



VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo de la clínica Roque armando López Álvarez (RAL) de los municipios Supía y Riosucio durante el año 2015.

Investigadores: Diana Clemencia Castaño Duque - Gloria Elena Castaño López

Línea de Investigación: Gestión de la Calidad

Área de conocimiento a la que aplica: Salud

Programa de Posgrado al que se articula: Especialización en Administración de la Salud

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad/municipio: Supía y Riosucio Departamento: Caldas

Duración del Proyecto (periodos académicos): 2

2. RESUMEN

La presente investigación sobre análisis de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo de la clínica Roque Armando López Álvarez (RAL) de los municipios Supía y Riosucio durante el año 2015, se realizó con el fin de identificar la percepción del personal asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando sobre el clima organizacional de la institución y determinar si existía un adecuado reporte de eventos adversos tanto en el personal asistencial como administrativo; todo lo anterior, con el fin de impactar en la disminución de eventos adversos atribuibles al proceso de la enfermedad, con un alto grado de prevención en la atención de sus usuarios.

Adicionalmente, como futuras profesionales en administración en salud, pretendimos a través de esta investigación realizar un trabajo de campo, enfocado a la aplicación de los conocimientos adquiridos durante los tres periodos académicos en la temática de proyectos e investigación; lo cual será de gran ayuda para nuestra vida profesional y laboral.

Las limitaciones del mismo, estuvieron dadas por los temores del personal y los conceptos errados que este tiene acerca de que el reporte de eventos adversos es de carácter punitivo y represivo, lo cual impide que los funcionarios de la Clínica Roque Armando López expresen de manera abierta y amplía sus experiencias en lo referente a este tema.

El objetivo de esta investigación, fue analizar la cultura de seguridad del paciente en el personal de la Clínica Roque Armando López de los Municipios de Supía y Riosucio durante el año 2015; lo anterior, en vista de la importancia que se ha dado a la seguridad del paciente y que la institución está en miras a la acreditación, por lo cual quisimos realizar un trabajo que proporcionara aportes significativos y efectivos y que nos permitiera plantear recomendaciones

encaminadas a mejorar la cultura sobre seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo de la clínica Roque Armando López.

De otro lado, en cuanto a la metodología utilizada se realizó un estudio de carácter descriptivo y naturaleza cuantitativa, y a través de la aplicación de dos instrumentos modalidad encuesta dirigidos al personal asistencial y administrativo; se plasmaron aspectos relevantes en el proceso de seguridad del paciente como: trabajo en equipo, intervención del jefe inmediato y de la gerencia en los procesos de seguridad del paciente, efectividad en la comunicación entre las diferentes áreas de trabajo, frecuencia y reporte de eventos adversos por parte de la Clínica Roque Armando López, y antecedentes del personal entre otros; preguntas con las cuales se pretendía conocer y analizar el nivel de cultura y compromiso con la seguridad del paciente por parte del personal, sus conocimientos sobre eventos adversos y la prevención de los mismos, así como la efectividad en su reporte.

Finalmente, se concluyó que aunque existen conocimientos acerca de la importancia de la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos tanto en el personal asistencial como administrativo de la Clínica Roque Armando, y a pesar de que todo el personal trabaja con el apoyo de la gerencia para garantizar el continuo mejoramiento la calidad de la atención en salud; existe un escaso reporte de eventos adversos, lo cual se ve evidenciado en que un 78% del personal manifiesta no haber diligenciado un solo reporte de evento adverso en el último año y apenas un 11% de este manifiesta haberlo hecho.

Dicha conclusión se sustenta en que teniendo en cuenta que la prestación del servicio de salud implica un alto riesgo, y que de acuerdo a la clasificación de eventos adversos entre los más leves están: la cancelación de un procedimiento quirúrgico, una infección de sitio operatorio, una reacción adversa a un medicamento o una flebitis en sitio de venopunción, por lo cual resulta incierto que ningún caso de los anteriores le haya sucedido a un 78% del personal de la Clínica Roque Armando durante ese año.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA PREGUNTAS DEL CONOCIMIENTO

La atención en salud es cada vez más compleja, hace uso de tecnologías muy sofisticadas, se ofertan más servicios, y existen diferentes variables tanto en el perfil epidemiológico de los usuarios como en el perfil de los profesionales, lo cual hace que la prestación de servicios de salud sea cada vez más riesgosa.

Es por ello, que toda Institución prestadora de servicios de salud debe manejar una cultura de seguridad del paciente tanto en el personal asistencial como en el administrativo, que más que una implementación de guías y protocolos institucionales, se convierta en una política de la Institución prestadora de servicios de salud que genere la promoción, concertación, coordinación y sensibilización de acciones encaminadas al alcance de logros efectivos, con el fin de que estos no se queden en un simple marco de referencia para cumplir con estándares de habilitación, sino que tengan un impacto en la calidad de vida de los usuarios, en la satisfacción por los servicios recibidos y en la imagen y credibilidad de la institución prestadora de servicios de salud y las entidades responsables del pago.

Teniendo en cuenta que la atención en salud implica un riesgo, resulta de vital importancia que el personal conozca que si bien es cierto que los eventos adversos generan un daño adicional para el paciente, alteran su proceso de recuperación e incrementan su tiempo de tratamiento, ya que estos tienen repercusiones de diferente índole como son: físicas, psíquicas, económicas y legales; también es cierto que solo con su reporte se generan insumos para su análisis y gestión y por ende su prevención; motivo por el cual es relevante que tanto el personal asistencial como administrativo de la clínica Roque Armando López, se concientice de dichas implicaciones y consecuencias tanto para el paciente y su familia, como para la Institución que presta el servicio y la

aseguradora del paciente , y de este modo incrementa su oportuno y adecuado reporte.

En vista de la importancia que se ha dado a la seguridad del paciente y que la institución está en miras a la acreditación, se pretendió realizar un trabajo de investigación que proporcionara aportes significativos y efectivos que nos permitieran plantear recomendaciones encaminadas a mejorar la cultura sobre seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo de la clínica Roque Armando López , con el fin de impactar en la disminución de eventos adversos atribuibles al proceso de atención en salud con alta probabilidad de prevención.

Por lo descrito anteriormente, quisimos investigar cual ha sido la cultura de seguridad del paciente existente en el personal de la clínica Roque Armando López de los municipios de supía y Riosucio durante el año 2015?

4. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que desde el mismo momento en que el paciente ingresa a una Institución prestadora de servicios de salud se expone a una serie de riesgos tales como: Errores en la administración de medicamentos, reacciones adversas medicamentosas, caídas, quemaduras, complicaciones de su cuadro clínico y en algunos casos hasta la muerte inesperada; analizar y evaluar la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo de la clínica Roque Armando López Álvarez resulta de vital importancia, ya que dicha clínica presta servicios de atención en el primer y segundo nivel de complejidad en los municipios de Supía y Riosucio, y sería totalmente contraproducente para estos que se presenten incidentes o eventos adversos que compliquen el cuadro clínico de sus pacientes, teniendo en cuenta su nivel de complejidad y su lejanía de la ciudad de Manizales.

Adicionalmente, de este modo se incentiva la notificación permanente de eventos adversos en un entorno no punitivo; con la consecuente sostenibilidad de prácticas seguras por parte del personal de la Clínica Roque Armando López, en pro de la prevención de toda clase de incidentes y eventos adversos que atenten de algún modo contra la seguridad de sus pacientes.

