

**ANALISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL
PERSONAL ASISTENCIAL DE LA CLINICA CREAR VISION DE MOCO
PUTUMAYO**

Autores:

**ALEXANDRA GIRALDO AGUDELO
MARIA DEICY PABON DAZA
NAZLY K GOMEZ RODRIGUEZ
ANA CRISTINA NORIEGA ALMEIDA**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD
MANIZALES 2014

AGRADECIMIENTOS:

Queremos hacer un reconocimiento, con especial gratitud a los Directivos y funcionarios de la Clínica Crear Visión, por permitir el desarrollo de este trabajo que esperamos contribuya de manera significativa en el mejoramiento de las condiciones de salud de la comunidad usuaria, al igual que a todos nuestros familiares y docentes que con su apoyo, colaboración y conocimiento nos guiaron a lo largo de esta especialización.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	8
2.1 Objetivos específicos.....	8
3. MARCO TEORICO.....	9
4. METODOLOGÍA.....	12
5. RESULTADOS.....	14
6. INFORME.....	31
6.1 Fortalezas	33
6.2 Debilidades.....	34
6.3 Percepción Global.....	35
6.4 Discusión.....	37
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	42
GLOSARIO.....	44

ANEXOS:

Anexo 1. Encuesta de clima de seguridad del paciente.



Universidad
Católica
de Manizales

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título:

Investigador Principal: ANA CRISTINA NORIEGA ALMEIDA

Coinvestigador: ALEXANDRA
GIRALDO AGUDELO

Dedicación: TC TP X MT

Coinvestigador: MARIA DEICY
PABON DAZA

Dedicación: TC TP X MT

Coinvestigador: NAZLY K GOMEZ
RODRIGUEZ

Dedicación: TC TP X MT

Asistente de Investigación

Trabajo de Grado
Semillero

Asistente de Investigación

Trabajo de Grado
Semillero

Línea de Investigación: Gestión de la calidad

Área de conocimiento a la que aplica: seguridad del paciente

Programa de Posgrado al que se articula:

Lugar de Ejecución del Proyecto: CLINICA CREAR VISION
Ciudad: **Mocoa** Departamento: **Putumayo**

Duración del Proyecto (periodos académicos): 1 semestre

3. INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva muy amplia, se define cultura, como “los conjuntos de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social, incluyendo los medios materiales (tecnologías) que usan sus miembros para comunicarse entre sí y resolver sus necesidades de todo tipo”; siendo entonces, que en cierta medida, la cultura define la forma mediante la cual un grupo social determinado realiza o materializa sus procesos; pretendemos identificar la forma como la Clínica crear visión Ltda, aborda o concibe su cultura de seguridad del paciente, como método para dar respuesta al sin número de condiciones y características especiales y específicas de la entidad.

La 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 minimizar su ocurrencia o las propias consecuencias. En Colombia, la política de seguridad del paciente, es definida según el Ministerio de Salud de la misma manera.

Indica también el ministerio: “La Política de Seguridad del Paciente es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Decreto 1011 de 2006). La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de

las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto”.

Es importante que se realicen nuevas investigaciones y que se presenten otras observaciones y soluciones o mecanismos para las instituciones de Salud como ideas originales o innovadoras logrando un compromiso en la seguridad del paciente y en que todos sus esfuerzos asistenciales estén centrados en los pacientes y sus familias, de la misma manera tener en cuenta algunos parámetros, mecanismos, herramientas o iniciativas que se basen en las prácticas o experiencias de instituciones o personas ajenas a la institución para que sean adoptados en los procesos de Seguridad del Paciente.

