejo de medicamentos. Dentro de estos se encuentra el estudio realizado en centros sanitarios en Castilla y León en España, en el periodo de tiempo (Julio- Noviembre 2009) en que se abordó la detección y notificación de errores por medicamentos en los cinco hospitales participantes y se analizaron y registraron un total de 326 errores de medicación (55).

En un 75,2% de los casos los incidentes ocurrieron en el proceso de prescripción, lo cual concuerda con el hecho de que el lugar de detección fue el servicio de farmacia y que allí el momento en que se detectan más errores es cuando los farmacéuticos validan las prescripciones médicas, previo a la

preparación y/o dispensación de los medicamentos. En algunos casos estos errores acontecieron a su vez por fallos que se habían originado en la conciliación de los tratamientos al ingreso de los pacientes, observándose un 12,6% de errores en esta transición asistencial (55).

También se detectaron errores de transcripción (14,4%) bien por los farmacéuticos al transcribir la orden médica al programa de gestión de farmacia, por los propios médicos al transcribir un tratamiento de una orden médica a la siguiente o por las enfermeras al transcribir la orden médica a la hoja de administración de medicamentos de enfermería. Un 9,2% de errores ocurrieron también en el proceso de validación y un 6,1% en la dispensación, errores que se suelen detectar al analizar las reclamaciones de medicamentos que efectúan las unidades asistenciales al Servicio de Farmacia. (55).

Se detectaron sólo un 9,8% de errores de administración y un 1,5% de preparación por enfermería, lo que se explica porque este tipo de errores requieren para su detección el empleo de un método observacional para identificar los errores en esta etapa del proceso de manejo de medicamentos. (55). Los hallazgos de esta investigación ratifican lo descrito. En los fragmentos a continuación se evidencia la percepción de los trabajadores de la salud frente a la ocurrencia del error y las consideraciones de algunos expertos en el tema de seguridad del paciente:

...La administración incorrecta de los medicamentos es una realidad, es un factor contributivo que cada vez más se está asociando a los errores en la administración, (EEXP0502C67P2.5)

...El otro sería fallas técnicas del almacenamiento en la parte locativa, porque pues se tiene, yo creo que... Un 100% de precaución en todo el proceso tanto en solicitud como en administración del medicamento, pero en algún momento puede haber un error humano que puede llevar a cualquier tipo de errores; (EHRL0201C49P15)

Un ejemplo, un médico puede administrar, eh... ordenar, administrarle a un niño 1 gramo de dipirona y el niño tiene 1 año... Por error, si nosotros nos damos cuenta de inmediato no lo administramos y vamos y le manifestamos una inconsistencia al médico para que él se dé cuenta que cometió un error, todo ser humano puede cometer un error y de pronto no sabemos que haya sucedido... (EHRS0201C16P7)

Adquisición porque el medicamento que se va a adquirir hay que verificarlo, que de pronto no sea un medicamento adulterado, que sea un medicamento que tenga su lote y su fecha de vencimiento adecuada, que no sean medicamentos que de pronto estén próximos a vencer, que tenga su registro Invima ... (EHEGI0202C48P16)

Es importante tener en cuenta que la formulación indiscriminada es vista por algunos autores como una manifestación de la concepción de salud centrada en lo biológico, este modelo biomédico concibe a la enfermedad como resultado de la agresión de un agente etiológico a un organismo, valoriza el mecanismo etiopatogénico subyacente a las enfermedades y privilegia un abordaje semiológico y terapéutico de signos y síntomas. En este marco, la medicina se dedica a detectar, a través de indicadores precisos, el momento que esta agresión se produce para combatirla o dotar al cuerpo de defensas suficientes y capaces de repeler la acción incursionista de la enfermedad se fundamenta en el diagnóstico y tratamiento, siendo esta una concepción de orientación curativa, a-histórica, a-cultural, e individualista (56).

*...Todavía existe una indiscriminada formulación medicamentosa...
(EEXP0501C28P3)*

Por otra parte se han realizado estudios en España (5),(57) que indican que la magnitud asistencial y económica de los eventos adversos motivados por los errores de medicación es similar a la registrada en Estados Unidos y otros países europeos. Así, se ha observado que los errores de medicación motivan entre un 4,7% y un 5,3% de los ingresos hospitalarios, con un coste medio por estancia próximo a 3.000 euros (58).

Con relación a estos resultados, quienes se preocupan por los efectos en morbilidad y mortalidad son los pacientes debido a que afecta su calidad y cantidad de vida, Estado y el sistema de salud en general debido a que afecta su legitimidad. Y quién se preocupa por el incremento en el gasto son los aseguradores debido a que afecta sus finanzas. Por ello, sería necesario que todos los implicados en la cadena terapéutica del medicamento se concienciaran de la dimensión de este problema y se implantaran medidas dirigidas a la prevención de errores, tal y como se está haciendo en otros países.

Los resultados para Colombia del estudio IBEAS en donde participó junto con Argentina, Costa Rica, México y Perú, arrojaron que los eventos adversos detectados estaban relacionados con los cuidados en un 17,7%, con el uso de la medicación en un 8,6%, con la infección nosocomial en un 36,9%, con algún procedimiento en un 29,1% y con el diagnóstico en un 4,3%. Los 5 Eventos Adversos más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (7,2%), las infecciones de herida quirúrgica (8,3%), otro tipo de infección nosocomial o infección nosocomial sin especificar (8,1%), otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento (8,3%) y otros relacionados con los cuidado (7,2%) (3).

En el estudio de frecuencia y caracterización de los errores de medicación en un servicio de hospitalización de una clínica en Cali, Colombia (2012), el error más

frecuente lo constituyó el de omisión del medicamento, el proceso donde más se generaron fue en la dispensación, quienes más los cometieron fueron los auxiliares de farmacia y quienes más lo detectaron fue el personal de enfermería. También se clasificaron estos errores con base en la consecuencia potencial que estos hubieran generado de no haberse corregido, siendo en su mayoría no recibir un medicamento que se necesita y la ineffectividad cuantitativa (59)

En la identificación de los riesgos en las etapas del proceso de manejo de medicamentos para la ocurrencia de errores de medicación, algunos fragmentos de entrevista a trabajadores de la salud refieren lo siguiente:

...Primero que todo inicia por la parte de entrega de farmacia, que es uno de los principales riesgos, y por lo tanto ellos como agentes de la salud también, deben verificar que los medicamentos estén con fecha de vencimiento al día, que no hayan medicamentos vencidos, porque es uno de los principales factores que sale a los otros servicios... (EHEGI0201C8P4)

...Porque se puede administrar el medicamento que no es, o la dosis que no son, pueden ser más, pueden ser menos, o al paciente equivocado, o se puede administrar la forma farmacéutica errónea... (EHEGI0202C8P5)

Lo anterior demuestra la percepción de los trabajadores frente a los riesgos durante el proceso de manejo de medicamentos, en el que la dispensación y la administración son etapas de mayor ocurrencia de errores de medicación. En relación al rol que más identifica errores de medicación, un trabajador de la salud y uno de los expertos entrevistado comenta:

...Sí, la identificación del error obviamente es mucho más fácil tanto por el personal de enfermería y el médico que por los otros individuos asistenciales,... es mucho más fácil la identificación por los enfermeros, por la misma condición del paciente. (ENHCP0301C53P6)

...Sí, yo pienso que el rol hace... Todavía no tenemos muy bien definidas las políticas con relación a escalonamiento en el uso de antibióticos, el uso de medicamentos, todavía existe una indiscriminada formulación medicamentosa, todavía el químico farmaceuta sigue estando muy relegado a farmacia y no forma parte del equipo clínico, el tema de la integración de todo el equipo de salud como la jefe, los médicos, las auxiliares siguen viéndose de manera aislada, y el manejo del medicamento frente a lo que pueda ocasionar y cada quien cumpliendo su rol no está tan integral. (EEXP0501C31P3)

Los resultados de los estudios presentados se han centrado en la identificación de factores internos siendo estos de mayor reconocimiento por los trabajadores

de la salud, los cuales son catalogados como más fáciles de identificar en las instituciones prestadoras de servicios. No obstante, en los resultados de la presente investigación los entrevistados reconocen la participación de los actores externos en la ocurrencia de los errores de medicación; así como se menciona en los siguientes fragmentos:

...Yo diría que sí porque casi siempre en las EPS hay errores administrativos, ¿sí? De que no era el paciente, o no era el número de cédula, es decir, hay unos procesos administrativos en que las EPS algunas veces se equivocan, o se equivocan y eso repercute en el paciente, en la enfermedad que va avanzando mientras se solucionan todos esos procesos administrativos y no se les da el medicamento y empeora su estado de salud... Y claro, ellos repercuten mucho en esos errores de medicación que son de origen administrativo... (EHSJD0301C85P18)

... Los proveedores o distribuidores de medicamentos Claro. Ellos muchas veces nos envían presentaciones que no son. Por ejemplo, pedimos acetaminofén jarabe de 60ml, perdón de 120 ml, que es un frasco mucho más grande que el de 60, y nos envían el de 60 es un error porque está facturado y está cobrado el de 120, y nos envían el que no es. Entonces ellos distribuyen mal y conlleva a errores de medicación también.... (EHSJD0301C88P18)

... Si el externo, hay por ejemplo alarmas de un medicamento, y si ponemos desde el estado, el INVIMA, eh, el Ministerio, deberían tener un mecanismo más asertivo de comunicación frente a las alarmas que puedan existir... (EEXP0501C59P4.3)

Aunque se reconozca que los actores externos influyen en el proceso de manejo de medicamentos, los errores en los que estos participan no se catalogan como tal. Esto hace que la responsabilidad del error se perciba como de los trabajadores de la salud de las instituciones prestadoras de servicios.

Los programas de prevención de Errores de Medicación se enfocan a la creación de sistemas seguros, es decir a mejorar la seguridad del sistema de utilización de medicamentos. En 1989 un panel de expertos convocados por la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCHCO) definió el sistema de utilización de los medicamentos como el conjunto de procesos interrelacionados cuyo objetivo común es la utilización de los medicamentos de forma segura, efectiva, apropiada y eficiente (27) En la actualidad se considera que este sistema en el ámbito hospitalario está constituido por los procesos de selección de los medicamentos realizados por un equipo multidisciplinar, el estudio del paciente y la prescripción por el médico de la terapia farmacológica necesaria, validación de la prescripción médica por el farmacéutico, seguido de la

preparación y dispensación por el Servicio de Farmacia. Posteriormente, los medicamentos se administran por enfermería y finalmente, se monitoriza la respuesta del paciente al tratamiento, con el fin de controlar los efectos y posibles reacciones inesperadas al tratamiento.

Conocer cómo funcionan los procesos que integran el sistema de utilización de medicamentos de la institución, permite evaluar y mejorar continuamente. Se hace necesario que los profesionales tengan claridad de sus responsabilidades y el engranaje con otros profesionales o miembros del equipo de salud, ya que aunque cada proceso suele ser competencia de un profesional de la salud, en la práctica los procesos requieren de la intervención de varias personas, dependiendo de la institución y los procedimientos definidos. Comprender las etapas del proceso de manejo de medicamentos mediante diagramas de flujo, facilita la integración de actores y su participación e interrelación en el sistema de salud, así como la identificación de desviaciones durante la ejecución de actividades (29). La presente investigación, demuestra que la percepción de los errores de medicación en los trabajadores de salud contempla la necesidad de trabajar en equipo, cada miembro a pesar de su rol, debe engranar con los demás para la atención integral del paciente y la prevención, detección, reporte y manejo de los errores de medicación que pudiesen presentarse. De lo mencionado en la literatura y de acuerdo a los hallazgos en la investigación los siguientes párrafos de entrevista a un experto dejan en evidencia la disputa en este campo social de capitales económicos:

...en el capítulo de medicamentos hay toda una influencia externa de todo lo que hemos comentado: las prácticas de comercialización inadecuadas, la guerra de precios, tantas cosas que pudieran estar influenciando la prescripción de un medicamento... (EEXP0502C49P2)

... Pero también, es claro, que al interior de cada entidad hay muchos factores que pueden estar siendo revisados, factores como el trabajo en equipo, o las habilidades de las personas, el tener o no protocolos y las clínicas basadas en evidencia, el tener los procedimientos debidamente actualizados y realizar capacitaciones permanentes al personal... (EEXP0502C50P2)

... son factores que necesariamente influyen, pero lo más importante es que las entidades busquen al interior de su entidad, esos factores que pueden controlar, la influencia externa es muy grande, en la que entidades de salud individuales difícilmente podrían llegar a controlar suficientemente,... (EEXP0502C51P2)

... así que si se centran en factores internos, pudieran llevar a controlar lo que ellos pueden controlar, lo ideal basándonos en la política de

seguridad del paciente, es que hagan un análisis tanto interno como externo,... (EEXP0502C52P2)

... Pero en medicamentos lo externo es difícilmente controlable de cada IPS por aparte, lo mejor, ellos pueden controlar es lo que sucede en su propio equipo de colaboradores y las mejoras que implementen pueden lograr mejores resultados en la gestión propia... (EEXP0502C53P2)

Estas apreciaciones, indican que las políticas institucionales en materia de seguridad del paciente, ayudan a controlar la ocurrencia de errores al interior de las instituciones de salud, que a su vez son muy influenciadas por actores externos más los actores internos, poco influyen en los externos, evidencia de la resignación en la disputa de capitales políticos.