Cultura se define como el conjunto de conocimientos que permiten a alguien desarrollar su juicio crítico; es por ello, que una cultura adecuada sobre seguridad del paciente en cualquier institución prestadora de servicios de salud, representa uno de los requisitos esenciales para evitar en la medida de las posibilidades la ocurrencia de eventos adversos, ya que a través de una buena práctica en salud se tiene la posibilidad de aprender de los errores de una forma práctica y sistemática; y así mismo, rediseñar los procesos con el fin de que dichos errores no se vuelvan a presentar.

Los eventos adversos representan un alto impacto para las instituciones prestadoras de servicios de salud no solo en el campo económico, sino en la calidad de la prestación del servicio; ya que estos afectan directamente su imagen y la satisfacción del usuario y sus familiares por el servicio recibido, así como, la confianza en la institución y en el personal de salud.

Lo anterior, teniendo en cuenta que cuando un usuario acude a una institución prestadora de servicios de salud confía que allí encontrará la solución a su problema y que a su egreso alcanzara el bienestar físico y emocional completo; Por el contrario, si durante su atención sufre un evento adverso puede tener no solo una discapacidad permanente o temporal que afecte su aspecto físico, emocional y/o mental, sino que se expone a una serie de procedimientos no esperados que pueden llevarlo a un tratamiento prolongado, y a una complicación de su cuadro clínico inicial.

Es por ello que, le corresponde a la institución asegurar medidas preventivas que garanticen que durante la atención del paciente este no sufra eventos adversos; y que, si llegan a ocurrir gradualmente se presente una importante disminución en su incidencia.

En toda institución, el personal asistencial y administrativo debe estar alerta previniendo estos hechos, brindando medidas de atención segura y de calidad, puesto que un accidente originado por fallas relacionadas con el cuidado, el acompañamiento y/o la aplicación de medidas de seguridad puede ocasionar eventos adversos con consecuencias graves para el paciente y su familia, adicionalmente aunque los eventos adversos no son glosables según la normatividad vigente (Resolución 3047 de 2008, artículo 14 Manual único de glosas), si generan una responsabilidad legal.

Frente esto el consejo de Estado en el fallo 22304 de 2012 manifestó "El evento adverso se ha entendido como aquel daño imputable a la administración por la atención en salud y/u hospitalaria, que no tiene su génesis u origen en la patología de base del paciente, y que puede desencadenar la responsabilidad de los prestadores del servicio de salud – entendidos en sentido genérico–, desde diversas esferas u órbitas legales (...) los eventos adversos, como incumplimiento de la obligación de seguridad y vigilancia, se localizan en el campo de los actos extra médicos toda vez que es en este ámbito en que se pueden materializar los posibles riesgos o circunstancias que sean configurativas de eventos de responsabilidad de la administración sanitaria que no se relacionan con la patología de base; en consecuencia, el deber que se desprende de esa relación jurídica consiste en evitar o mitigar todo posible daño que pueda ser irrogado al paciente durante el período en que se encuentre sometido al cuidado del centro hospitalario".

Es por ello , que el enfoque de esta investigación nos permitió no solo analizar la cultura de seguridad del paciente en el personal de la clínica Roque Armando López Álvarez (RAL) de los municipios de supía y Riosucio durante el año 2015, sino medir su grado de eficacia en el reporte y la incidencia de eventos adversos prevenibles atribuibles al proceso de la atención en salud; además, nos permitió plantear recomendaciones que brinden la posibilidad de mejorar la cultura sobre seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo de la *Clínica* de acuerdo a las falencias detectadas, con la consecuente implementación de nuevos procedimientos que optimicen la seguridad de los pacientes, al proporcionar herramientas a estos que les ayude a comprender y manejar los riesgos y complicaciones que trae consigo una complicación del cuadro clínico del paciente, impactando de este modo sobre la calidad de vida de los usuarios de la clínica Roque Armando López.

5. OBJETIVOS:

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de cultura de la seguridad del paciente en el personal asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando López Álvarez de los Municipios de Supía y Riosucio durante el año 2015.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Realizar la caracterización del talento humano participante en la medición de la cultura de seguridad del paciente, en la Clínica Roque Armando López Álvarez.
2. Determinar el grado de avance de las características esenciales de la cultura de seguridad del paciente (clima, actitud, comunicación, oportunidad en reporte, prácticas interdisciplinarias) del personal asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando López.
3. Establecer el grado general de percepción en seguridad del paciente del personal asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando López.
4. Establecer la frecuencia de eventos o errores reportados relacionados con seguridad del paciente por parte del personal asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando López.

6. REFERENTE TEORICO:

6.1 Marco teórico:

6.1.1 POLÍTICA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Colombia cuenta con una política Nacional 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.

Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo

importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.¹

6.1.2 CÓMO SE CONSTRUYE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la institución debe adoptar a su interior una Política de seguridad inmersa en su Política de calidad. Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

- En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos
- Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.
- Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo.
- Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.

¹ Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" M insalud. P 32 - 35.

- Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir.

- La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que por favor, sean más cuidadosos.

La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:

- Permitir que sea el experto quien haga las cosas
- Confiar cada vez menos en la memoria
- Gestionar el riesgo de cada actividad
- Alertar sin miedo sobre el error
- Compartir el aprendizaje
- Ante la duda, pedir ayuda
- Adhesión a las guías de práctica clínica
- Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería
- Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras.²

6.1.3 HERRAMIENTAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD

La creación de cultura de seguridad debe ser el objetivo primordial de cualquier Programa de Seguridad del Paciente, por ese motivo, fue la primera práctica

² Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” M insalud. P 32 - 35.

recomendada a implementar por el National Quality Forum en el año 2003. Esta recomendación se fundamenta en el hecho de que siempre que sean los seres humanos quienes provean la atención en salud, ocurrirán fallas y errores. Sin embargo, los proveedores de la atención en salud pueden reducir la probabilidad de tales fallas y errores, y limitar su impacto a través de la implementación de una cultura de seguridad. De la misma manera, en el 2008 la Joint Commission de los Estados Unidos publicó en su sitio web una alerta de seguridad relacionada con aquellos comportamientos que disminuyen la cultura de seguridad en las organizaciones.

Se refiere específicamente a que comportamientos intimidantes pueden facilitar los errores médicos, contribuir a una pobre satisfacción del paciente y a eventos adversos prevenibles.

Se conoce como cultura al conjunto de conocimiento, experiencias, valores, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, rigen su comportamiento y afectan los resultados. Por lo tanto, si las personas de una organización alinean estas características de comportamiento en torno a la seguridad de los pacientes, el resultado final no será distinto al de tener una organización que entrega seguridad a sus pacientes.

La Administración Federal de Aviación en términos de seguridad a través de la adopción de muchos de sus procesos, definió en el año 2002 la cultura como "el grado en el cual las personas se comprometen individualmente y como grupo, con la seguridad. Adicionalmente esta organización considera que cultura es el acto de conservar, realzar y comunicar las preocupaciones de seguridad y esforzarse por aprender activamente de los errores, además de adaptarse y modificar un comportamiento personal o grupal, para prevenirlos". Crear cultura organizacional es algo difícil de lograr en el corto y mediano plazo debido fundamentalmente a que, como lo dice su definición, se trata de alinear comportamientos individuales en torno a unos pocos objetivos, en este caso, el de la seguridad. La cultura de

seguridad tiene cuatro componentes fundamentales, sobre los cuales se debe trabajar al interior de cada organización para lograrla.