Teniendo en cuenta los diferentes acontecimientos del sistema de salud colombiano, y los avances en la materia a nivel global, podemos indicar categóricamente, que la atención en salud es cada vez más compleja, que existe un importante avance de orden tecnológico y que la demanda de la atención con calidad y uso de medios tecnológicos avanzados es cada vez más frecuente, que se requiere de una variedad de profesionales y personal asistencial para la implementación de los procedimientos de salud, que hay una significativa versatilidad en la práctica médica y asistencial y por esta razón los riesgos institucionales que se asumen son cada vez diferentes que en teoría y en la práctica misma, deberán ser considerados y evaluados. El alcance de la prestación de servicios de salud debe ser más seguro pero integralmente, con la participación de todos los actores que planifican, intervienen e inciden en la prestación del servicio.

La implementación de la cultura de Seguridad del Paciente puede verse afectada por diversas fuentes o condiciones dentro de la Prestación del Servicio, la cual puede llegar a ser tan diversa según las condiciones

particulares o variables que se presenten en cada institución, por esta razón la formulación o concepción de la referida cultura de seguridad deberá responder al diagnóstico previamente realizado y deberá además satisfacer las necesidades de la institución en particular, dicho de otra forma deberá amoldarse a las condiciones y necesidades específicas de cada institución hospitalaria.

Es así, en aras de buscar la realización de procesos ofreciendo las condiciones óptimas y adecuadas de seguridad del paciente, se plantea la alternativa en el presente trabajo de investigación, como aporte para el logro del referido objetivo, el cual no es sino un simple reflejo de la intención y del espíritu de la política de seguridad del paciente en sí misma; sino un enfoque de la cultura que parte de creencias y valores.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar, la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial mediante la aplicación del instrumento clima de seguridad del paciente en el periodo comprendido de diciembre de 2013 a abril de 2014 en la clínica crear visión Ltda. De Mocoa Putumayo

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el porcentaje de personal asistencial que conoce la cultura de seguridad del paciente, en la Clínica Crear Visión Ltda.
- Establecer que factores internos de la institución influyen en la cultura de seguridad del paciente de la clínica Crear Visión Ltda.
- Generar estrategias de culturización mediante capacitaciones y socializaciones encaminadas a minimizar el Riesgo de la atención en salud en la Clínica Crear Visión Ltda.

5. REFERENTE TEÓRICO

5.1 MARCO TEÓRICO:

La política de seguridad propende porque cada vez nuestras instituciones y nuestros profesionales sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para progresivamente instaurar la cultura de seguridad del paciente (1). Todo esto es congruente con la tendencia mundial en calidad en salud y se da como consecuencia del avance del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud normado por el Decreto 1011 de 2006 que hace énfasis en los resultados que se consiguen en el paciente y que es posible ser desarrollada por el buen nivel técnico-científico de nuestros profesionales de salud.

La seguridad del paciente se aborda desde el direccionamiento estratégico donde tanto la misión, visión, principios, valores y objetivos tienen que ir encaminados hacia la seguridad del paciente, lo cual se tiene que enfatizar desde una política de seguridad para luego intervenir en la cultura de la seguridad del mismo.

Esta presunción no caía en la cuenta de que los sistemas de atención en salud son de los procesos más complejos que se enfrenta el ser humano, ya que su misma cultura no le permite ir mas adelante de los procesos, para que con ello pueda detectar de una manera preventiva los eventos adversos o mitigar de alguna manera la mala calidad del servicio.

Ahora sabemos que la complejidad de los procesos de atención en salud hace necesario que los consideremos sistemas de alto riesgo y por la tanto se involucren en su diseño numerosas barreras de seguridad que lleven a controlar la aparición de eventos adversos en la atención en salud y el manejo de herramientas de culturización de la seguridad del paciente hacia los funcionarios que laboran tanto en las áreas asistenciales como administrativas.

(Solo hasta el año 2000 con la publicación “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se empezó a analizar en más detalle el tema y a buscar eventos adversos prevenibles) (2); hoy la seguridad del paciente es una preocupación universal, dado que a diario se producen en los hospitales fallas en la atención, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo.