La institucionalización de programas de gestión de riesgos en el uso de medicamentos constituye una estrategia importante en el mejoramiento de la calidad y la seguridad del sistema. El establecimiento de métodos para identificar y analizar las situaciones de riesgo y los errores que ocurren, facilitará conocer los fallos latentes del sistema y minimizar los riesgos identificados (49).

7.3.4 Conocimiento y práctica de los trabajadores de la salud asociados a los riesgos en el proceso de manejo de medicamentos.

Esta categoría es considerada al igual que la anterior, como condición para el surgimiento de la categoría central basada en los comportamientos de los trabajadores de la salud en el proceso de manejo de medicamentos respondiendo al objetivo general de la investigación.

En el proceso de manejo de medicamentos intervienen una red de actores internos y externos que favorecen o previenen la ocurrencia de errores de medicación; en cada una de las etapas que lo conforman se pueden presentar riesgos para la ocurrencia de estos eventos. Este proceso es tomado por algunos autores como un sistema “conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí contribuyen a un determinado objeto”(60). En 1989, un panel de expertos convocados por la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCHCO) definió el sistema de utilización de los medicamentos como el “conjunto de procesos interrelacionados cuyo objetivo común es la utilización de los medicamentos de forma segura, efectiva, apropiada y eficiente (61)”.

La complejidad del denominado “sistema de utilización de los medicamentos”, que incluye los procesos de selección, prescripción, validación, dispensación, administración y seguimiento, es cada vez mayor, lo que conlleva a un mayor riesgo de ocurrencia de errores y que éstos, a su vez, causen efectos adversos a los pacientes. Basta en considerar la cantidad de actuaciones, decisiones clínicas e interconexiones asociadas a cada uno de sus componentes; los múltiples profesionales de la salud y no sanitarios que intervienen en los mismos, incluyendo los propios pacientes, la creciente especialización médica, la variedad de procedimientos, etc. Además, otros factores favorecen aún más la producción de errores, como son el escaso nivel de informatización de la asistencia sanitaria, su gran segmentación y la disponibilidad de un número mayor de medicamentos de difícil conocimiento y manejo, todo ello sin olvidar la cultura profesional sanitaria, la cual tiende a limitar en lugar de favorecer la comunicación abierta de los errores asistenciales y sus causas(19). Como consecuencia, la finalidad de este complejo y frágil sistema de utilización de los medicamentos, que no es otra que “proporcionar una terapéutica segura, apropiada y eficiente a los pacientes” (61), no siempre se consigue.

Aunque cada proceso suele ser competencia de un profesional sanitario específico, en la práctica, en muchos de ellos suelen intervenir varias personas (médicos, farmacéuticos, enfermeras, auxiliares, administrativos, pacientes, etc.) dependiendo de la organización y de los procedimientos de trabajo de cada institución. El funcionamiento global del sistema dependerá, por tanto, de todos y cada uno de estos profesionales y de su capacidad de coordinación y de trabajo

en equipo. Éste es un aspecto importante que supone un cambio cultural en los profesionales, quienes deben comprender y asumir sus competencias y funciones, así como la interdependencia de las mismas con las del resto de los implicados en la cadena (19). Esto es manifestado por los entrevistados de la siguiente manera:

... Aunque el médico sabe cómo se tienen que aplicar, aunque el médico sabe los efectos adversos, efectos secundarios, en fin, quizás en el papel que asume no se ve tan influenciado por el nivel de conocimiento, sin embargo no asume ciertos cuidados que podría asumir una enfermera por el papel que desempeña; es decir, respecto a los 5 correctos, respecto a vías de administración, diferente a las enfermeras que aunque tienen mayor cuidado respecto a eso, no son conscientes de ciertos elementos a cerca de farmacodinamia. (ENHCP0301C6P1)

... Cuando hablamos de la buena práctica para el uso seguro de medicamentos, estamos hablando de una práctica que es integral, que no se basa únicamente en el espectro terapéutico, esto es en el apego de una dosis de acuerdo a las características físicas del paciente, por edad, sexo, peso, etc. (EEXP0502C39P1.4)

... y como te he venido diciendo hay varios factores que intervienen que se presenten fallas y errores, y uno de ellos es el trabajo en equipo, trabajo en equipo que involucra la comunicación entre las personas que atienden a un paciente, y cada vez nos estamos volviendo más trabajadores independientes y vivimos solos, (EEXP0502C64P2.4)

En la industria farmacéutica, la investigación y desarrollo es una parte pequeña de sus presupuestos afectada por los gigantescos gastos en comercialización y administración, siendo mucho menor que sus ganancias. Es así que por más de dos décadas esta industria fue la más lucrativa. Los precios que cobran las compañías farmacéuticas guardan muy poca relación con los costos de fabricación, y podrían rebajarse en forma dramática sin poner en peligro la investigación y desarrollo. La innovación no es una prioridad en la industria farmacéutica. Sólo unas pocas drogas importantes han aparecido en el mercado en años recientes, y estas en su mayoría provienen de investigaciones realizadas en instituciones académicas, pequeñas compañías biotécnicas, o Institutos Nacionales de Salud costeadas con el dinero de los contribuyentes. La gran mayoría de las "nuevas" drogas no son nuevas, sino variación de drogas viejas ya existentes en el mercado. A estas se las denomina medicamentos "yo-también". La finalidad es asegurarse una buena participación en un mercado ya establecido y lucrativo produciendo algo muy similar a un medicamento de gran éxito en ventas. El verdadero objetivo de los esfuerzos en la comercialización de la industria farmacéutica no es el público sino los médicos. Finalmente son los médicos quienes prescriben. La industria farmacéutica utiliza los visitantes

médicos de excelente presentación personal y habilidades comunicativas, quienes entregan obsequios y organizan cenas para promocionar sus productos, en jornadas de capacitación persuadiendo especialmente a los médicos jóvenes de largo camino en la prescripción, quienes se sienten en deuda por las buenas atenciones. En la actualidad algunas instituciones de salud con formación académica han visto la importancia de establecer control en el acceso pero aún siguen lejos de lograrlo (62).

La OMS recomienda la creación de programas de capacitación continua en avances farmacológicos con la participación de diversas instituciones académicas, de investigación y de prestación de servicios velando por el desarrollo de competencias en el recurso humano en salud (63). Sin embargo, en ocasiones las instituciones de salud corren el riesgo al dejar estos programas de actualización en el manejo de medicamentos a los laboratorios farmacéuticos quienes tienen intereses particulares para que los médicos prescriban más ciertos medicamentos, como fue descrito en el análisis de la categoría 1, influyendo en la publicidad que es una fuente principal de actualización en el tema de medicamentos. El problema es que buena parte de la publicidad está disfrazada de información científica (39), (64), sin ser la fuente correcta como lo fue manifestado por los entrevistados, al igual, de la responsabilidad de las instituciones de salud en garantizar la competencia del profesional que prescribe medicamentos. Los siguientes fragmentos de entrevista dan cuenta de lo mencionado:

...y no que sean los laboratorios farmacéuticos los que inviten a los simposios sobre cierto tipo de medicamentos para inducir a la prescripción. (EEXP0501C35P3.4)

...pero la publicidad puede inducir a la prescripción, uno tiene que conocer muy bien el tipo de medicamento, y parte de esa publicidad puede ayudar, (EEXP0501C43P3.7) pero hoy el mecanismo que utilizan las diferentes casas farmacéuticas para inducir que esa publicidad, eh, tenga un mecanismo compensatorio para que formulemos cierto producto farmacéutico, (EEXP0501C44P3.7)

Como se ha descrito, el conocimiento y la práctica de los trabajadores de la salud afectan directamente la ocurrencia de errores de medicación, siendo esta una de las causas identificadas. El proceso de manejo de medicamentos es un trabajo que requiere conocimientos técnicos, científicos y gran responsabilidad ética por parte del equipo interdisciplinario que interviene en dicha práctica. El profesional de medicina debe tener amplios conocimientos acerca del fármaco que está prescribiendo tales como farmacocinética, farmacodinamia, posibles efectos adversos, reacciones medicamentosas, efecto esperado y deseado, farmacovigilancia entre otros

Los hallazgos de esta investigación coinciden en que culturalmente en el campo de la salud se tiende a la especialización y subespecialización en busca de mayor conocimiento, llevando a la mirada fragmentada de la salud en las personas. No obstante la relación del conocimiento especializado en salud y la realización personal inmersa en el consumismo, desencadena el uso excesivo de los servicios de salud así como de tecnología de punta y de los medicamentos de marcas comerciales más costosas.

Es reiterativo en las entrevistas, señalar que para el caso del profesional de enfermería desde su formación debe poseer y dominar los conocimientos suficientes asumiendo una actitud ética en la prevención de posibles errores aplicando la estrategia de los 10 correctos, que a su vez favorecen la identificación redundante como una de las prácticas más eficaces.

El concepto de los “correctos” hace referencia a todas aquellas acciones que garantizan la administración segura de medicamentos en la práctica de enfermería. También son considerados como estándares que aumentan la responsabilidad de la profesión ante el público y protegen los derechos de los pacientes (65).

Con el fin de dar claridad en este tema, se referencia el libro de Administración de medicamentos; teoría y práctica. Ediciones Díaz de Santos; Madrid, España. 1994, en el que se describen cada uno de los cinco correctos ya conocidos, y otros nuevos correctos que han ido apareciendo en la práctica diaria de la enfermera, para lograr una administración segura de medicamentos (66):

1. La administración del medicamento correcto: es comprobar el nombre e identificar la fecha de vencimiento de cada medicamento al menos dos veces antes de la administración, verificando las condiciones físicas del medicamento. Se recomienda la no administración de medicamentos preparados por otro personal, rotular el medicamento con nombre, dosis volumen del medicamento. Conocer la velocidad de infusión y tiempo de administración del medicamento. Ante la duda, no administrar y consultar fuentes primarias tales como el kardex y la historia clínica.
2. Administrar el medicamento al paciente correcto: antes de administrar el medicamento se debe comprobar la identificación del paciente, evitando posibles confusiones con otros pacientes de similares características, no utilizar el número de habitación de la persona para identificarlo.
3. Administrar la dosis correcta: corroborar dos veces la dosis antes de la administración, verificar cambios en la prescripción médica, cambios mínimos en la dosis ya que pueden afectar la respuesta terapéutica. El margen de seguridad es mínimo en los medicamentos, procurar conocer la concentración mínima tóxica y la concentración mínima efectiva. Revisar

cálculos matemáticos de dosis, volumen de dilución exacto y velocidad de infusión de cada medicamento de acuerdo a recomendaciones dadas.

4. Administrar el medicamento por la vía correcta: se debe estar seguro de la vía prescrita y de la aplicación correcta de la técnica de administración. Toda prescripción debe especificar la vía de administración, de lo contrario, se debe contactar inmediatamente con el médico para pedirle una aclaración, además teniendo en cuenta que tanto la técnica de administración del medicamento como el proceso de absorción del fármaco y su farmacocinética son distintas según sea la vía de administración.
5. Administrar el medicamento a la hora correcta: las concentraciones de fármacos en sangre depende de la constancia y regularidad de los tiempos de administración. Se debe tener claridad en los horarios diurnos y nocturnos.

Los otros correctos que son mencionados en este documento son:

6. Educar al paciente sobre el medicamento que se le administra; La educación debe realizarse antes de administrar los medicamentos, para que si ocurre alguna reacción, la persona comunique al personal de manera oportuna y este pueda reportar o actuar al instante y resolver el problema presentado.
7. Obtener una historia farmacológica completa del paciente: es imprescindible conocer hábitos, proceso actual del paciente, tratamiento farmacológico de base y características propias del paciente, ya que ello puede modificar e incluso contraindicar la administración de los fármacos preparados para administrar al paciente, por lo tanto, es necesario completar una historia farmacológica del paciente para mejorar dicho proceso y evitar complicaciones.
8. Conocer alergias medicamentosas del paciente: conocer premedicaciones y antagonistas para esquemas terapéuticos de medicamentos especiales así como signos tempranos de las reacciones adversas; en tal sentido es recomendable que el paciente posea algún dispositivo de identificación de alergias. El equipo de salud debe estar atentos a dichas reacciones a fin de notificarlos en forma oportuna.
9. Identificar las posibles interacciones: fármaco-fármaco y fármaco alimento: cuando se administran dos o más medicamentos simultáneamente pueden ocurrir un efecto farmacológico no deseado que altera la potencia o eficacia del medicamento.
10. Registrar cada medicamento que se administre: es obligatorio registrar la administración del medicamento inmediatamente una vez realizado dicho procedimiento, en el cual debe constar tanto la administración como la

supresión del medicamento, la dosis y la hora de administración, de igual manera alguna observación al respecto.