Estos componentes son:

- **Seguridad psicológica:** El término hace referencia a la convicción que tiene el colaborador de un servicio de que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Por el contrario, sabe que sus preocupaciones acerca de la seguridad serán recibidas de manera abierta y tratadas con respeto. En presencia de seguridad psicológica, las personas no evalúan sus inquietudes en términos de lo que es correcto o incorrecto, sino que simplemente ven esto como una oportunidad para verificar que el equipo, en realidad, está haciendo lo correcto para el paciente sin tener que estar absolutamente en lo cierto para hablar. En esta situación, esperar a estar en lo cierto puede ser demasiado tarde.

No es fácil lograr seguridad psicológica en los servicios asistenciales. Una estrategia recomendada es tratar de desjerarquizar la práctica médica, lograr grupos de trabajo llenos de camaradería y apoyo mutuo donde cada profesional de la salud valora el aporte al equipo del otro. Un ejemplo de la seguridad psicológica se manifiesta cuando durante una revista académica que está pasando el docente con residentes, internos y estudiantes en el servicio de hospitalización, llegan donde una paciente a la cual en ese momento le están conectando una venoclisis para transfundirle glóbulos rojos y una estudiante de medicina alerta en voz alta sobre que el hemo componente que le van a transfundir no es del mismo grupo sanguíneo de la paciente.

Al verificar encuentran que efectivamente los grupos sanguíneos sí corresponden al mismo grupo. El docente agradece a la estudiante por

expresar su preocupación de seguridad antes de la transfusión. En resumen, la seguridad psicológica es un elemento clave para reducir la probabilidad de que un paciente sufra daño durante la atención porque se alerta sobre el probable error antes de que suceda.

- **Liderazgo efectivo:** Se refiere a que en cada servicio el líder o los líderes del mismo creen un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad. Un ejemplo de liderazgo efectivo ocurre cuando un cirujano de muchos años de experiencia, haciendo una colecistectomía laparoscópica de una vesícula muy inflamada y emplastrada le pide a su instrumentadora quirúrgica, una señora de muchos años de experiencia también, que no lo deje cometer errores y que si lo ve disecando por donde no debe, le diga. El liderazgo efectivo requiere humildad.

El líder efectivo es aquel que se hace accesible a sus colaboradores, comparte información con ellos, los invita a contribuir con su experticia y preocupaciones y evidencia en su comportamiento preocupación por la falla, en el sentido de que si un colaborador cree que existe un problema, el problema es real hasta que se demuestre lo contrario.

- **Transparencia:** Hace referencia a que la organización hace visible a sus colaboradores los eventos adversos presentados. Se basa en el concepto de que una organización transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares. Significa también que en la reunión de análisis, todos los participantes hablan con sinceridad sobre lo ocurrido. Dicho de otra manera, una organización transparente utiliza no oculta los eventos adversos, en vez de esto, los utiliza para mejorar.

- **Cultura justa:** Tiene como principio el hecho cierto de que cualquier profesional competente involuntariamente comete errores. Se refiere a que al momento de tomar decisiones sobre un evento adverso sucedido, se distingue entre los eventos adversos que son producto de errores de las personas, de aquellos que son producto de fallas en el sistema. Si bien las personas son responsables por sus comportamientos, la justicia está en que se reconoce que las personas individualmente no pueden ser responsables por fallas en el sistema sobre las cuales ellos no tienen control.

La cultura justa se relaciona con actos involuntarios y de ninguna manera, tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que colocan en claro riesgo a los pacientes (ejemplo, violar frecuentemente una guía de atención, falsificar un registro, trabajar bajo efectos de alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva, etc.). En estos casos, el castigo se hace necesario.³

6.1.4 POR QUÉ COLOMBIA ADOPTÓ UNA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Creemos que ese es el mejor avance que podemos hacer en el Sector Salud y consiste en que todos los prestadores, todos los que presten atención a pacientes piensen fundamentalmente que todo lo que hagan, en cualquier evento, sea seguro para el paciente.

³ Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” Minsalud. P 66 - 70.

El Sistema de Garantía de Calidad ha desarrollado muchas etapas, fundamentalmente desde el año 2002, pero el avance mundial no es solamente el piso de los requisitos de las condiciones de calidad, sino las mejores condiciones de seguridad a un paciente.

Nosotros hicimos un sistema de Calidad de Garantía de Calidad Obligatorio desde el 2002, y en el año 2004, formulamos una política de prestación de servicios en salud que contiene 3 ejes fundamentales:

1. Acceso
2. Calidad
3. Eficiencia

Acceso: Tiene que ver con la posibilidad de que un paciente pueda acceder a un servicio de salud, que no le demoren su consulta, que le den la cita oportunamente, que lo atiendan, que tenga un carné de seguridad, que alguien responda por su seguridad en salud, en situaciones difíciles, ya sea por el estado de las carreteras o por la distancia, proporcionamos condiciones para que usted, que es un usuario, llegue efectivamente a tener acceso a la salud.

Eficiencia: Que es el tercer eje, es lo que tiene que ver con todos los mecanismos de gestión, es como ser eficientes, como ser eficaces, como conjugar todos los recursos en salud para que las atenciones sean efectivamente eficientes, como sobrevivimos todos en este sector, como hacer el sector más equilibrado, eficientes a prestadores, a aseguradores, al gobierno nacional, como con los recursos que tenemos hacemos eficiente una prestación de servicios.

Calidad: Es el eje anterior, es directamente lo que tiene que ver con el paciente; es el requisito y la condición en su atención médica, clínica, de diagnóstico, de intervención o de tratamiento de ser necesario. De tal manera que Calidad es uno

de los componentes básicos de los tres ejes fundamentales de la política de prestación de servicios. Por eso el énfasis en calidad, por eso el énfasis en avanzar hacia mecanismos más seguros para el paciente, hacia cómo evitar eventos adversos, hacia cómo efectivamente mejorar condiciones de calidad Esa es la relación fundamental.⁴

6.1.5. LOS ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Transcripción de la entrevista grabada para el Multimedia sobre Seguridad del Paciente del Paciente. Bogotá, diciembre de 2007. Para el abordaje institucional de la seguridad del paciente es crucial definirla como una prioridad estratégica, que incluya como mínimo los siguientes elementos:

Primero tener una mirada eminentemente técnica: la medicina a lo largo del tiempo, y esto es su experiencia universal, ha avanzado a partir de identificar situaciones dolorosas o que incluso terminan en la enfermedad o en la muerte, pero lo hacen para analizar lo que pasa y poder identificar esos factores generando tecnologías y métodos que incrementen la eficiencia de la atención en salud.

Requiere abordar el tema desde el método científico para sustentar conceptos, modelos y herramientas que permitan entender el factor humano y organizacional que contribuyen a la ocurrencia de errores y eventos adversos e intervenirlos.