(La Organización Mundial de la Salud lanzó la “Alianza mundial para la seguridad del paciente” buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud, prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores) (3). Lo anterior se logra uniformando el conocimiento y estimulando la investigación, no obstante lo anterior hoy las Instituciones prestadoras de servicios de salud encuentran dificultades acerca de como detectar, disminuir el riesgo en la atención y brindar mayor seguridad.

(La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud las cuales propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud) (4).

El error humano es apenas una parte del problema de las fallas en la seguridad del paciente. Si bien es cierto que un enfoque más consciente del personal médico evitaría muchos errores, cabe reconocer que también hay problemas crónicos en los procedimientos y en los sistemas médicos. Por ejemplo, se cuentan por miles los pacientes que cada año son tratados con medicamentos inadecuados —y algunas veces esto tiene consecuencias mortales— debido a las recetas manuscritas y a las órdenes de los hospitales que son difíciles de leer. Esto ocurre a pesar de que el uso de sistemas electrónicos para notificación y registros médicos se ha generalizado, pero no llega a ser estándar.

El problema de la seguridad del paciente ha sido una preocupación que ha venido aumentando entre el público en los últimos años, por lo que un número cada vez mayor de profesionales de la medicina, de expertos en salud pública y de defensores de los pacientes no han dejado de abordarlo. **(En octubre de 2004, en la sede de la Organización Panamericana de la Salud, la OMS puso en marcha una nueva Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Su meta es consolidar y coordinar las iniciativas mundiales y nacionales para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo) (5).**

Por este motivo se quiere empezar por incentivar la cultura en las instituciones donde un grupo va desarrollando e interviniendo en cómo se puede solucionar los problemas de adaptación externa e interna, que haya ejercido suficiente influencia para ser enseñados de modo correcto, mediante el conjunto de actividades, deliberadas y planeadas, encaminadas a liderar la creación, cambio, fortalecimiento o integración de los rasgos culturales

teniendo siempre en cuenta los valores y creencias de las personas que interviene en ellos para que de esta forma se interactúe con la estructura y el sistema de control, con el fin de producir normas de comportamiento.

De esta manera determinamos que son muchos los factores de comportamiento que atentan contra la seguridad del paciente en las instituciones como por ejemplo la violación sistémica de las reglas, las limitaciones que tiene el talento humano, la cultura del castigo, la comunicación, los reportes y el trabajo en equipo por mencionar algunos, que nos llevan a incentivar y revisar el tema y el conocimiento que tiene nuestros funcionarios sobre la cultura de la seguridad del paciente.

Se entiende que el problema es multicausal y el enfoque debe serlo igualmente, así mismo si se entiende que la cultura parte de creencias y valores, entonces hay que saber enviar mensajes de reforzamiento, de creencias y valores deseados.

Para ello entonces utilizaremos la encuesta del clima de seguridad del paciente para saber de qué punto partimos con nuestros funcionarios y de esta manera poder abordar con mayor precisión la cultura de seguridad del paciente, donde según el diagnóstico que nos arroje la encuesta se podría realizar una serie de actividades que iremos revisando y desarrollando al transcurrir el trabajo, de la misma forma se implementaran las herramientas más adecuadas para intervenir la cultura de seguridad de pacientes y con esto ir realizando la mejora continua del proceso de culturalización de la seguridad del paciente en los funcionarios.

- Alianza mundial para la seguridad del paciente, Octubre de 2004, 59 asamblea mundial de la salud, mayo 4 de 2006.(1)
- Instituto de Medicina de los Estados Unidos año 2000 con la publicación "Error es humano (2)
- OMS artículo, Alianza mundial para la seguridad del paciente (3)
- Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia (4)
- Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente.(5)

6. METODOLOGÍA

Se realizara un estudio cuantitativo- descriptivo de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Crear Visión mediante la aplicación de la encuesta de clima de seguridad del paciente , analizando cada uno de los factores relacionados con los factores Socio-laborales que se asocian a la cultura y comportamiento relacionados con la seguridad del Paciente.