Cada una de estas acciones debe asumirse con una actitud ética y ayudar al equipo de salud a prever posibles errores de medicación, siendo estas las reglas para la administración segura de medicamentos. Así, el médico y el profesional de enfermería se convierten en el apoyo del auxiliar de enfermería para aclarar dudas y colaborar en lo que sea necesario (67).

En la prescripción, la influencia del conocimiento puede verse reflejada al momento de la formulación de un fármaco inapropiado para un paciente particular asociado al resultado de falta de conocimiento de las contraindicaciones impuestas por otras enfermedades que pueda presentar el individuo, falta de información sobre otros fármacos que el enfermo este tomando (incluyendo los que no requieren prescripción médica) o falta de reconocimiento de posibles incompatibilidades fisicoquímicas entre medicamentos que pueden relacionar entre sí. Las contraindicaciones del fármaco en presencia de otra enfermedad o las características farmacocinéticas (67).

Para el caso de los profesionales de enfermería, sobre la administración de medicamentos, uno de los requerimientos más importantes, quizás el fundamental, a la hora de administrar medicamentos en una institución de salud, corresponde al conocimiento que el personal tenga respecto a los distintos elementos que esta actividad implica.

Hay un predominio de la concepción biológica de la salud; se cree que el medicamento es sólo la molécula activa, se olvidan los aspectos sociales (económicos, políticos y culturales), se asume que el consumo de medicamentos y en general de bienes y servicios de salud son los que van a resolver los problemas de salud, pues de alguna manera ellos representan el “desarrollo”, el “avance de una ciencia única, pura y neutral”. Algunos entrevistados refieren:

... Todo lo contrario respecto a quienes tienen mayor conocimiento, porque se supone que si tú tienes mayor conocimiento acerca de ciertos medicamentos debes tener mayor cuidado con su utilización. Es decir, las acciones de prevención, eh... Tienen que ser asumidas de una manera más inquisitiva por quien tenga menor nivel de conocimiento que por quien tenga mayor nivel de conocimiento, (ENHCP0301C12P1)

... Sí, claro. Si hay una diferencia sería el nivel de conocimiento, cabe resaltar que un auxiliar de enfermería solamente estudia dos años, un enfermero estudia 5 y un médico estudia 5 a 7 años depende de su capacidad intelectual... se mejora con esas acciones notables, esas acciones notables son esos mismos errores que ve la institución y que pretende fortalecer para que no se vuelvan a reincidir, (EHSJD0301C7P2)

... Porque en gran parte del conocimiento médico, la percepción que se tiene del medicamento puede llevar a que se cometan errores a la hora de prescripción porque se convierte en algo mucho más fácil. Existe como cierto, eh, ego, por parte del profesional a la hora de prevenir estos riesgos asociados con la medicación, asumiendo de que siempre se tiene el conocimiento de cómo se debe usar cada medicamento, y esto pues de una u otra manera no llevaría a prevenir los riesgos en los errores de medicación. (EHSJB0301C5P1)

Es notorio el papel de las relaciones de poder entre los trabajadores de salud, donde se sobrepone el saber del médico sobre el de los demás profesionales, confundiéndose fácilmente con un asunto de “conocimientos y capacidades”. Sin embargo, es claro que se requiere la interdisciplinariedad en el proceso de manejo de medicamentos donde cada trabajador aporta desde su conocimiento a la prevención y detección temprana de errores de medicación, en donde la comunicación horizontal juega un papel fundamental en la interacción de profesiones.

En la revisión bibliográfica revisada se encuentran posiciones en contra de la utilización de alternativas terapéuticas sin evidencia. Medicinas no científicas, mal llamadas medicinas alternativas o medicinas naturales, que son una variedad de procedimientos usados con el fin de curar a las personas, que no pertenecen al campo de la medicina convencional y que carecen de evidencias científicas en eficacia y suelen basarse en premisas que contradicen el conocimiento científico. Al respecto, durante la asamblea general del consejo de estudiantes de medicina en España celebrada el 30 de octubre del año 2013, se pronuncia el desacuerdo y se menciona que realizar un procedimiento en que se desconoce la eficacia y seguridad, supone una clara vulneración de los principios éticos de beneficencia y de no maleficencia (68) .

El Código de Deontología Médica de obligatorio cumplimiento para profesionales y estudiantes, considera que estas prácticas son una infracción: “No son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces (...)”. Al respecto unos de los entrevistados refieren:

...y que uno muchas veces si ve que personas que no recurren a tratamientos farmacológicos basados en la evidencia clínica y en la medicina, y buscan otro tipo de alternativas, después quedan con algún tipo de complicaciones... (EHRL0201C32P10)

...Hay personas que llegan hasta a perder su vida por buscar otro tipo de alternativas con elementos, sustancias, u otras terapias que no están

debidamente fundamentadas... Entonces yo creo que los errores son más bien de otras prácticas que del uso de los fármacos que ya conocemos... (EHRL0201C33P10)

De acuerdo a los entrevistados, la utilización de la medicina basada en la evidencia, es el resultado del conocimiento científico y favorece la prevención de los riesgos de error contribuyendo a la atención segura de los pacientes. No obstante, es necesario concebir la costo-efectividad de los tratamientos a ofrecer ya que no siempre lo más costoso es lo mejor. Esta posición demuestra el dominio del modelo positivista en la concepción y tratamiento de las enfermedades.

Se evidencia que cuando se trata de temas de seguridad del paciente y el desarrollo de programas de prácticas para la disminución de los errores de medicación, especialmente con los medicamentos de alto riesgo se hace necesario reconocer primero la sorprendente complejidad que tiene el sistema de utilización de los medicamentos en las instituciones de salud. Complejidad que no se trata de un asunto técnicamente complicado. Una cosa es lo complicado y otra la complejidad. Lo que lo hace complejo es la importancia de “elementos” “no técnicos” que participan, o mejor hacen parte, del proceso; los que llamamos determinantes económicos, políticos y culturales que están inmersos en él.

De esta manera, hay que partir que ninguna práctica garantiza la seguridad de la utilización de los medicamentos de alto riesgo, sino que es necesario incluir múltiples prácticas en todas y cada una de las etapas del proceso de manejo de medicamentos. Por esta razón se recomienda que se implanten prácticas específicas dirigidas a evitar errores en el empaque, etiquetado, almacenamiento, prescripción, dispensación, preparación y administración de los mismos. En segundo lugar, hay que reconocer las múltiples disciplinas en el sistema, por lo que se debe involucrar a todos los actores que intervienen en el proceso incluyendo los pacientes (69).

Un elemento importante en la prevención de errores de medicación es la formación del equipo de salud, la cual está relacionada con el afianzamiento de las aptitudes y habilidades del personal de salud en las etapas del proceso de manejo de medicamentos. Se esperaría que en las instituciones de salud, las responsabilidades asumidas por el personal estén acordes a sus competencias, la estrategia educativa contrarrestaría la insuficiente formación y capacitación de los trabajadores de la salud que en ocasiones no son ofrecidas por las instituciones educativas. De igual manera, se suple la inadecuada inducción o entrenamiento de los trabajadores de la salud en su puesto de trabajo y se garantiza la formación continuada disminuyendo así los riesgos en el proceso de atención al paciente.

Por otra parte, las instituciones de salud pasan por momentos en los que se generan traumatismos en la atención al paciente, cuando no se prevén

ausentismos del personal asignado a un servicio determinado y se obliga a improvisar con personal que no está preparado para asumir el proceso, llamado de esta manera “impericia”. Este concepto es acorde a la percepción que manifiesta a continuación uno de los entrevistados, quien es químico farmacéutico:

...Bueno, dentro de los errores que hemos tenido en la medicación, no se ha cometido, sino más que todo es por mala práctica a la hora de la aplicación del medicamento, como el desconocimiento, ejemplo, utilizar una vía de administración diferente a la que está prescrita el medicamento, son más errores internos como de manejo, en el cual se han tomado las acciones correctivas y preventivas con respecto al conocimiento, más que todo en la parte de la administración del medicamento como tal... (EHEG10302C32P4)

7.3.5 Comportamientos de los trabajadores en el proceso de manejo de medicamentos: resultado de la formación y la ética profesional.

Esta categoría o fenómeno es considerada la categoría central. En ella se analizan las conductas de los trabajadores de la salud en el proceso de manejo de medicamentos antes, durante o después de presentarse un error de medicación y como estas son influenciadas entre otros, por la formación, principios y valores en el quehacer profesional. A continuación se presenta la matriz paradigmática en las que confluyen los aspectos más relevantes que dan cuenta de los resultados de la investigación:

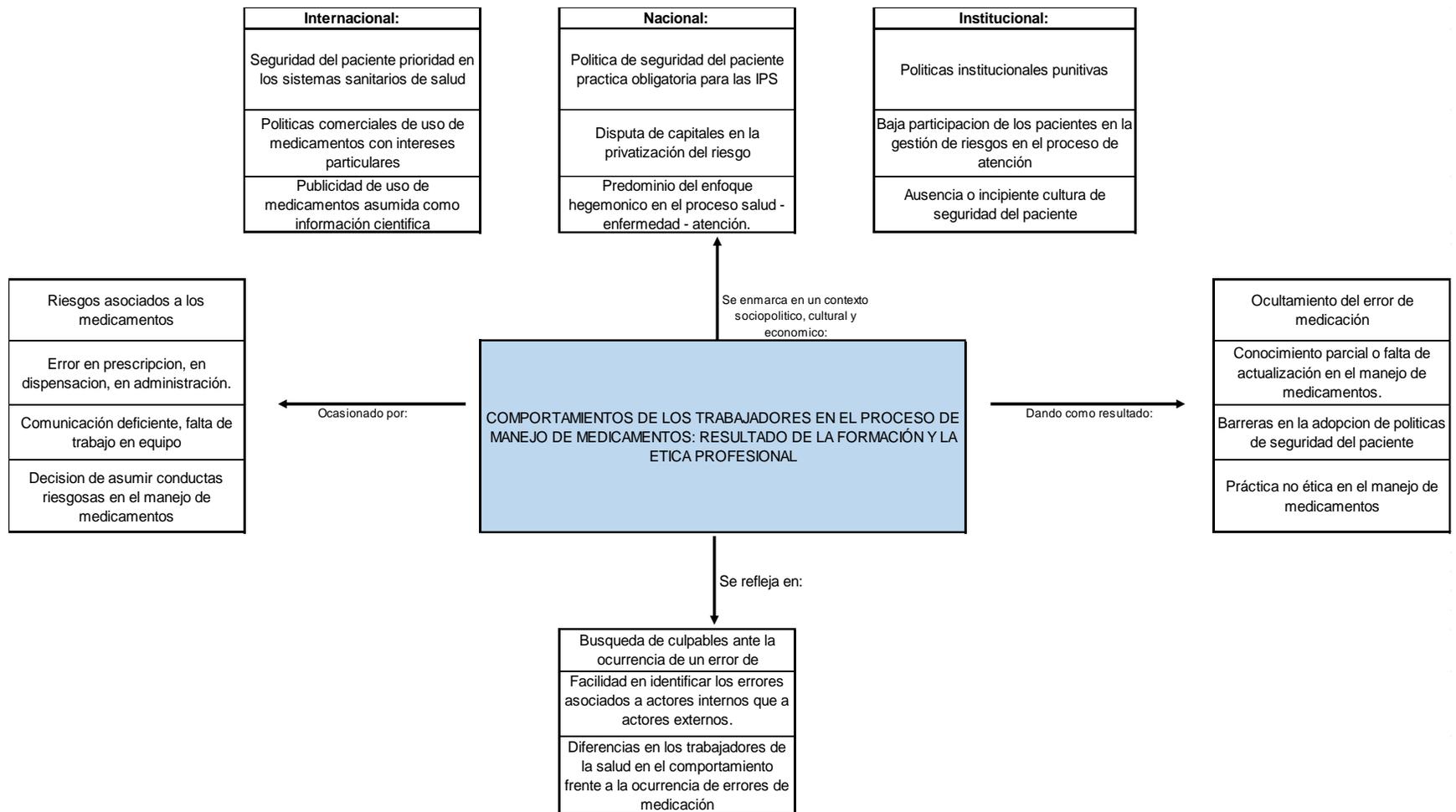


Figura 1. Matriz paradigmática categoría central: comportamiento de los trabajadores en el proceso de manejo de medicamentos: resultado de la formación y la ética profesional.