El modelo explicativo a través del cual entendemos el Evento adverso: el Dr. James Reason planteó el modelo que más utilizamos en estos momentos, llamado

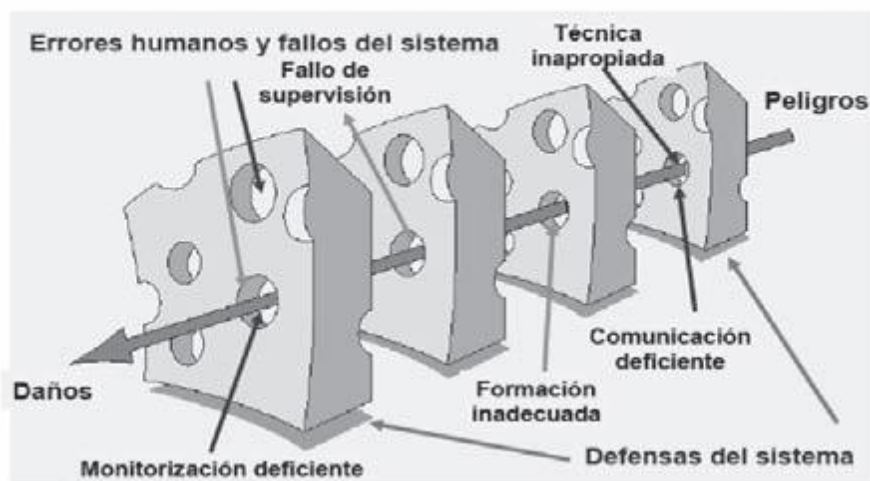
⁴Ministerio de la protección social. *Herramientas para Promover las Estrategias de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud*. Editorial FUNDACION FITEC. Bogotá D.C. diciembre de 2007. P 9 -10.

el modelo del Queso Suizo (Ver gráfica 1). En este modelo, el punto es que entre los peligros y el daño se encuentren las deficiencias, las fallas que puedan presentarse en los diferentes procesos de la atención.

Para que esos peligros lleguen a ser daño, se necesita que los diferentes problemas, las diferentes fallas se alineen de tal manera que todas concurren en producirlo; significa que cuando trabajamos el tema de seguridad del paciente a partir de la búsqueda de eventos adversos, debemos buscar a partir de aquellos errores humanos, o de aquellos fallos del sistema, cuáles son esas fallas en los procesos que se están alineando para permitir que el daño se dé, para poder llenar así el sistema de múltiples barreras de seguridad, lo que llamamos sistemas redundantes de seguridad que impidan que el daño se de, que rellenen esos huecos, en cada una de las rodajas del Queso Suizo.

Gráfico 1

Modelo explicativo



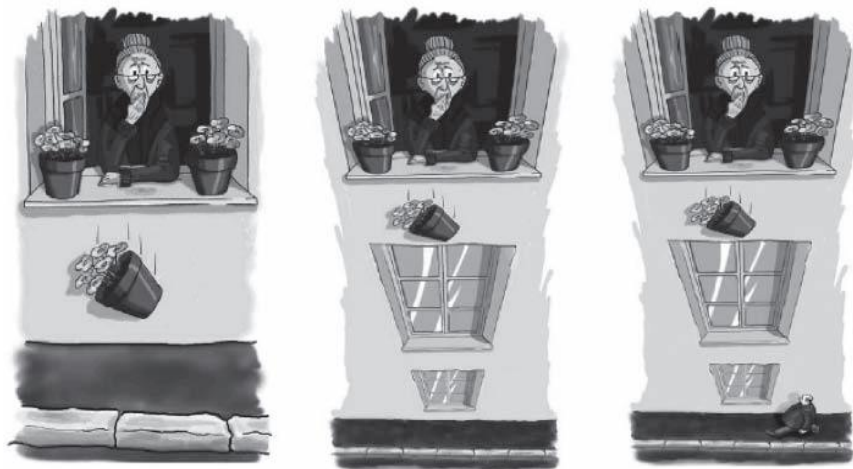
Reason J. Human errors: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM[®] Aranaz, C Albar ©

En la segunda gráfica trato de mostrar, mediante una caricatura, el para qué hacemos vigilancia de Eventos Adversos dentro de una Política de Seguridad del

Paciente. Si ustedes miran la señora que está en uno de los dibujos, ella suelta una maceta cuando se apoya en el descansabrazos de una manera inadvertida; era el primer piso y no ocurrió nada, si vuelve a hacer eso desde el tercer piso, cae la maceta, mucho estruendo pero no pasa nada; en el tercer ejemplo la maceta cae sobre el señor que está cruzando la calle. ¡Ese es el Evento Adverso! Pero lo que estamos buscando a partir del análisis de ese evento adverso es ese error que la señora cometió en tres ocasiones y que en una de ellas alcanzó a producir daño. Esa es la finalidad por la cual hacemos vigilancia de eventos adversos en el contexto de una Estrategia de Seguridad del Paciente.

Grafico 2



El tercer elemento es la respuesta organizacional no punitiva ante la presencia de eventos adversos o errores; que promueva la búsqueda activa de estos sin temor a las posibles represalias y castigos, ambiente que Reason denomina cultura justa. Por el contrario un entorno punitivo promueve el ocultamiento y no facilita el análisis, por lo tanto, no se podrán identificar cuáles son las barreras de seguridad que deben implementarse.

¿Qué es lo que debemos hacer para generar un entorno que no sea negativo para la mejora de la Seguridad del Paciente? Generar un clima organizacional proactivo y no punitivo: en primer lugar que en la organización, la cultura se oriente hacia la seguridad del paciente más que al castigo y a la búsqueda de un individuo culpable; ya hemos dicho que se está hablando de múltiples procesos que fallan; la falla que comete el individuo es simplemente la sintomatología. También debemos incentivar el reporte, compartir la información, garantizando que eso se dé en un entorno, en un ambiente de confidencialidad para el paciente y para el prestador.

Cuarto tema del abordaje conceptual de la Seguridad del Paciente: involucrar al paciente y su familia. ¡El paciente es finalmente quien sufre! ... y quien se beneficia además y, a veces, algunas de nuestras instituciones, no todas, las que ya están trabajando el Tema de Seguridad del Paciente reaccionan de manera muy diferente a las instituciones inexpertas. Estas últimas abandonan al paciente, los profesionales tienden más bien a no ir a donde él; eso es lo que no hay que hacer, todo lo contrario, cuando le ocurre un evento adverso a un paciente hay que rodearlo, hay que estar con él, hay que preguntarle en que piensa; no hay que ocultarle las cosas pero sí hay que saber contarle, porque así como es complejo para nosotros también hay que saber contarle la complejidad al paciente y mostrarle una actitud de resarcir o de mitigar, al menos, las consecuencias, si es que han ocurrido.

Y además muy importante, es que desde que el paciente llega a la Institución hay que educarlo; al paciente hay que darle elementos para que pregunte por sus posibles riesgos, para que identifique esos posibles factores que pudieran alertarlo y para que lo comunique e igualmente cuando ya la Institución tiene una cultura de seguridad del paciente aprenderá a volverse experta en no ignorar esas alertas que los pacientes nos generan, es decir, involucrar en forma activa al paciente y su familia como una barrera de seguridad.

El quinto elemento de la conceptualización: es promover una cultura de Seguridad en la Institución acompañada del despliegue de herramientas prácticas. La cultura de Seguridad debe venir desde la misma alta dirección, desde los mensajes que la alta dirección general. Se debe crear la cultura de hablar de esto, las rondas de seguridad del paciente, las reuniones que hablan de los temas de seguridad del paciente, los reportes intra-institucionales voluntarios, la voluntad de cooperar con los reportes extra-institucionales voluntarios y también el tema de la confidencialidad. Confidencialidad tanto en términos de la protección de la intimidad del paciente como también de la protección de la confidencialidad de esos análisis que se hacen al interior de la Institución.