Muestra Población: Personal asistencial (9 Médicos especialistas, 1 Instrumentadora quirúrgica, 1 Regente de farmacia, 7 auxiliares de enfermería, 2 señoras de oficios generales etc.) estos funcionarios hacen parte de todas las áreas asistenciales de la clínica Crear Visión; por lo tanto se tendrá en cuenta a todo el personal fijo y temporal sin importar título profesional o rango educativo ; con el objetivo de lograr un conocimiento real de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Crear Visión.

- Para la Implementación de la cultura de seguridad del paciente en la clínica crear visión Ltda, se oficiara de manera formal un permiso a la junta de socios para poder abordar el tema y disponer del personal para el desarrollo de la encuesta; este instrumento se aplicara a 20 funcionarios que labora en las áreas asistenciales; con el cual se conformara un equipo de trabajo, el cual nos ayudara a recopilar información sobre los aspectos de seguridad del paciente.

Éste es un modelo de autoformación, dirigido a todo el personal asistencial de la institución, con participación de la alta dirección. Este proceso dura aproximadamente cuatro meses, en sesiones semanales de una hora y sábado seis horas. El cronograma se diseñó de esta forma con intención de asegurar el normal funcionamiento de los servicios de atención durante el proceso de formación.

El trabajo investigativo incluirá dos etapas:

1. **Etapa 1.**Aplicación del instrumento (Encuesta del Clima Seguridad del Paciente, adaptado por la **AHRQ**), por nuestro grupo de trabajo al personal asistencial de la Clínica Crear Visión Ltda.; (**anexo**).
2. **Etapa 2.** Análisis de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Crear Visión, personal Asistencial.

Este análisis se hará con base en las siguientes variables:

1. Componente de cultura: Definición concepto cultura

- Método para difundir y socializar conceptos, políticas y planes de culturización en la seguridad del paciente.
- Presentar herramientas de construcción de cultura (rondas de seguridad, sesiones breves de seguridad).

2. Componente de seguridad: Definición concepto seguridad

- Determinar el proceso para definir el servicio a ser intervenido, como conformar y entrenar el equipo.
- Definir la actividad o servicio prioritario a intervenir.

7. RESULTADOS

UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

De acuerdo a la oficina de Talento humanos la clínica cuenta con el siguiente personal asistencial

Profesionales Categoría A: (Médicos Especialistas): 9

Profesionales Categoría B: (Otros, Profesionales): 11

Total de Profesionales (Universo): 20

METODOLOGÍA:

Cuestionario impreso de aplicación anónima entregado a los diferentes profesionales de las unidades asistenciales, en sus horarios habituales de trabajo, proporcionándoles un tiempo de 30 minutos para resolver el cuestionario.

INSTRUMENTO

Se utilizo la encuesta Clima seguridad del paciente propuesta por AHRQ y adaptada para el estudio respectivo; que evalúa la perspectiva del personal.

Se Anexa instrumento.

RESULTADOS

La recolección de información es realizada entre los periodos de noviembre y diciembre de 2013.

DISEÑO DE LA ENCUESTA

Dimensiones evaluadas

De acuerdo a la versión original, el cuestionario facilita la percepción de las siguientes dimensiones de cultura de seguridad.

1. Numero de eventos adversos
2. Frecuencia de eventos adversos (Agrupado en 3 ítems).

3. Percepción de seguridad (Agrupado en 4 ítems)
4. Expectativas y acciones del director/supervisor (Agrupado en 4 ítems).
5. Aprendizaje organizacional y mejora continúa (Agrupado en 3 ítems).
6. Trabajo en equipo de la unidad (Agrupado en 4 ítems).
7. Actitud de comunicación abierta (Agrupado en 3 ítems).
8. Retroalimentación y comunicación sobre el error (Agrupado en 3 ítems).
9. Respuesta no punitiva al error (Agrupado 3 ítems).
10. Dotación de personal (Agrupado 4 ítems).
11. Apoyo y soporte de la clínica para la seguridad del paciente (Agrupado 3 ítems).
12. Trabajo en equipo entre las áreas (Agrupado 4 ítems).
13. Transiciones y no dimensiones de la Clínica (4 ítems).