El comportamiento de los trabajadores de la salud frente a la ocurrencia de errores de medicación, es el resultado de una compleja trama de situaciones que afectan de forma positiva y/o negativa la conducta del trabajador ante el error de medicación. Estas circunstancias están asociadas a factores internos y externos de las instituciones de salud y a condiciones individuales y colectivas de los trabajadores de la salud en interacción con los equipos de salud y con los pacientes.

Entre los factores internos se encuentran: la organización del trabajo en las instituciones de salud; un aspecto que identifican los trabajadores como riesgo es el alto número de pacientes asignados a un solo equipo de trabajo o la asignación de funciones a personal que no tiene la competencia. Al respecto uno de los entrevistados expresa:

A nivel de Ibagué en las unidades de cuidados intensivos este papel es propio del profesional, pero obviamente en otros servicios por cuestiones de costos y otras cosas administrativas lo siguen haciendo los auxiliares de enfermería que están capacitados pero tienen nivel técnico, entonces al momento de la administración de medicamentos, la percepción de ellos varía muchísimo, y se producen muchos riesgos. (EEXP0505C108P4.4)

De igual manera, las políticas institucionales pueden promover ante la ocurrencia de un error de medicación, la búsqueda de culpables en actores externos o en el mismo paciente para evitar sanciones o consecuencias negativas en el trabajador. Estas políticas institucionales como se ha mencionado en el análisis de la categoría uno, deben estar dirigidas a la prevención de errores en el proceso de manejo de medicamentos, que incluyen acciones desde la estandarización de procesos así como el cumplimiento en procesos de selección de personal bajo un estándar óptimo de competencias. Al respecto uno de los entrevistados menciona:

...Creo yo que las acciones preventivas todavía son de una gran dimensión que lo que es todo el equipo de salud no las ha contemplado para colocar todas la barreras de seguridad y nos quedamos en pequeñas cosas como listado de medicamentos, nombre, el uso de acrónimos y abreviaturas, ciertos protocolos de medicamentos de alto riesgo, pero no prevenimos más allá, porque no hay todavía en cosas tan simples como la conciliación y la reconciliación medicamentosa al ingreso, y menos al egreso del paciente, entonces es un elemento que de manera preventiva no se abordan... (EEXP0501C24P2.5)

Otro factor importante identificado por algunos entrevistados es el relacionado con los programas de formación y de capacitación continua siendo una estrategia que contribuye a la prevención de errores; sin embargo estas acciones aun no son suficientes para la prevención de errores de medicación. La opinión de algunos expertos entrevistados fue la siguiente:

...Así que eso es una realidad que las instituciones deben saber para facilitar esa administración segura de medicamentos a partir de una capacitación permanente a su personal de los problemas que se están presentando de los eventos adversos, y como el conocimiento de qué sucede y cómo actuar es fundamental, para que con base a esa experiencia ellos hagan compromisos de mejora en las prácticas de administración de medicamentos... (EEXP0502C85P3.4)

A pesar de reconocer la importancia de la capacitación continua y mejora de las competencias laborales, la evaluación de desempeño no es bien vista por los trabajadores de la salud, generando temor a los resultados obtenidos sin asumir este proceso como parte del mejoramiento continuo, unido al desinterés en ocasiones a la actualización permanente. Frente a esta reflexión, unos de los expertos mencionan:

...La ley de talento humano en salud, no recuerdo, es 1164 establecida, que el personal sanitario debería actualizarse y certificarse periódicamente, desafortunadamente fue declarado inasequible por las altas cortes de nuestro país, no fue que ellos decidieran tumbarlo, sino que nosotros también decidimos tumbarlo porque nos da miedo que nos pregunten cositas para que nos pongan a estudiar... (EEXP0503C79P3.4)

...Sí, sí, yo creo que hay que estar capacitando continuamente al personal que está en contacto con los medicamentos, hay que estarlos actualizando... Incluso personal, las jefes pueden estar ahí con las auxiliares, pendientes de cómo administran el medicamento. Pero sí, hay que estar actualizando el personal, estar capacitándolos y recordándoles, haciendo campañas y dándoles a conocer para evitar el error de medicación. (EEXP0504C42P3.4)

Como factor interno identificado en la ocurrencia de errores de medicación, se encuentra la falta de comunicación asertiva del equipo de trabajo, y en este aspecto es importante resaltar que aunque las acciones de prevención son diferentes para cada trabajador de salud, ya que cada uno ejerce un rol diferente en el manejo de medicamentos, existen algunos puntos de encuentro donde interactúa el equipo de salud y requieren de medidas que disminuyan el riesgo de errores de medicación. Los entrevistados identifican que la falta de trabajo en equipo desmejora la comunicación y aumenta el riesgo de errores de medicación:

... trabajo en equipo que involucra la comunicación entre las personas que atienden a un paciente, y cada vez nos estamos volviendo más trabajadores independientes y vivimos solos, que toman decisiones aisladas y no en equipo, y esas decisiones aisladas para el tema de medicamentos pueden conducir a errores si no hacemos estrategias de comunicación, de presentación del caso, de escuchar otros conceptos

profesionales que puedan ayudar a evaluar la conveniencia de X o Y medicamento. Esa es una realidad, eh... Que sea este el momento para que se reflexione sobre la importancia de la comunicación en la mejor toma de decisiones. (EEXP0502C66P2.4)

... ¿Por qué la comunicación en el segundo grupo?, nosotros a lo largo de la historia en salud nos hemos acostumbrado a trabajar cada uno solo, como islas. El médico le entregaba una fórmula a un paciente, no le importaba. En la medida en que hemos empezado a trabajar como un sistema de salud estructurado, en diferentes partes, no solo EPS, IPS, una responsabilidad tiene el médico, otra es de farmacia, otra del nutricionista, otra el odontólogo, cada uno tiene una responsabilidad, se hace más necesario cada día establecer unas pautas claras de cómo decir las cosas al otro, no sólo verbalmente, el tono en que se digan, también desde el punto de vista, como se prescribe, el lenguaje, si lo administra una enfermera. Nosotros hoy en la formación que tenemos, no estamos dejando claras esas pautas de comunicación, escribimos para nosotros mismos, no escribimos para el que recibe ese documento llamado fórmula, o prescripción médica; entonces, el paciente interpreta lo que yo digo de acuerdo a lo que él cree que yo digo, el enfermero tiene que leer los jeroglíficos que escribe el médico para saber si es el medicamento correcto y la dosis correcta. (EEXP0503C40P2.4)

... pero más que la comunicación de los internos con los externos, yo creo que lo más importante es la comunicación interna, en el equipo de trabajo de la institución que atiende pacientes... y puede redundar en mayores mejoras cuando mejoramos la comunicación interna, en donde el equipo de salud interdisciplinario que atiende un paciente encuentre momentos de hacer partícipes de la comunicación, de la percepción que cada uno tiene de los medicamentos... Así que, para mí en esto del control de errores de medicamentos, y así lo ha demostrado la evidencia en los estudios, no es tanto de la comunicación fortalecida que tengamos con los externos, es lo que podamos hacer al interior de nuestra entidad, que ahí es donde están las fallas, los errores, ya lo externo se excede la competencia, insisto que para ello hay un organismo competente. (EEXP0502C120P4.3)

En un estudio realizado en Navarra, España en el 2005, dirigido a los profesionales de enfermería acerca de errores de medicación, se concluyó que las actitudes, los conocimientos y las creencias son independientes de las circunstancias para cometer errores. Al igual, se encontró que no existe unanimidad sobre lo que es un error, lo que demuestra un conocimiento insuficiente, lo cual es explicado en su análisis porque a los profesionales de enfermería les resulta confuso el concepto de error y tienden a desestimar las actuaciones que no causan daño al paciente (70). Por otra parte, el estudio

permitió identificar la relación de los factores que incrementan la probabilidad de que un profesional de enfermería “confiese” un error, en los que se resalta la edad (cuanto mayor, más posibilidad de comunicar el incidente) y la falta de especialidad (que parece incrementado, aunque su significación está en el límite) (70). En lo referente a la falta de especialidad fue descrito por uno de los expertos entrevistados, quien manifestó:

... pero en general, el comportamiento si lo ve uno más moldeado, con más auto crítica entre más bajo es el nivel a que mayor es el cargo, o el nivel de conocimiento. (EEXP0503C95P4)

Respecto a los factores externos que inciden en el comportamiento de los trabajadores frente a los errores de medicación se encuentran las exigencias en el cumplimiento de altos estándares de calidad y programas de farmacovigilancia definidos por el Invima y el Ministerio de Salud y Protección Social que favorecen la identificación de errores de medicación. Por otra parte, los laboratorios farmacéuticos utilizan mecanismos de compensación para que los médicos formulen más ciertos productos perdiendo así la objetividad en la prescripción del medicamento correcto; las dos situaciones anteriores son una clara muestra que los factores externos inciden en el comportamiento de los trabajadores frente a la ocurrencia de errores de medicación, aspectos que ya han sido analizados en las anteriores categorías.

En relación a los factores de cada trabajador de la salud frente al comportamiento ante el error de medicación, se encuentran aspectos de tipo ético y la adopción de conductas inseguras ya que aun conociendo los peligros se asume el riesgo para la ocurrencia del error de medicación.

... Hoy nosotros vemos que el médico “no se equivoca”, “eso fue lo que yo mandé, eso fue que ellos lo aplicaron mal”, entonces siempre (...) “mire como lo aplicó”, “mire como lo hizo”, “es que el paciente no hace caso”, pero nosotros no partimos de la idea de que el error es integral como equipo. Al no haber comunicación en el equipo, las personas no tienen la posibilidad de que las medidas que se tomen sean adecuadas para el equipo, que no se tomen de manera individual. “Eso para mí está bien, la que interpretó mal fue la enfermera”, entonces como ella fue la que se equivocó, para ellos si hay sanción, pero el médico como es perfecto no tienen ningún problema... (EEXP0503C69P3.2)

Frente a la conducta de la ocurrencia de un error de medicación, yo creo que sabemos que existe, que está latente, colocamos barreras de seguridad, pero que al final nosotros mismo violamos muchas de las normas, siendo conscientes de que puede ocurrir un evento y asumimos muchas veces ese riesgo. (EEXP0501C52P4.1)

Para describir los hallazgos de esta investigación, en materia de políticas de seguridad del paciente, actores involucrados, conocimientos y comportamientos de los trabajadores de la salud frente a los errores de medicación, es importante reflexionar a la luz de la Bioética y el Pluralismo Ético. Entendiendo la Bioética como la encargada de proveer los principios para la conducta correcta del ser humano respecto a la vida y el Pluralismo ético, como el ejercicio ético en el cual se asume la existencia de diferentes sistemas morales en conflicto para resolver dilemas morales (71).

Uno de los obstáculos del pluralismo ético en Colombia es el aumento de una cultura individualista, traducida en un doloroso “sálvese quien pueda”. Esta es también una opción moral. No necesariamente una ausencia de valores, pero cada cual intenta resolver sus propios problemas sin percibir los problemas de los otros y la similitud. Las decisiones se concentran en proteger los intereses propios, como resultado histórico de la hegemonía y las relaciones de poder hacia la falta de acciones colectivas, cierre sistemático y la polarización del sistema político (71). El siguiente fragmento de entrevista a uno de los expertos en seguridad del paciente refleja lo mencionado:

A qué voy con esto, no tanto de internos a externos sino entre los mismos internos, si yo soy el que cometo el error, yo por ninguna condición lo acepto “eso no fue mi culpa, es de los demás”, cuando tú le preguntas a una IPS o a un miembro de una IPS por qué se presentó el error del medicamento “eso fue por la EPS”, “el paciente no hizo caso”, “la farmacia no lo entregó”, “es que las autorizaciones”, “es que no está en el pos”, “es que el gobierno”, “es que el INVIMA no lo ha autorizado”, cincuenta cosas, pero no es capaz de reconocer que comete errores de manera propia... Entonces yo pienso que es un tema muy cultural de nosotros, pero tenemos la percepción de que los que cometen los errores son otros, otras organizaciones, otro que no soy yo, que nosotros somos perfectos. (EEXP0503C16P2)

... Una responsabilidad tiene el médico, otra es de farmacia, otra del nutricionista, otra el odontólogo, cada uno tiene una responsabilidad, se hace más necesario cada día establecer unas pautas claras de cómo decir las cosas al otro, no sólo verbalmente, el tono en que se digan, también desde el punto de vista, como se prescribe, el lenguaje, si lo administra una enfermera. Y entra a jugar un tema en el proceso de comunicación que es las características individuales del individuo, donde hay muchos individuos, sobre todo pasa con los médicos, que por su grado de conocimiento consideran que todo lo que hacen es perfecto, y no generan la posibilidad de tener una comunicación completa en doble vía, sino una comunicación parcial. (EEXP0503C41P2.4)

La falta de reconocimiento del error desde la interinstitucionalidad hace que los análisis de los eventos adversos carezcan de profundidad en la identificación de las múltiples fallas dentro del sistema de salud. La Bioética y el pluralismo ético, aportan elementos importantes en el entendimiento de los problemas acumulados y la solución de algunos de ellos al reconocer las influencias internas y externas que los ocasionan desde el punto de vista ético.