En resumen una cultura de seguridad es el compartir una serie de valores y principios para promover un entorno seguro en la atención del paciente, que incluye el concepto de cultura justa.

El sexto elemento es entender que lo importante es definir y mantener un foco claro sobre el cual se evidencien los resultados. Si yo desarrollo una política y una estrategia de seguridad del paciente es para obtener resultados, no solamente para mostrar cuadros y gráficos, para mostrar procesos. Eso es importante, eso hay que hacerlo, pero lo que necesitamos es identificar un foco de riesgos de cara al paciente, analizarlo, intervenirlo y lograr resultados; que el paciente salga beneficiado, que la institución le ofrezca ese entorno seguro.

Cómo trabajamos alrededor de esto, esa búsqueda, ese análisis y ese pedido de los resultados debe venir desde la alta dirección. Deben también utilizarse las herramientas de monitorización que brinda el sistema: el cuadro de mando del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad; el mismo cuadro de mando de Seguridad del Paciente de la Institución o de los indicadores de calidad que la Institución maneje. Todo eso es lo que hay que mirar, porque lo importante, repito,

lo clave, es que le podamos decir al paciente: ¡Hoy somos más seguros de lo que éramos ayer!, y eso se lo podemos demostrar a través de estos indicadores tangibles y medibles.⁵

6.1.5 CONCLUSIONES: TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES PROPUESTAS PARA EL PAÍS POR EL GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO DEL CONVENIO

Si nos ubicamos en la práctica médica la “equivocación de buena fe” y teniendo en cuenta que un acto de mala fe, implica dolo y por lo tanto, daño intencional, estaría sujeto a una sanción o al ejercicio de una acción penal. Tomando como base los conceptos presentados, se proponen las siguientes definiciones:

EVENTO ADVERSO: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error.

COMPLICACIÓN: Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

INCIDENTE: Falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o complicación.

ERROR ASISTENCIAL: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento

⁵ Ministerio de la protección social. *Herramientas para Promover las Estrategias de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud*. Editorial FUNDACION FITEC. Bogotá D.C. diciembre de 2007. P 17 -20.

adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.

RIESGO ASISTENCIAL: Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.

PRÁCTICA SEGURA: Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

SEGURIDAD: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

EVENTO CENTINELA: Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.⁶

6.2 Glosario técnico:

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

⁶Ministerio de la protección social. *Herramientas para Promover las Estrategias de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud*. Editorial FUNDACION FITEC. Bogotá D.C. Diciembre de 2007. P 36 – 37.

ATENCIÓN EN SALUD: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

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

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

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

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- **Paciente:** un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.

- **Tarea y tecnología:** toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

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

- **Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por

ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

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

- **Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo. - Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.

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

AMEF: Análisis de modo y efecto de falla.⁷

⁷Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" M insalud. P 16 – 20.

7 ANTECEDENTES:

En Estados Unidos se estima que “Entre un 4 y un 17 % de los pacientes que ingresan en un hospital, pueden sufrir un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención en los servicios de salud y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores le provocarán la muerte. Además se estima que entre 44.000 y 98.000 personas mueren cada año por Este motivo”⁸.

El interés por controlar los riesgos de la atención en salud no es nuevo, ya en 1956 *Moser* las había llamado “las enfermedades del progreso de la medicina”. En 1964, *Schimmel* publicó que el 20 % de los pacientes que ingresaban en los hospitales presentaba alguna iatrogenia y que una de cada cinco era grave.

Para el año 2000, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (E.E.U.U.), publicó el informe “*Errar es humano*”. Dicho informe mostraba el número de errores médicos evitables que ocurren cada día.⁹

La OMS en el 2001 publicó un informe sobre la presencia de efectos adversos en la práctica clínica, este incluía recomendaciones para su prevención y su abordaje.

Colombia también ha trabajado en el tema de la seguridad del paciente desde tiempo atrás, para el año 2002 se implementó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad el cual apuntaba, en sus inicios a garantizar unos estándares mínimos en términos de insumos, infraestructura, procesos, medicamentos y de recurso humano; es decir, en la garantía de aspectos estructurales, lo cual se convirtió

⁸ *ORDOÑES Molina, Jaime E. Promoción de la Cultura de la Seguridad del paciente. MED, Facultad de medicina, Universidad CES*

⁹ <http://www.ces.edu.co/index.php/.../257-cultura-de-la-seguridad-del-paciente>

posteriormente en una revisión de procesos encaminados a la obtención de mejores resultados en la prestación de servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social en el año 2004 impulsó el tema de los eventos adversos trazadores; a través de reuniones de consenso en diferentes partes del país, se promovieron los procesos de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones.

Con la colaboración de ICONTEC en ese mismo año, se estableció como requisito necesario para aplicar a la acreditación en salud, que las instituciones demostrar que estaban desarrollando procesos de vigilancia de los eventos adversos presentados.

Por lo cual en el año 2006, como la evaluación del proceso mostró avances tangibles se tomó la decisión de extender la estrategia a todo el país.

Para Junio de 2008 se expidió la Política de Seguridad del Paciente por parte del Ministerio de la Protección Social, la cual es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS): Habilitación, PAMEC, Acreditación y Sistema de Información para la Calidad.

Dicha estrategia está enfocada a la identificación de los incidentes y eventos adversos que ocurren en la Institución prestadora de servicios de salud, tipificación A, B, B1, B2, B3, clasificación como prevenibles o no prevenibles, correspondientes al proceso de atención en salud o al proceso de la enfermedad, e identificación de los fallos que se presentaron durante la atención del paciente, todo a través de la gestión del evento adverso con el posterior análisis de los mismos e implementación de acciones de mejora, y retroalimentación al personal.

La Clínica Roque Armando con miras a la acreditación en atención segura y prevención de eventos adversos, tiene diseñado un formato de reporte de eventos adversos que contiene la clasificación de los mismos, su grado de prevención, la aclaración de si este corresponde o no a la atención en salud o al proceso de la enfermedad y un espacio para narración del hecho sucedido, con lo cual realiza su proceso de gestión y análisis del riesgo para la prevención de los eventos adversos atribuibles al proceso de la salud, con alto grado de prevención y el mejoramiento continuo de la calidad y seguridad en la atención en salud.

8. METODOLOGÍA PROPUESTA

8.1 Localización del estudio:

Esta investigación se llevó a cabo en la Clínica Roque Armando López de los Municipios de Supía y Riosucio, que presta servicios de salud de mediana complejidad a la población de dichos Municipios.

8.2. Enfoque

Se realizó un estudio de carácter descriptivo y naturaleza cuantitativa

8.3. Diseño

No experimental

8.4. Población

La población escogida fue el censo del personal asistencial (18 funcionarios) y el censo del personal administrativo (9 funcionarios), para un total de 27 funcionarios de la Clínica Roque Armando López Álvarez (RAL)

8.5. Muestra

Se realizó a toda la población, es un censo.

8.6. Plan de recolección de información

Se diseñaron y aplicaron dos instrumentos modalidad encuesta, uno dirigido al personal asistencial y otro dirigido al personal administrativo, en estos se plasmaron aspectos relevantes en el proceso de seguridad del paciente como: trabajo en equipo, intervención del jefe inmediato y de la gerencia en los procesos de seguridad del paciente, efectividad en la comunicación entre las diferentes áreas de trabajo, frecuencia y reporte de eventos adversos por parte de los funcionarios de la Clínica Roque Armando López, y antecedentes del personal entre otros, preguntas con las cuales se busca conocer y analizar el nivel de cultura y compromiso con la seguridad del paciente del personal de la Clínica, sus conocimientos sobre eventos adversos y cómo prevenirlos, así como la efectividad en el reporte de los mismos.

8.7. Instrumentos

8.7.1. Encuesta cultura de seguridad del paciente área asistencial

8.7.2. Encuesta cultura de seguridad del paciente área administrativa

Formato tipo encuesta (tomado del centro de gestión hospitalaria; adaptado a las necesidades de la institución), el cual evalúa la cultura de seguridad del paciente para el área asistencial y administrativa de la Clínica.

Su estructura se basa en ocho secciones, que abarcan las siguientes temáticas:

- ✓ SECCIÓN A: Área de Trabajo: Consta de 9 preguntas.
- ✓ SECCIÓN B: Jefe Inmediato: Consta de 4 preguntas.
- ✓ SECCIÓN C: Comunicación: Consta de 10 preguntas.
- ✓ SECCIÓN D: Grado de seguridad de paciente: Consta de preguntas.
- ✓ SECCIÓN E: Su Institución: Consta de 1 preguntas.
- ✓ Sección F: Antecedentes: Consta de 23 preguntas.
- ✓ Sección G: Comentarios: Consta de espacio para comentarios pertinentes.
- ✓ Sección H: Atención segura: Consta de 1 preguntas.

8.8. Plan de análisis de información

Aplicadas las encuestas de cultura de seguridad del paciente al área asistencial y administrativa de la Clínica Roque Armando López Álvarez (RAL), se tabularon en Excel, y posteriormente se realizaron diagramas de barras simples, con el fin de analizar las diferentes variables y resolver de este modo los objetivos planteados.

8.9. Componente ético

Teniendo en cuenta que la presente investigación no fue realizada con paciente, sino con el personal del área asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando López se solicitó autorización para su realización al Dr. Roque Armando López Álvarez gerente, quien dio el aval para su realización.

8.10. Consentimiento informado

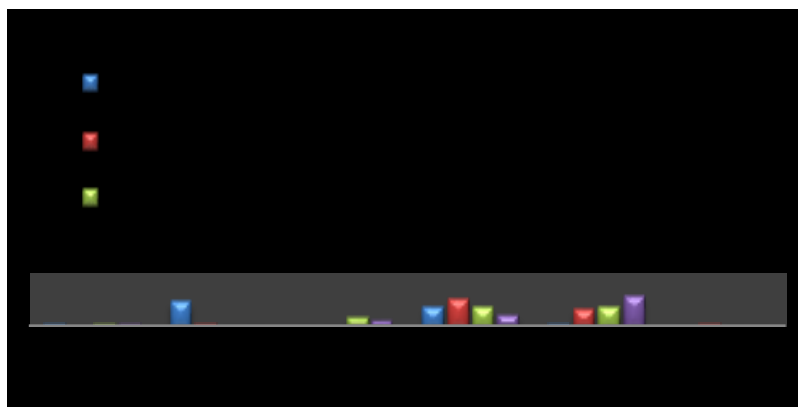
Carta de autorización para la realización del proyecto sobre cultura de seguridad del paciente, por parte del Dr. Roque Armando López Álvarez, quien dio el aval para su realización

9. RESULTADOS Y ANALISIS:

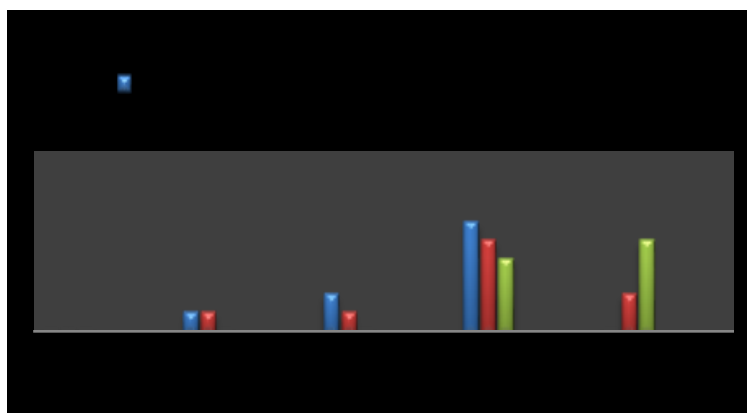
9.1 ÁREA DE TRABAJO: para mayor comprensión de este ítem se decidió categorizarlos en:

9.1.1. Clima laboral: 59% de los encuestados que equivalen a 16 personas, expresan que están muy de acuerdo al decir que en la Clínica, el clima laboral es adecuado, pues la comunicación asertiva, el respeto el trabajo en equipo es una constante que permiten obtener buenos resultados.

Asistencial



Administrativa



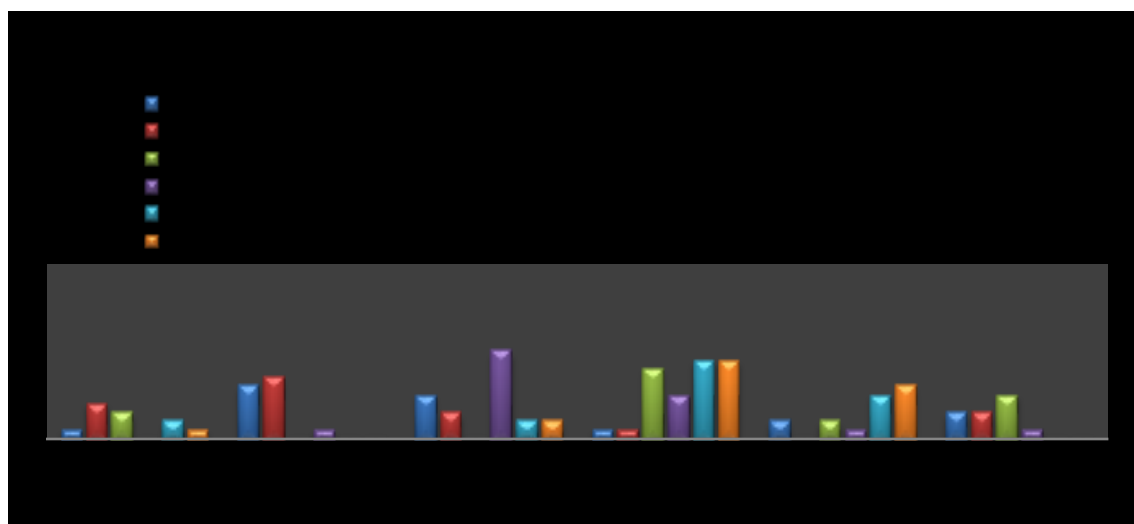
9.1.2. Relación con los usuarios: el paciente es la razón de ser de la Clínica, esto se ve reflejado en las repuestas pues 20 personas que equivalen al 74% responder que están de acuerdo que el trato que se le da al paciente es el indicado.