El temor al desprestigio profesional y a las posibles sanciones son factores contributivos ante el ocultamiento del error de medicación como parte del comportamiento de los trabajadores de la salud. A manera de ejemplo se conoce el “caso de las enfermeras del hospital de Denver, Canadá” ocurrido en 1996, un Error de Medicación que ocasionó la muerte de un recién nacido debido a la administración por vía intravenosa de una dosis diez veces superior a la prescrita de Penicilina-Benzatínica. Como consecuencia de ello, tres enfermeras fueron llevadas a juicio con cargos de “homicidio por negligencia criminal”. La defensa realizó un análisis minucioso del caso, encontrando 12 fallos a lo largo del proceso de medicación entre otros, los siguientes: medicamento innecesario, orden médica ilegible, falta de verificación de la orden médica por el farmacéutico, mal etiquetado de la especialidad farmacéutica e inexperiencia del personal de farmacia y de enfermería en el manejo del medicamento. Su informe llevó al jurado a exculpar a las enfermeras acusadas (19).

Este caso evidencia que los Errores de Medicación usualmente se deben a múltiples fallos en el sistema que cuando se alinean dan lugar al accidente. Así mismo, hace notar que castigar a los profesionales involucrados no hubiese facilitado subsanar los problemas para evitar que dicho suceso volviese a ocurrir(19). Referente a lo mencionado, algunos expertos en seguridad del paciente, entrevistados manifiestan:

...Esa concepción de que digamos si yo reporto un error de medicación entonces voy a recibir un castigo, hace que la identificación de los errores sea más difícil, (EEXP0504C6P1.2) las personas no, de pronto les da miedo reconocer que cometieron el error de mediación, por el temor de que de pronto los puedan... Eh, terminar sus contratos, (EEXP0504C7P1.2) entonces esas políticas punitivas afectan la identificación de los errores. (EEXP0504C8P1.2)

...Entonces lo que he observado durante mi experiencia es que cuando las acciones institucionales, como por ejemplo, la sobrecarga laboral (EEXP0505C14P1.2) y las acciones cuando se toman los errores en la medicación como algo punitivo, dificultan el reporte, y eso si es muy claro, (EEXP0505C15P1.2) porque el funcionario interno ve como la posibilidad de perder su trabajo, lo ve como algo punitivo, y no lo ve como una acción de mejora... (EEXP0505C16P1.2)

Los comportamientos de los trabajadores de la salud frente a los errores de medicación deben ser respaldados por políticas institucionales constructivas, de análisis y aprendizaje continuo que conlleve al reconocimiento de los riesgos previo, durante y posterior a la atención en salud, bajo los principios de la bioética de Beauchamp y Childress: el respeto de la autonomía entendida como la capacidad de pensar y actuar independientemente, no maleficencia refiriéndose a el deber de no causar daño o lesión, beneficencia como el deber de hacer el bien a los otros y la justicia estimada para mantener el orden social, la paz y la solidaridad y evitar la desintegración de la comunidad (72).

Dentro de las acciones que se han planteado para mejorar la seguridad del paciente y específicamente la prevención de errores de medicación se puede mencionar las definidas el 3 de octubre de 2012, en la Cumbre Ministerial de Ámsterdam, Países Bajos, dentro de las recomendaciones que se emitieron para promover el uso responsable de medicamentos se encuentran: Coordinar e incentivar una mejor armonización entre los profesionales de la salud para fomentar la continuidad de la atención sanitaria y una mejor administración de los medicamentos. Al igual, plantea la participación de todas las partes involucradas en el desarrollo y la aplicación de estrategias de medicamentos para un aprovechamiento óptimo de las capacidades de los profesionales de la salud y otros involucrados (73). Parte importante del asunto es que seguimos dividiendo a las personas en pequeños pedacitos, cada uno de los cuales le corresponde a un “especialista” (trabajador de la salud) distinto, esto es una pieza del modelo que prioriza los aspectos biológicos. Comprender a la persona de manera integral no se logra “poniendo juntos” los diversos pedacitos. Otras de las estrategias planteadas es la gestión participativa de los pacientes con enfermedades crónicas por parte de los profesionales de farmacia y enfermería; el apoyo de los farmacéuticos para mejorar la prescripción de los médicos; la defensa por parte de la Alianza Mundial de Profesiones de la Salud de la formación multiprofesional local, algunas de estas han sido formuladas específicamente para algunos Países Bajos (73).

Otro modelo propuesto en la literatura es la implementación de programa de gestión del riesgo aplicado a la prevención de errores de medicación, metodología originada en las grandes empresas y se introdujo al sector salud desde 1960 en Estados Unidos como consecuencia de las crisis por la mala praxis, que permite adoptar una actitud participativa y activa dirigida a prevenir y evitar los riesgos clínicos que generan un aumento en los costos de la atención en salud e incrementar la seguridad de los pacientes y de los profesionales así como mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Este programa contempla el análisis y conocimiento del contexto, identificación de los incidentes por medicamentos, análisis y evaluación de los errores de medicación y tratamiento de los errores de medicación basado en prácticas de mejora en la seguridad del paciente como paso fundamental en la implementación de los programas institucionales (74).

De esta manera es necesario hacer mayor énfasis en el papel activo de los pacientes, en la necesidad de transformar en la práctica la concepción de salud. Así mismo en las condiciones de trabajo, que en los últimos años se refiere a la flexibilización laboral, que no es más que una forma de aumentar la explotación de los trabajadores, lo que hace que se tenga más carga de trabajo, peores condiciones, mayores exigencias con menor control y satisfacción con el trabajo; situación que contribuye a explicar la percepción, actitudes, y prácticas de los trabajadores frente a los errores.

8. Discusión

Desde el análisis de la salud colectiva los errores de medicación son el resultado de la disputa entre industria farmacéutica, EPS, Estado, trabajadores de salud, pacientes en la que en la actualidad hay hegemonía de la industria farmacéutica y EPS que se manifiesta en la influencia de una concepción de salud centrada en lo biológico (72). El predominio de los intereses y necesidades de la industria y EPS se disfraza en el discurso de garantía de calidad en la prestación de servicios y eficiencia en el uso de los recursos. Se identifican diferencias de intereses entre industria farmacéutica y EPS, pero tienen en común el enfoque de la salud centrada en lo biológico. La participación del Estado se da por medio de Ministerio, INVIMA, secretarías, que busca ganar reconocimiento, legitimidad y mantener gobernabilidad, y el recurso que utiliza es la expedición de política y normas (por ejemplo leyes y requisitos de acreditación). De igual manera, las IPS también han tenido cierta participación, pero ha sido muy relegada, al igual que la voz de los trabajadores de salud y los pacientes.

En este contexto, los errores de medicación son una de las principales causas de eventos adversos, considerados como un grave problema en la atención en salud, y por tanto de gran interés para la salud pública a nivel mundial debido al impacto negativo en diversos ámbitos (1). Esta investigación caracterizó los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de las Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima, en la que se identificó que los comportamientos de los trabajadores de la salud en el proceso de manejo de medicamentos está influenciado por la identificación del error de medicación desde los actores del sistema general de seguridad social así como por el conocimiento y la práctica acerca de los riesgos, desarrollados estos en una trama en el que las políticas de seguridad del paciente y factores sociopolíticos, culturales y económicos intervienen en las instituciones de salud.

Más que un asunto de conocimientos y de información es un asunto de la concepción de salud-enfermedad-atención, de medicamento y de la relación entre ellos, el predominio del modelo hegemónico de la salud (18) olvida aspectos sociales (económicos, políticos y culturales) de los medicamentos, se asume que el consumo de estos y de servicios de salud son los que van a resolver los problemas de salud.

Desde los aspectos legales, la falta de conocimiento puede estar asociada a la imprudencia que consiste en actuar sin previsión ni diligencia, para aplicar el grado de conocimiento y habilidad técnica requerida en la atención al paciente, sin dejar de lado otras causas como las condiciones laborales, insatisfacción, exceso de carga laboral, exceso de confianza en la tecnología médica, entre otros. Y donde la imprudencia grave es entendida como la omisión de todas las precauciones exigibles que debieron adoptarse en el suceso o evento de que se

trate, o al menos de las más elementales o rudimentarias y es sancionada a título de delito(75). Llevando así, a no solo ocasionar daño en el paciente sino sus implicaciones legales en el ejercicio de la profesión.

La identificación y la prevención de los errores de medicación constituyen una prioridad para los trabajadores de la salud, las instituciones de salud, autoridades y organismos nacionales e internacionales sanitarios (8).

La presente investigación, demuestra que la percepción de los errores de medicación en los trabajadores de salud contempla la necesidad de trabajar en equipo, cada miembro a pesar de su rol, debe articular con los demás para la atención integral del paciente y la prevención, detección, reporte y manejo de los errores de medicación que pudiesen presentarse.

De esta manera es necesario hacer mayor énfasis en el papel activo de los pacientes, en la necesidad de transformar en la práctica la concepción de salud. Así mismo en las condiciones de trabajo, que en los últimos años se refiere a la flexibilización laboral, que no es más que una forma de aumentar la explotación de los trabajadores, lo que hace que se tenga más carga de trabajo, peores condiciones, mayores exigencias con menor control y satisfacción con el trabajo; situación que contribuye a caracterizar los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud.

9. Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye que predomina el enfoque hegemónico en la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, a partir de su formación así como, en las políticas públicas del Sistema de Salud Colombiano.

El contexto social en el que ocurren los errores de medicación, se relaciona con los actores internos definidos como los involucrados en cada una de las etapas del proceso de manejo de medicamentos; así como, con los actores externos siendo las instituciones que influyen en la formulación de políticas locales, departamentales, nacionales e internacionales para el manejo de medicamentos.

Los trabajadores de la salud entrevistados tienen la percepción de mayor identificación de errores de medicación desde los actores internos, reconociendo los errores como un problema de salud pública influenciado por presiones comerciales para posicionar medicamentos, medios de comunicación que influyen en las prácticas seguras, la mercantilización de la salud desde la legislación colombiana y condiciones laborales con escasos incentivos de formación académica así como pobres garantías económicas ante la informalización laboral especialmente en el sector público.

En la construcción de la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud que laboran en las instituciones participantes de esta investigación, se identifican en mayor proporción las causas internas relacionadas con las condiciones laborales, los conocimientos, la comunicación, el trabajo en equipo, los procedimientos frente a las causas externas como la publicidad de la industria farmacéutica, la contratación de la red de prestadores de servicios de salud desde las aseguradoras y la influencia de las instituciones como el Invima y entes gubernamentales en la formulación de políticas.

En la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de las Empresas Sociales del Estado participantes de esta investigación, se consideran parte de las consecuencias asociadas al error, el bajo reporte del evento adverso relacionado con el temor a la sanción o la falta de apoyo institucional al culpabilizar el individuo más no el proceso; el uso de alternativas terapéuticas sin evidencia científica, la no adopción de conciliación y reconciliación medicamentosa así como el uso de medidas correctivas más que preventivas.

Los comportamientos de los trabajadores de la salud asociados a los errores de medicación se derivan de la acción – interacción principalmente por el

reconocimiento institucional a través de las políticas de seguridad del paciente, la participación comunitaria, identificación de las creencias y articulación de actores internos y externos.

Teniendo presentes los resultados evidenciados en la investigación, donde los comportamientos de los trabajadores en el proceso de manejo de medicamentos son el resultado de la formación y la ética profesional y que estos se enmarcan en un contexto: *institucional* en el que las políticas punitivas afectan la cultura de la seguridad del paciente y no facilitan la participación de los pacientes en la gestión del riesgo durante el proceso de atención; *nacional* en el que a pesar de la obligatoriedad en la implementación de la política de seguridad del paciente persisten barreras como la disputa de capitales y el predominio del enfoque hegemónico y el *internacional* en el que la seguridad del paciente es una prioridad en los sistemas de salud aunque siguen presentes los intereses particulares de la industria farmacéutica hacen que los trabajadores de la salud adopten prácticas que no contribuyen a la prevención de errores favoreciendo el ocultamiento del error como una práctica no ética que facilita la ocurrencia de los errores de medicación.