Asistencial

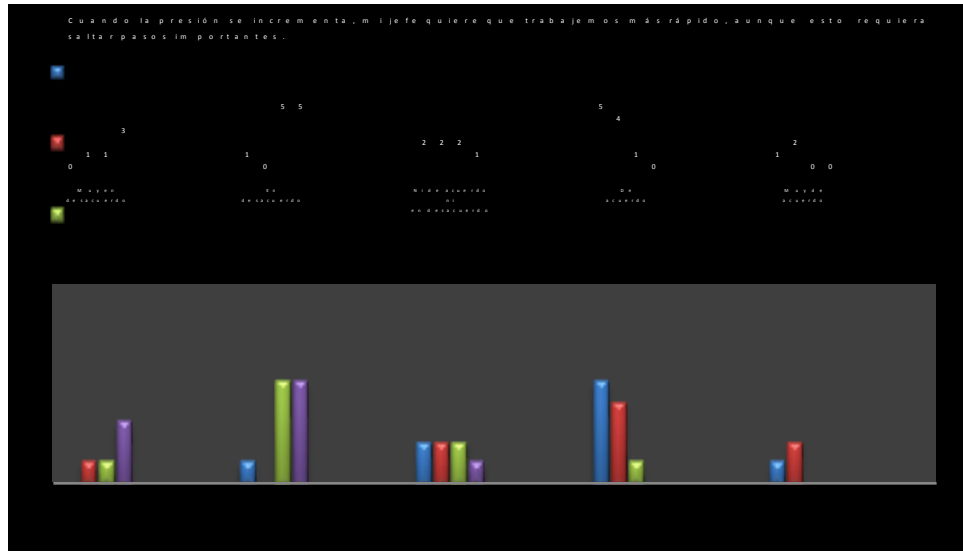


9.1.3. Efectividad y eficiencia en los procedimientos: el 59% de los encuestados que corresponden a 16 funcionarios tanto del tarea asistencial como de la administrativa están de acuerdo que realizan todas las acciones para afrontar los diversos eventos adversos o errores que puedan sucedes con el paciente, lo que evidencia una capacidad aceptable en el trato con los mismo, sin embrago el casi 60% es un diagnostico que evidencia la necesidad de implementar acciones en el fortalecimiento de este tema.

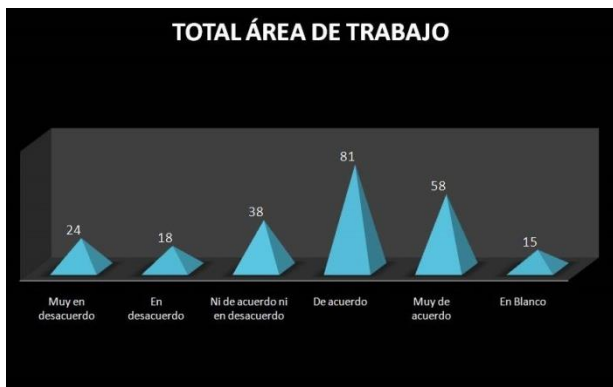
Asistencial



Administrativa



**Total área de trabajo
Asistencial**



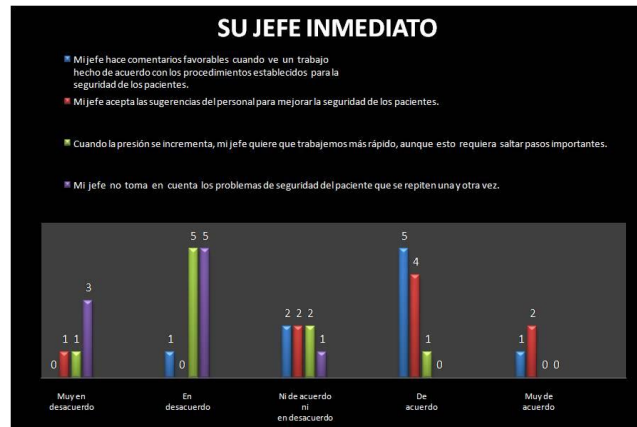
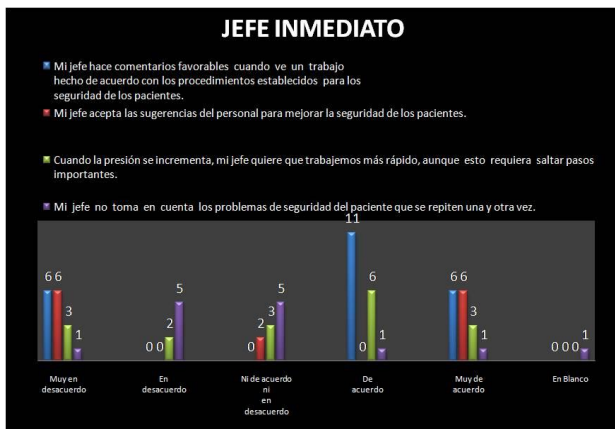
**Total área de trabajo
Administrativo**



9.2 JEFE INMEDIATO: para obtener buenos resultados en las diferentes tareas, es necesario unas directrices claras y acertadas, estas generalmente provienen de los jefes inmediatos, en esta sesión 16 personas equivalentes al 59% expresaron que están de acuerdo con las dinámicas que se tiene con los jefes inmediatos, y de la relación de estos con sus subalternos.

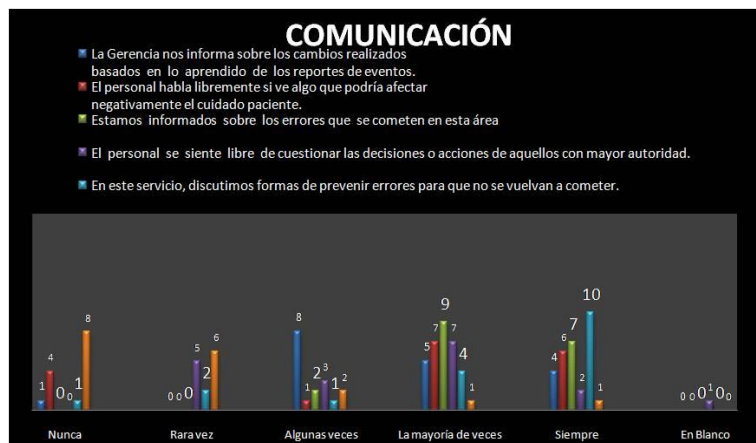
Asistencia

Administrativa



9.3 COMUNICACIÓN: 16 personas que corresponden al 59% de los encuestados, exponen que la mayoría de las veces existe una buena comunicación ya sea tanto para proponer como para realizar observaciones que apunten al fortalecimiento de los procesos de la seguridad del paciente.

Asistencia

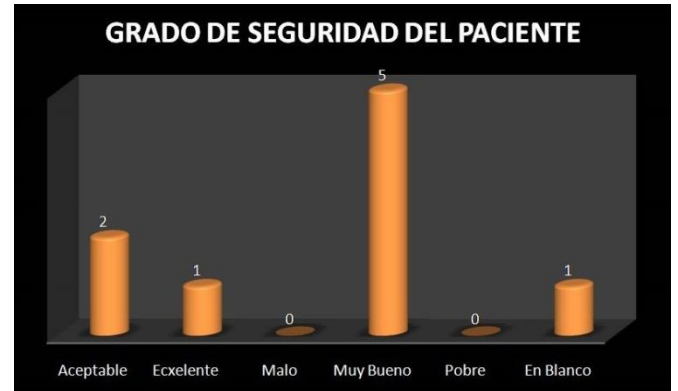


9.4 GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: este tal vez sea el punto más relevante en la investigación, pues si bien es una cuestión de percepción esta, en cierta manera, es una proyección de las acciones que se ejecutan, los dos más altos porcentajes de este ítem son con muy bueno 38% y Excelente con el 16%, en cierta manera estos datos pueden ser cuestión para revisar, pues no es una condición aceptable que los dos suman un 54%, por lo tanto es necesario revisar los procedimientos y las acciones en este aspecto.