Es un reto necesario desarrollar desde la salud colectiva la transformación cultural en los trabajadores de la salud acorde a las necesidades, intereses y perspectivas de los mismos, de los pacientes y la población, que permitan superar la mirada de la salud y los medicamentos centrada en lo biológico, al servicio de la acumulación de capital y del control social.

10.Recomendaciones

A partir del trabajo realizado y de las conclusiones obtenidas surgen las siguientes recomendaciones:

- Continuar con el abordaje de análisis cualitativo de la seguridad del paciente y de los errores de medicación donde no solo se vincule a los actores internos, sino que se trate de incluir a los actores externos y al paciente para poder tener una comprensión más amplia de la caracterización del error de medicación en el contexto social, cultural y económico del sistema de salud colombiano.
- Unido a la continuidad en el abordaje de análisis cualitativo, se recomienda avanzar en la explicación de los errores de medicación no solo desde el modelo hegemónico de explicación del proceso salud – enfermedad – atención predominante hasta el momento, sino que se amplíe a otros modelos de explicación de este fenómeno como el de la medicina social.
- De igual manera, se recomienda el abordaje de la seguridad del paciente y de los errores de medicación desde las instituciones de formación de técnicos, tecnólogos y profesionales de la salud, que permita desde la base de conocimiento de cada rol del trabajador tener la claridad acerca de los riesgos y las consecuencias que generan los errores de medicación. Así mismo, les permita identificar su papel en la prevención de estos.
- Dentro de las estrategias que se pueden promover para la prevención de errores de medicación y mejorar la seguridad del paciente se encuentran: la concertación entre las diferentes partes involucradas, para la formulación de una política de seguridad que permita la identificación y reporte de errores de medicación, basada en unos principios de carácter no punitivo y que promuevan la ética en el ejercicio de las actividades inherentes a la práctica de cada trabajador de la salud. Así mismo, la Implementación del Sistema de Utilización de medicamentos puede permitir minimizar las situaciones que conllevan a un error de medicación. Por último, se propone la identificación de situaciones que afectan a los trabajadores de la salud en la realización de sus funciones, como las condiciones de trabajo respecto a carga laboral, horarios, rotaciones, entre otras.
- Es necesaria la vinculación de los pacientes y sus familias como participantes activos en la generación de la cultura de seguridad del paciente, no solo al interior de las instituciones de salud, sino en el marco del sistema de salud colombiano que permita desde un enfoque integral la comprensión de sus necesidades y la inclusión de las acciones necesarias para una atención segura con el compromiso de todos los actores del sistema de salud.

- Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, es necesario la revisión y en caso de ser necesario el ajuste a la normatividad aplicable a la publicidad directa al consumidor, que permita propender por el uso apropiado de medicamentos, disminuyendo la probabilidad del uso de la publicidad como mecanismo que incida en la prescripción objetiva por parte del profesional médico.

Referencias bibliográficas

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud: Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos [Internet]; 2010. [Consultado 2012 jul 02]. Disponible en: <http://201.234.78.38/ocs/paquetes/paquetes/Medicamentos.pdf>
2. García, L. Estrategias para reducir los errores de medicación en personas mayores. Best Pract [Internet]. 2009;13(2):1-4. [Consultado 2012 ago 12]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/2009_13_2_reducir_errores_de_medificacion.pdf
3. Aranaz JM, Aibar C. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica estudio IBEAS. Madrid, España: Organización Mundial de la Salud; 2009: 7-12. [Consultado 2012 jun 30]. Disponible en: http://www.seguriddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf
4. España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe técnico, estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS, Proyecto Séneca [Internet]; 2008: 21-24. [Consultado 2012 ago 17]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
5. Aranaz JM, Aibar C. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización . ENEAS [Internet]. Madrid, España; 2005. [Consultado 2012 ago 12]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
6. Abajo FJ De. El medicamento como solución y como problema para la salud pública. una breve incursión a los objetivos de la farmacoepidemiología. Esp Salud Pública. 2001;75(4):281–3. [Consultado 2012 ago 12]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v75n4/a02v75n4.pdf>
7. Red de Investigadores y Promotores del uso apropiado del medicamento en America Latina. Farmacos: Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el uso adecuado de medicamentos. Bol electrónico. 2001;4(4). [Consultado 2012 ago 12]. Disponible en: <http://www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/sep01.pdf>

8. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: La Investigación en Seguridad del Paciente [Internet]. 2008: 11. [Consultado 2012 ago 12]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
9. Ramos BN. Calidad de la Atención en Salud: Error Médico y Seguridad del Paciente. Revista Cubana de Salud Pública 2005. 31 (3): 239-244. [Consultado 2012 ago 12]. Disponible en: http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_05.pdf
10. Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo: Resultados de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza; 2002. p. 6–8. [Consultado 2012 jul 02]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf
11. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente [Internet]. 2008. p. 52. [Consultado 2012 ago 23]. Disponible en: http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
12. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Marco Teórico, la seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes Instruccionales Guía técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del paciente en la atención en Salud.” 2009. p.8-9-10. [Consultado 2012 ago 19]. Disponible en: <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
13. Otero MJ. El papel del farmacéutico en la prevención de los errores de medicación [Internet]. Formación continuada para farmacéuticos de hospital II. Barcelona, España: Ferrer Grupo; 2004. p. 9. [Consultado 2013 feb 03]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero17.pdf>
14. Ospina AS, Benjumea DM, Amariles P. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de sus definiciones. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2011. 29(3):329–340. [Consultado 2013 feb 04]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewArticle/9494>
15. Consenso de Granada. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados

- a la Medicación (RNM). España; 2007. p. 5–17. [Consultado 2013 feb 12]. Disponible en: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/374.pdf>
16. Instituto para el uso seguro de los medicamentos, Sociedad Española de farmacia hospitalaria. Terminología [Internet]. Ruiz-Jarabo G. Madrid, España; 2000. p. 3. [Consultado 2013 feb 09]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero26.pdf>
 17. Leape LL, Brennan TA, Laird NAN, Lawthers ANN, Localio AR, Barnes BA, et al. The Nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med.* 1991;324(6):377–84. [Consultado 2013 feb 09]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199102073240605>
 18. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. Expert Group on Safe Medication Practices. Glossary of terms related to patient and medication safety. Council of Europe. 2005. p. 1–13. [Consultado 2012 ago 20]. Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>
 19. Otero MJ, Martín R, Robles MD. 2.14. Errores de medicación [Internet]. Barcelona, España; 1998. p. 35. [Consultado 2015 nov 23]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero07.pdf>
 20. American Society of Health- System Pharmacists ASHP. Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals. *Medicat Misadventures–Guidelines.* 1993;9. [Consultado 2013 feb 11]. Disponible en: http://www.ashp.org/s_ashp/docs/files/MedMis_Gdl_Hosp.pdf
 21. March J, Prieto MA, Escudero A, M SY. Seguridad del paciente: una perspectiva antropológica. *Humanit Humanidades Médicas.* 2005;27–41. [Consultado 2012 ago 10]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo2.pdf>
 22. Lorda PS. Ética y seguridad de los pacientes: una aproximación a la realidad. *Humanit Humanidades Médicas.* 2006;145–60. [Consultado 2012 jul 23]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo10.pdf>
 23. Perdomo Rubio A, Martínez Silva P. Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá. *Rev Gerencia Políticas de Salud.* 2010;9(19):150–78. [Consultado 2012 ago 20]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2626/1889>

24. Rabaneque Hernández MJ. La seguridad clínica desde la perspectiva económica. *Humanit Humanidades Médicas*. 2008;181–98. [Consultado 2012 ago 17]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo12.pdf>
25. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Saude CB de estudios de. El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro, Brasil; 2011. p. 6. [Consultado 2012 ago 15]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/alamescebesrio.pdf>
26. Hernández M. Desigualdad inequidad e injusticia en el debate actual en salud posiciones e implicaciones. Taller Latinoamericano de determinantes sociales de la salud. México, México; 2008. p. 16. [Consultado 2012 ago 15]. Disponible en: <http://saludyambiente.uasb.edu.ec/component/k2/item/59-desigualdad,-inequidad-e-injusticia-en-el-debate-actual-en-salud-posiciones-e-implicaciones>
27. Blumer H. El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método. Barcelona, España: Gráficas Porvenir Lisboa [Consultado 2014 jun 26]. 1981. p. 1–3.
28. Baptiste HJ, Bosco G. Reseña Canon Sociológico de Xavier COLLER. Tecnos, editor. *Rev Española Cienc Política*. Segunda. Mad; 2011;27:127–30. [Consultado 2014 jun 25]. Disponible en: recp.es/index.php/recp/article/download/74/55
29. Bentolina HR. Instituto de Filosofía, Facultad de Humanidades Universidad Nacional del Nordeste. La Superación de la Epistemología. El Giro Comprensivista de la Ciencia y la Desfundamentación Lingüística de la Experiencia . *Comun científicas y tecnológicas*. 2006; 1-4. [Consultado 2014 jun 25]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/02-Humanidades/2006-H-028.pdf>
30. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Salud OP de la, Salud OM de la, editors. Washington; 2006. 20 - 26 p. [Consultado 2014 jun 25]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf?sequence=1>
31. Marín Gallego JD. El conocimiento pedagógico fundamentado en una epistemología de los sistemas complejos y una metodología hermenéutica. *Dialnet*. 2011;3(6):13–25. [Consultado 2014 jun 25]. Disponible en: <http://revistas.usta.edu.co/index.php/magistro/article/view/554/840>

32. Ritzer G. La teoría social del interaccionismo simbólico. In: McGrawHill, editor. Teoría Sociológica moderna. Madrid, España; 2002. p. 247–87. [Consultado 2014 jun 25]. Disponible en: <https://trabajosocialunam.files.wordpress.com/2014/02/interaccionismo-mead.pdf>

33. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa . Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Segunda. Antioquia U de, editor. Medellín, Colombia; 2002. 340 p. [Consultado 2014 jun 25]. Disponible en: http://www.academia.edu/949983/Bases_de_la_investigaci%C3%B3n_cualitativa._T%C3%A9cnicas_y_procedimientos_para_desarrollar_la_Teor%C3%ADa_Fundamentada

34. Natera G, Mora J. La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones. In: Valdés P y, editor. Análisis cualitativo en salud Teoría, método y práctica. Primera. Mexico D.f; 2000. p. 73–97. [Consultado 2014 jun 25]. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=mY_VARw3wScC&pg=PA73&lpg=PA73&dq=La+teoria+fundamentada+en+el+estudio+de+la+familia+y+las+adicciones+natera&source=bl&ots=sG5_niuqgj&sig=ar1tJYfub5iyMBJohMbGouxBlc&hl=es-419&sa=X&ei=8qJUVc6eHYWMNpvCgYAF&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=La%20teoria%20fundamentada%20en%20el%20estudio%20de%20la%20familia%20y%20las%20adicciones%20natera&f=false

35. Hudelson PM. Qualitative research for health programmes. Ginebra, Suiza: Worl Health Organization DoMH; 1994. 108 p. [Consultado 2014 jul 25]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.3.pdf

36. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe : Building up safe medication practices Expert Group on Safe Medication Practices (P-SP-PH / SAFE) [Internet]. Geneva; 2006. [Consultado 2014 jun 18]. Disponible en: [http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/socsp/Medicatio n safety culture report E.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/socsp/Medicatio%20n%20safety%20culture%20report%20E.pdf)].