Asistencial

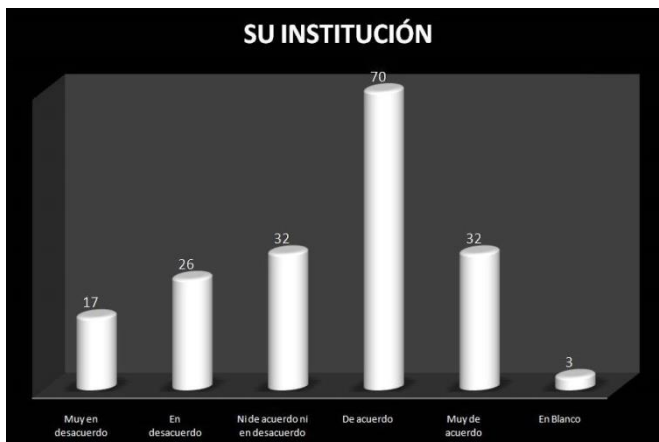


Administrativa



9.5 SU INSTITUCIÓN: De acuerdo al análisis se evidencia que el equipo de trabajo del área asistencial tienden en su mayoría estar de acuerdo con la institucionalidad manejada con en la clínica con un 39% mientras que el equipo de trabajo del área administrativa cuenta un 53%, se puede considerar que las relaciones tanto verticales como horizontales están presentes, la primera en términos de eficiencias y la buena atención al usuario y las segunda para fortalecer la cultura organizacional de los equipos de trabajo y el fortalecimiento de las acciones al interior de la clínica.

Asistencial



Administrativa



9.6 ANTECEDENTES: las personas que participaron en la investigación respondiendo las preguntas de la encuesta y aportando información a la investigación tienen las siguientes características: el 55% llevan de 1 a 5 años en la Clínica, el 78% que equivalen a 21 funcionarios tienen contacto con los pacientes, 59% de las personas han tenido continuidad en su área de trabajo lo que arroja una credibilidad más alta en la información proporcionada.

9.7 ATENCIÓN SEGURA: Tanto el personal del área asistencial como de la administrativa consideran que si hay un trato seguro a los pacientes, con un 89% equivalentes a 24 personas.



10. CONCLUSIONES:

- En porcentaje más recurrente en cada uno de los ítems en el ejercicio de análisis, oscila el 60% , si bien este es un porcentaje aceptable, es un referente en el cual es preciso proponer acciones en las diferentes esferas que tengan que ver con la seguridad del paciente, las cuales fortalezcan las dinámicas y funciones tanto del área asistencial como administrativa y de esta manera aumentar el indicador.
- Es preciso la realización de este tipo de estudios no solo en cantidad si no también en constancia, pues la seguridad en el paciente, es pieza clave para la prestación del servicio de salud de manera eficaz y eficiente.
- El 70 % del personal asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando López conoce la importancia de la adecuada comunicación para la prevención de eventos adversos y trabaja en equipo y de manera interdisciplinaria, con el fin de garantizar al paciente una atención en el marco de la calidad y la seguridad.
- El 92% del personal asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando López percibe como segura la atención que reciben sus pacientes.
- Teniendo en cuenta el riesgo que implica la prestación del servicio de salud, el nivel de complejidad de la Clínica Roque Armando López, los conocimientos que tiene tanto el personal asistencial como administrativo de la Clínica sobre la seguridad del paciente , y de acuerdo a los resultados de la investigación se estima que existe un escaso registro de eventos adversos, teniendo en cuenta que de acuerdo a la clasificación de estos entre los más leves están: la cancelación de un procedimiento quirúrgico, una infección de sitio operatorio, una reacción adversa a un medicamento o una flebitis en sitio de venopuncion, por lo cual resulta incierto que ningún caso de los anteriores le haya sucedido a un 78% del personal de la Clínica Roque durante todo un año
- El 65% del personal asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando López se siente satisfecho con el clima organizacional de la institución en cuanto a comunicación, apoyo de su jefe inmediato, trabajo en equipo, adecuadas condiciones laborales, lo cual es un factor contributivo para la disminución en la incidencia de eventos adversos prevenibles.

11. RECOMENDACIONES :

- En cualquier lugar donde se tenga un fin colectivo es vital la unión, la cooperación y la solidaridad de sus integrantes, en la Clínica Roque Armando López se recomienda que sea realice actividades y acciones que permitan el acercamiento de los funcionarios tanto del áreas asistencial como administrativa entre sí, y de esta manera fortalecer las diversas funciones que pueda tener en este caso, la seguridad del paciente.
- En ejercicios de investigación académica que pretenden aportar elementos que contribuyan fortalecer procesos, es vital el acompañamiento institucional, específicamente en la exploración y acercamiento a los diferentes objetos de estudio, y de esta manera no reducirlo a responsabilidad única de los investigadores.
- Socializar los hallazgos de esta investigación al personal asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando López, con el fin de que este conozcan los resultados de la misma, y al mismo tiempo manifiesten sus temores acerca del motivo por el cual se realiza un escaso reporte de los eventos adversos que ocurren en la institución.
- Socializar al personal asistencial y administrativo el anexo G de la guía técnica de "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" Versión 001 del sistema obligatorio de garantía de la calidad; con el fin de afianzar los conceptos del personal en el listado de referencia de eventos adversos trazadores del anexo técnico de la resolución 1446 de 2006, con el fin de mejorar el reporte de eventos adversos de acuerdo al conocimiento estricto de su clasificación
- Realizar una jornada de sensibilización al personal asistencial y administrativo de la Clínica Roque Armando López con el fin de que estos comprendan que el objetivo del reporte de eventos adversos no es punitivo, sino preventivo y correctivo, y que su único fin es generar insumos para su análisis y gestión; así mismo, darles a conocer los costos de la no calidad y seguridad en la atención que se pueden ver representados en glosas por estancias prolongadas, caídas de pacientes, infecciones etc. O en descuentos a capitas por atenciones en

otras instituciones o remisiones innecesarias derivadas de un evento adverso que sufra un paciente en la institución durante su proceso de atención.

- Realizar un seguimiento mensual al reporte de eventos adversos por parte del personal asistencial y administrativo, y diseñar un programa de incentivos para el personal que no presente subregistro en sus reportes y que proponga desde su área de trabajo las acciones de mejora pertinentes para evitar la presencia del mismo tipo de evento.

12. BIBLIOGRAFIA:

1. Ministerio de la protección social. Herramientas para Promover las Estrategias de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Editorial FUNDACION FITEC. Bogotá D.C. Diciembre de 2007
2. Seguridad del paciente y la atención segura paquetes instruccionales guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" M insalud.
3. <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>
4. Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009
5. ORDOÑES Molina, Jaime E. Promoción de la Cultura de la Seguridad del paciente. MED, Facultad de medicina, Universidad CES
6. Fallo 22304 de 2012 del Consejo de Estado