37. Otero M. Prevención de errores de medicación y cultura de seguridad. Farm Hosp (Madrid). 2002;2((4)):271–3. [Consultado: 2014 jun 18]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero04.pdf>

38. Carmona E. El acetaminofen ¿no sirve para nada? [Internet]. 2012. [Consultado 2014 jun 18]. Disponible en: <http://farmacoterapiasegura.bligoo.com.co/>
39. Organización Mundial de la Salud. Acción Internacional por la Salud. Comprender la Promoción Farmacéutica y Responder a Ella. 2010;1:159-178. [Consultado 2014 nov 23]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Comprendiendo-promocion-farmaceutica.pdf>
40. Sucrí A. Las Causas y Riesgos del Uso Irracional de Medicamentos [Internet]. Diario la Prensa. 2014. [Consultado 2014 nov 18]. Disponible en: <http://www.laprensa.com.ar/423078-Las-causas-y-riesgos-del-uso-irracional-de-medicamentos.note.aspx>
41. Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 155 Política Farmacéutica Nacional. Bogotá; 2012:4-48. [Consultado 2014 nov 18]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/155.pdf>
42. Colombia. Ministerio de Salud Y Protección Social. Resolución 2003 de 2014 Por la Cual se Definen los Procedimientos y Condiciones de Inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud. Bogotá, 2014: 28-34 [Consultado 2014 nov 24]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20003%20de%202014.pdf
43. Arredondo A. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. Cad. Saúde Públ, Rio de Janeiro, 8(3):254-261, jul/set, Brasil. 1992; [Consultado: 2014 nov 19]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05>
44. Menéndez EL. La Crisis del Modelo Médico y las Alternativas Autogestionarias en Salud *. 1982;1-13. [Consultado 2014 nov 19]. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-centroamericana-de-ciencias-de-la-salud/articulo/la-crisis-del-modelo-medico-y-las-alternativas-autogestionarias-en-salud>
45. Maglio F. “Entre la Evidencia y la Narrativa.” ¿Por qué ser médico hoy? Buenos Aires, Argentina: Ed. Libros del Zorzal.; 2009; 79-92. [Consultado 2014 nov 21]. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-centroamericana-de-ciencias-de-la-salud/articulo/la-crisis-del-modelo-medico-y-las-alternativas-autogestionarias-en-salud>

46. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient?. www.qualityhealthcare.com. 2002;76–81. [Consultado 2014 nov 20]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743559/pdf/v011p00076.pdf>
47. Paper S. A system of medical error disclosure. www.qualityhealthcare.com. 2002;64–9. [Consultado 2014 nov 20]. Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/11/1/64.full.pdf+html>
48. Davis RE, Sevdalis N, Vincent C a. Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2011 Jan. 20(1):108–14 [Consultado 2014 nov 20]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21228083>
49. Arellano OL, Escudero C, Dary L. Los Determinantes Sociales de la Salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud , ALAMES *. 2008; 323-335. [Consultado 2014 nov 20]. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538>
50. Laurell AC, Salud-enfermedad DELP. La Salud-Enfermedad como proceso social *. *Cuad Médicos Soc*. 1982;19. [Consultado 2014 nov 21]. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
51. Guzmán RG. La Medicina Social ante el Reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2009;135–43. [Consultado 2014 nov 12]. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/315/652>
52. Borrero Yadira. Derecho a la salud justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2011;Vol. 29,(No. 3):1–13. [Consultado 2014 nov 12]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/7402>
53. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human Building a Safer Health System. 1999. 1-34 p. [Consultado 2014 nov 25]. Disponible en: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728
54. Otero MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev Esp Salud Publica*. 2003;77 N° 5:527–40. [Consultado 2014 nov 23]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1135-57272003000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

55. España, Ministerio de Sanidad y Política Social. Actividades Dirigidas a la Prevención de Errores de Medicación en Centros sanitarios de Castilla y León. Castilla y León; 2009;1-27. [Consultado 2014 nov 23]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/memoria_proyecto_CYL.pdf
56. Belén ML. Modelo Me Realizando “diagnósticos diferenciales” de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *kairos Rev temas Soc.* 2011;28(Universidad Nacional de San Luis):2–4. [Consultado 2014 nov 23]. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4347726.pdf
57. Teresa M, Codina C, Carné X. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. 2014;118(6):205–10. [Consultado 2014 nov 26]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13026201&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=105&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v118n06a13026201pdf001.pdf
58. José M, López O. Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales (Parte b). *Rev. Española Salud Pública.* Vol 78. España, 2004; 330-339. [Consultado 2014 nov 26]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17078304>
59. Espinosa JC. Frecuencia y Caracterización de los Errores de Medicación en un Servicio de Hospitalización de una Clínica en Cali , Colombia. 2013;42(1):5–18. [Consultado 2013 feb 13]. Disponible en: http://www.farmacia.unal.edu.co/unciencias/data-file/user_66/V42N01-01%20-2013%281%29.pdf
60. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22^a ed. Madrid. 2001. [Consultado 2014 mayo 23]. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
61. Nadzam DM. Systems approach to medication use. *Medication Use: A systems approach to reducing Errors.* Second Edi. 2008; 5-13. [Consultado 2014 nov 21]. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=GRn8HM6579IC&pg=PA37&dq=NADZAM+DM+SYSTEMS+APPROACH&hl=es-419&sa=X&ei=CrhUVeGUOYiqggTSy4CYBw&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q=NADZAM%20DM%20SYSTEMS%20APPROACH&f=false>
62. Angell M. La verdad acerca de la industria farmacéutica. Norma E, editor. Bogotá, Barcelona, Buenos Aires; 2006; 59-74. [Consultado 2014 nov 23].

Disponible en:
<https://books.google.com.co/books?id=Vq80RRXLSjYC&printsec=frontcover&dq=LA+VERDAD+ACERCA+DE+LA+INDUSTRIA+FARMACEUTICA&hl=es-419&sa=X&ei=5rhUVcy4CMSVNrn1gYgl&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=LA%20VERDAD%20ACERCA%20DE%20LA%20INDUSTRIA%20FARMACEUTICA&f=false>

63. Organización Mundial de la Salud. *Cómo Desarrollar y Aplicar una Política Farmacéutica Nacional*. 2 ed. Ginebra, Suiza; 2002. [Consultado 2014 nov 21]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5410s/s5410s.pdf>
64. Brody H, Light DW. The inverse benefit law: how drug marketing undermines patient safety and public health. *Am J Public Health* [Internet]. 2011 Mar.;101(3):399–404 [Consultado 2014 dic 9]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3036704&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
65. Pérez DZ, Villegas SK. Más allá de los cinco correctos en administración de medicamentos desde la percepción de los profesionales de enfermería H.N.A.A-2012. Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. [Consultado 2014 nov 23]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/197/1/TL_PerezAgipDiana_VillegasAdanaqueShirley.pdf
66. Ramos BS, Guerrero Aznar MD. *Administración de medicamentos; teoría y práctica*. Ediciones. Madrid, España.; 1994. 15 - 24 p. [Consultado 2014 nov 21]. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=NJhzDTwqchkC&pg=PA3&source=gb_s_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
67. Hernández Pérez MA, Mestre Zarate MB, Mora Rodríguez L, Ramírez Suárez NE. Factores asociados a errores en la administración de medicamentos por el profesional de enfermería en una IPS de tercer nivel en Cartagena. Corporación Universitaria Rafael Nuñez; 2013;80-90. [Consultado 2014 nov 11]. Disponible en: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/592/trabajo%20de%20grado%20final.pdf?sequence=1>
68. Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina. *Posicionamiento contra las Terapias Alternativas sin Evidencia Científica*. España, 2013:1–3. [Consultado 2014 nov 13]. Disponible en: <http://esmateria.com/wp-content/uploads/2013/10/POSICIONAMIENTO-DE-TERAPIAS-ALTERNATIVAS-SIN-ENVIDENCIA-DEMOSTRADA.pdf>

69. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Salamanca, España; 2007; 7-11. [Consultado 2014 nov 14]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo.pdf>
70. Teresa Díaz-Navarraz M, Seguí-Gómez M. Actitudes, conocimientos y creencias de los profesionales de enfermería sobre errores de medicación. Rev Calid Asist [Internet]. 2006 Jan;21(1):6–12. [Consultado 2014 nov 23]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X06707485>
71. Álvarez MH. La Bioética y el pluralismo ético. Redalyc.org. 2001;1:74–85. [Consultado 2014 nov 19]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2914/2094>
72. Siurana JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. 2010;Rev Veritas 22(Marzo):121–57. [Consultado 2014 nov 23]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
73. Cumbre Ministerial. Los beneficios del uso responsable de los medicamentos. Ámsterdam, Países Bajos; 2012; 3-15 [Consultado 2014 nov 13]. Disponible en: https://www.fip.org/centennial/files/static/REPORT_MINISTERS_SUMMIT_-_Spanish_version_final.pdf
74. Otero MJ. El papel del farmacéutico en la prevención de errores de medicación. Curso de Formación continuada en farmacoterapia. Módulo IV La Gestión de riesgos en la prevención de errores de medicación. Arán ES, editor. Madrid, España; 2007; 7-41. [Consultado 2014 feb 11]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero17.pdf>
75. Ruiz W. La responsabilidad médica en Colombia. Criterio Jurídico. 2004;4:195–214. [Consultado 2014 feb 21]. Disponible en: revistas.javerianacali.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/.../962

Anexos

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO FASE 1 Y 2

PROYECTO: **CARACTERIZACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACION DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE II NIVEL DE ATENCION DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA 2014**

INVESTIGADORES: **YASMITH DE LOS RÍOS BERMÚDEZ – GINA BIBIAN RODRÍGUEZ DULCEY**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____
EDAD: _____, OCUPACIÓN: _____
CODIGO EN EL ESTUDIO: _____ LUGAR DEL ESTUDIO: _____
PROYECTO FINANCIADO POR: _____

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE:

Los errores de medicación se consideran un problema de gran importancia desde la salud pública. Se espera tener una aproximación a la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud. Contar con la información que trabajadores de la salud puedan proporcionar, ayudará a entender mejor el fenómeno y así diseñar pautas de apoyo en términos de uso adecuado de medicamentos en instituciones hospitalarias.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una entrevista basada en un guión. Esto tomará aproximadamente una hora de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La información será recolectada y se analizará por parte de los investigadores, conforme a los ejes temáticos; las investigadoras nos comprometeremos a garantizar la confidencialidad de la información.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez terminada la investigación las cintas con las grabaciones de entrevistas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de

las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Los beneficios que se han contemplado en este proyecto están orientados a la comunidad y sociedad, a través de la adquisición de un mayor conocimiento sobre el tema y por lo tanto brinda la opción de un mejor abordaje del mismo.

Si usted está de acuerdo, para comenzar por favor llene los siguientes datos:

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por YASMITH DE LOS RIOS BERMUDEZ Y GINA BIBIAN RODRIGUEZ DULCEY. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Entiendo que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de este consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

Para constancia de aceptación de la participación este documento se firma a los _____ días del mes de _____ del año 2014, en la ciudad/municipio de _____.

Firma: _____ **Nº Teléfono *:** _____

*El nombre y el teléfono se tendrán en cuenta únicamente en caso de verificación de datos.

ANEXO 2
GUIÓN DE ENTREVISTA N°1

Municipio: _____ Lugar: _____ Horario: _____

Preparación: Para la aplicación de la entrevista se hará con los criterios de inclusión y exclusión definidos. Para este caso, trabajadores de la salud que están vinculados al proceso de manejo de medicamentos en las ESE de II nivel de atención del departamento del Tolima.

Para la entrevista con los trabajadores de la salud se requiere contar con un lugar tranquilo, ventilado, alejado de los ruidos.

Materiales: Grabadora, consentimiento informado, guión de entrevista, lapiceros.

PREAMBULO

Saludo, bienvenida y agradecimiento por la participación en la entrevista.

Somos estudiantes de la Maestría de Salud Pública UDEA – UT, estamos desarrollando el trabajo de investigación **CARACTERIZACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACION DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE II NIVEL DE ATENCION DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA 2014**

El objetivo principal de la investigación es Caracterizar los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima.

Estamos interesados en su participación por su experiencia en el tema. La información que nos provea será muy importante para tenerse en cuenta para futuras decisiones en el ámbito de prácticas seguras en la IPS (específicamente relacionadas con el uso de medicamentos), a su vez nos servirá de insumo practico para el trabajo de investigación.

En esta actividad no hay respuestas correctas o incorrectas, sino diferentes puntos de vista. Favor siéntase con libertad de expresar su opinión.

Estaremos grabando la entrevista, ya que no queremos perder detalle de sus comentarios. Estamos tan interesadas en los comentarios negativos como en los positivos. En algunos casos los comentarios negativos son aún más útiles que los positivos. Nuestra entrevista durará aproximadamente una hora.

PREGUNTAS

1. Díganos por favor lo primero que le viene a su mente cuando escucha el término error de medicación. (en una sola palabra).
2. ¿Para usted que son los medicamentos?
3. ¿Considera que el uso de medicamentos genera riesgos a los pacientes? Describa cuales.
4. ¿Cómo el personal de salud está vinculado a la generación de estos riesgos?
5. Existe alguna etapa del proceso de manejo de medicamentos que genera mayor riesgo de error de medicación.
6. ¿Qué actitudes adopta frente a estos riesgos?
7. ¿Qué actitudes adopta frente a los errores de medicación?
8. ¿Cómo es su conocimiento sobre los medicamentos y sus riesgos?
9. Describa las prácticas que adopta como personal de salud y que contribuyen o minimizan estos riesgos de errores de medicación
10. ¿Qué creencias tiene usted como personal de salud sobre el uso de medicamentos? Estos inciden en los errores de medicación.
11. ¿Cómo afectan sus actitudes, conocimientos, prácticas y creencias frente a la ocurrencia de errores de medicación?
12. ¿Cómo afecta su actividad diaria el concepto de medicamentos?
13. ¿Usted cree que siempre que se le suministra al paciente un medicamento tiene un beneficio?
14. ¿Cuál es el proceso implementando en la institución para el uso de medicamentos?
15. ¿Este proceso genera riesgos para la ocurrencia de errores de medicación?
16. ¿Desde los procesos administrativos de la institución que prácticas, actitudes o creencias contribuyen a la generación de errores de medicación?
17. ¿Cuáles son los errores de medicación que se presentan con mayor frecuencia en la institución, cuál es su manejo?
18. ¿Desde los procesos externos a la institución y al personal de salud, como son las EPS, los laboratorios farmacéuticos - proveedores de medicamentos, Ministerio, que prácticas contribuyen a la generación de errores de medicación?
19. ¿Usted cree que existe alguna relación entre errores de medicación y los procesos externos a la institución?

Terminamos con las preguntas ¿Tiene preguntas o quiere decir algo más?
¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO 3 GUIÓN DE ENTREVISTA N°2

Municipio: _____ Lugar: _____ Horario: _____

Preparación: Para la aplicación de la entrevista se hará con los criterios de inclusión y exclusión definidos. Para este caso, trabajadores de la salud que están vinculados al proceso de manejo de medicamentos en las ESE de II nivel de atención del departamento del Tolima.

Para la entrevista con los trabajadores de la salud se requiere contar con un lugar tranquilo, ventilado, alejado de los ruidos.

Materiales: Grabadora, consentimiento informado, guión de entrevista (2), lapiceros.

PREAMBULO

Saludo, bienvenida y agradecimiento por la participación en la entrevista.

Somos estudiantes de la Maestría de Salud Pública UDEA – UT, estamos desarrollando el trabajo de investigación **CARACTERIZACION DE LOS ERRORES DE MEDICACION DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE II NIVEL DE ATENCION DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA 2014**

El objetivo principal de la investigación es Caracterizar los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima.

En el desarrollo de esta investigación se ha ejecutado una primera fase a través de entrevistas basadas en un guión a trabajadores de la salud que participan en el proceso de manejo de medicamentos; en esta segunda fase se busca la relación de los aspectos identificados en la ocurrencia de errores de medicación de acuerdo al análisis realizado en la primera fase.

Estamos interesados en su participación por su experiencia en el tema. La información que nos provea será muy importante para tenerse en cuenta para futuras decisiones en el ámbito de prácticas seguras en la IPS (específicamente relacionadas con el uso de medicamentos), a su vez nos servirá de insumo practico para el trabajo de investigación.

En esta actividad no hay respuestas correctas o incorrectas, sino diferentes puntos de vista. Favor siéntase con libertad de expresar su opinión.

Estaremos grabando la entrevista, ya que no queremos perder detalle de sus comentarios. Estamos tan interesadas en los comentarios negativos como en los positivos. En algunos casos los comentarios negativos son aún más útiles que los positivos. Nuestra entrevista durará aproximadamente una hora.

PREGUNTAS (2)

1. ¿Considera usted que las acciones de prevención de riesgos en errores de medicación están relacionadas con la percepción acerca del uso de medicamentos y se refleja en la práctica según el rol del trabajador de la salud en el manejo de medicamentos? Explique:
2. ¿Es posible que el reconocimiento de los riesgos de errores de medicación esté asociado al proceso institucional de manejo de medicamentos y a la percepción que tiene el trabajador de la salud acerca del uso de medicamentos?
3. Si en la ocurrencia de errores de medicación, participan actores internos (trabajadores de la salud) y actores externos (proveedores, laboratorios farmacéuticos, entes de control entre otros), ¿considera que la identificación de errores de medicación se relaciona con los conocimientos de este tipo de eventos?
4. ¿Considera usted que los trabajadores de la salud identifican más fácil los errores de medicación donde participan los actores internos que en los que participan los actores externos debido al conocimiento que se tiene a cerca del error de medicación?
5. ¿La percepción acerca del uso de medicamentos está influenciada por el concepto de medicamentos así como las creencias asociadas a su uso?
6. ¿Cuándo se presenta un error de medicación, la conducta del trabajador de la salud está relacionada con el conocimiento del error de medicación así como su rol en el proceso de manejo de medicamentos?

Terminamos con las preguntas ¿Tiene preguntas o quiere decir algo más?
¡Muchas gracias por su participación!

**ANEXO 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO FASE 3**

PROYECTO: CARACTERIZACION DE LOS ERRORES DE MEDICACION DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE II NIVEL DE ATENCION DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA 2014

INVESTIGADORES: YASMITH DE LOS RÍOS BERMÚDEZ – GINA BIBIAN RODRÍGUEZ DULCEY

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____
EDAD: _____, OCUPACIÓN: _____
CODIGO EN EL ESTUDIO: _____ LUGAR DEL ESTUDIO: _____
PROYECTO FINANCIADO POR: _____

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE:

Los errores de medicación se consideran un problema de gran importancia desde la salud pública. Se espera tener una aproximación a la caracterización de los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud. Contar con la información que trabajadores de la salud puedan proporcionar, ayudará a entender mejor el fenómeno y así diseñar pautas de apoyo en términos de uso adecuado de medicamentos en instituciones hospitalarias.

Esta investigación ya ha avanzado en la recolección de información en dos momentos, en la primera parte para la identificación de aquellas categorías que describen la caracterización de los errores de medicación y una segunda etapa donde se analizaron e identificaron las relaciones de las primeras categorías, para esta tercera fase estamos interesados en interpretar y comparar estas relaciones y análisis.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una entrevista. Esto tomará aproximadamente una hora de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La información será recolectada y se analizará por parte de los investigadores, conforme a los ejes temáticos; las investigadoras nos comprometemos a garantizar la confidencialidad de la información.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez terminada la investigación las cintas con las grabaciones de entrevistas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Los beneficios que se han contemplado en este proyecto están orientados a la comunidad y sociedad, a través de la adquisición de un mayor conocimiento sobre el tema y por lo tanto brinda la opción de un mejor abordaje del mismo. Si usted está de acuerdo, para comenzar por favor llene los siguientes datos:

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por YASMITH DE LOS RIOS BERMUDEZ Y GINA BIBIAN RODRIGUEZ DULCEY. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Entiendo que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomó en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

Para constancia de aceptación de la participación este documento se firma a los _____ días del mes de _____ del año 2014, en la ciudad/municipio de _____.

Firma: _____ **Nº Teléfono *:** _____

*El nombre y el teléfono se tendrán en cuenta únicamente en caso de verificación de datos.

ANEXO 5 GUIÓN DE ENTREVISTA N° 3

Municipio: _____ Lugar: _____ Horario: _____

Preparación: Para la aplicación de la entrevista se hará con los criterios de inclusión y exclusión definidos. Para este caso, profesional de la salud, con experiencia de más de 5 años en la implementación de programas de seguridad del paciente en instituciones de salud en Colombia

Para la entrevista se requiere contar con un lugar tranquilo, ventilado, alejado de los ruidos.

Materiales: Grabadora, consentimiento informado, guión de entrevista (3), lapiceros.

PREAMBULO

Saludo, bienvenida y agradecimiento por la participación en la entrevista.

Somos estudiantes de la Maestría de Salud Pública UDEA – UT, estamos desarrollando el trabajo de investigación **CARACTERIZACIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACION DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE II NIVEL DE ATENCION DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA 2014**

El objetivo principal de la investigación es Caracterizar los errores de medicación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud de Empresas Sociales del Estado de II nivel de atención del departamento del Tolima.

En el desarrollo de esta investigación se han ejecutado dos fases con entrevistas basadas en un guión a trabajadores de la salud que participan en el proceso de manejo de medicamentos: primera fase descriptiva y una segunda fase analítica, que arrojaron hipótesis provisionales.

En esta tercera fase se presentarán una serie de afirmaciones derivadas del análisis de lo dicho por los participantes en las fases previas, que se espera sean enriquecidas con sus aportes o aún negadas con argumentación que permita la contradicción.

Estamos interesados en su participación por su experiencia en el tema. La información que nos provea será muy importante como aporte para futuras decisiones en el ámbito de prácticas seguras en las IPS (específicamente

relacionadas con el uso de medicamentos), a su vez nos servirá de insumo práctico para el trabajo de investigación.

En esta actividad no hay respuestas correctas o incorrectas, sino diferentes puntos de vista. Favor siéntase con libertad de expresar su opinión.

Estaremos grabando la entrevista, ya que no queremos perder detalle de sus comentarios. Estamos tan interesadas en los comentarios negativos como en los positivos. En algunos casos los comentarios negativos son aún más útiles que los positivos. Nuestra entrevista durará aproximadamente una hora.

PREGUNTAS (3)

1. Frente a la afirmación "las políticas institucionales de seguridad del paciente y el proceso de manejo de medicamentos están asociados a la identificación y prevención de errores de medicación", ¿cuál es su opinión según su conocimiento y experiencia?
 - 1.1. Considera usted que "a pesar de las políticas institucionales implementadas, ¿aún siguen presentes los riesgos " de ocurrencia de errores de medicación? ¿Por qué?
 - 1.2. ¿Qué opina acerca de "las acciones institucionales como sanciones, dificulta el reporte y la conducta frente a los errores de medicación"?
 - 1.3. ¿Es posible que la concepción de salud centrada (exclusivamente) en lo biomédico, olvidando los aspectos sociales, influya en la ocurrencia de los errores de medicación?
 - 1.4. ¿Influirá el concepto de medicamento centrado (exclusivamente) en sus propiedades farmacológicas, olvidando los aspectos sociales del mismo en la ocurrencia de errores de medicación?
2. A la afirmación "los trabajadores de la salud identifican más los errores asociados a actores internos que los asociados a los actores externos", ¿qué opinión tiene usted?
 - 2.1. ¿Considera usted cierto que " se tiene la percepción que son difíciles de comprobar los errores de medicación asociados a los actores externos"? ¿Por qué?
 - 2.2. ¿Es posible que "la identificación y ocurrencia de errores de medicación es mayor en actores internos"? Explique:

- 2.3. Dentro de los errores de medicación se identifican "factores externos como la etiqueta, el envase del medicamento y algunos asociados al contexto externo a las instituciones de salud...." ¿qué tanto se identifican?
 - 2.4. ¿Cuál es su opinión acerca de "factores internos en las instituciones como la comunicación, trabajo en equipo influyen en la ocurrencia de errores de medicación"?
 - 2.5. ¿Que nos podría decir frente a la hipótesis "los principios éticos del trabajador de la salud se relacionan con las acciones de prevención, notificación y actuación ante la ocurrencia de un error de medicación"?
3. ¿Considera usted cierto que "el nivel de conocimiento y la práctica en el manejo de medicamentos por parte de los trabajadores de la salud es diferente según el rol del trabajador de la salud"? ¿Por qué?
 - 3.1. ¿Es posible que "el nivel de conocimiento y la práctica influyen en la prevención, ocurrencia y conducta frente a los errores de medicación"? Amplíe su respuesta por favor:
 - 3.2. ¿Qué opinión le merece la afirmación "las acciones frente a errores de medicación son diferentes en cada rol"?
 - 3.3. ¿Es posible que "el nivel de conocimiento y practica influyen en la percepción del uso de medicamentos"? ¿Por qué?
 - 3.4. Con relación a la afirmación "la ocurrencia de errores de medicación tiene relación con la falta de actualización", ¿qué opina usted?
 - 3.5. ¿Qué opina usted de: "el desconocimiento en el uso de medicamentos genera errores en las etapas del proceso de manejo de medicamentos"?
 - 3.6. ¿Qué puede usted decirnos a cerca de "en ocasiones creencias tanto en trabajadores y pacientes no tienen un sustento científico"?
 - 3.7. ¿Cree usted que el papel de la publicidad es una fuente principal de actualización en el tema de medicamentos? ¿Por qué?
 4. ¿Qué opina usted acerca de "comportamientos frente a los errores de medicación están asociados al rol de los trabajadores de la salud"?

- 4.1. De la afirmación "las acciones de prevención de riesgos de errores de medicación, la identificación y la conducta frente a la ocurrencia del error de medicación, están asociadas al rol de los trabajadores de la salud" ¿qué puede usted decir?
- 4.2. ¿Considera usted cierto que "los comportamientos frente a errores de medicación se asocian a la percepción en el uso de medicamentos"? ¿Por qué?
- 4.3. ¿Es posible que "dentro de las acciones de prevención de riesgos de errores de medicación, se reconoce la comunicación efectiva entre actores internos y externos"? ¿Por qué?

Terminamos con las preguntas ¿Tiene preguntas o quiere decir algo más?
¡Muchas gracias por su participación!