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Crear Visión Ltda.; y se analizaron los factores que se asocian al comportamiento del personal con la seguridad del paciente.

ANALISIS ESTADISTICO DESCRIPTIVO.

El formulario contiene preguntas formuladas de tal forma que podamos analizar lo negativo y positivo.

Las preguntas se agrupan en dos categorías de acuerdo al siguiente esquema.

NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
1	2	3	4	5
No	Rara vez	Algunas Veces	Mayoría Veces	Si

El estudio descriptivo se presenta de forma global en toda la institución (Personal asistencial, Médicos especialistas, Tecnólogos, Técnicos y Auxiliares).

TASA DE RESPUESTA

La tasa total de respuesta es del 100%, cumpliendo con el objetivo planteado, contando con un total de 20 cuestionarios desarrollados en su totalidad.

Tasa de Respuesta Global	
Numero de Encuestas Contestadas	Total Porcentaje
20	100%

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS ENCUESTADOS

Se obtuvo una respuesta positiva del personal asistencial en la Clínica Crear Visión, en el cuadro (3) podemos describir la distribución de los profesionales que respondieron el cuestionario y la distribución socio profesional; de igual manera en el cuadro (2) podemos observar los servicios más representativos en la institución.

Logramos percibir que el servicio de quirófano y consulta externa es donde se centra la mayor cantidad de persona asistencial de la Clínica, y en una menor proporción están relacionadas las unidades diversas.

Cuadro No 2		
Principal servicio o área de trabajo en la Clínica Crear Visión (Primera pregunta)		
Área	Cantidad	Porcentaje
Diversas Unidades	3	15%
Urgencias	0	0%
Consulta Externa	7	40%
Quirófano	6	30%
Farmacia	1	5%
Endoscopia	0	0%
Otros	2	10%

En proporción a la profesión o puesto de trabajo, se puede apreciar que el 45% de personal corresponde a especialistas y el 35% es personal de enfermería, y un 5% a

regente de farmacia. En general podemos apreciar que el 80% del personal es asistencial correspondiendo a la naturaleza de la clínica y que están en contacto directo con el paciente.

Cuadro No 3		
Características demográficas: Profesión o Puesto de trabajo		
Profesión	Cantidad	Porcentaje
Enfermera Profesional	0	0%
Auxiliar de enfermería	7	35%
Médico Especialista	9	45%
Médico General	0	0%
Regente Farmacia	1	5%
Tecnólogo (Área Diversas)	0	0%
Mantenimiento	0	0%
Otros	3	15%

De acuerdo a lo expresado por el personal el 50% trabaja de 40 a 59 horas semanales, en la Clínica Crear Visión, seguido del 28% que labora entre 20 y 39 horas semanales y solo el 22% del personal labora menos de 20 horas. **Cuadro No 4**

Cuadro No 4		
Características demográficas: Cuanto tiempo lleva usted trabajando en la institución (H13)		
Horas de Trabajo	Cantidad	Porcentaje
Menos de 20	4	22%
De 20 a 39	5	28%
De 40 a 59	9	50%
De 60 a 79	0	0%
De 80 a 99	0	0%

Se puede apreciar que el 47% del personal no superan un (1) años de antigüedad de igual manera otro 47% llevan laborando entre 1 y 5 años y que solo el 5% está en el rango de 11 a 15 años de antigüedad; correspondiente a un solo funcionario.

(Cuadro No 5)

Cuadro No 5		
Características demográficas: Cuanto tiempo lleva usted trabajando en la institución (H11)		
Rango de Años	Cantidad	Porcentaje
Menor 1 Año	9	47%
De 1 a 5 Años	9	47%
De 6 a 10 años	0	0%
De 11 a 15 Años	1	5%
De 16 a 20 Años	0	0%

Al observar los tiempos que lleva el personal en la institución versus sus unidades de trabajo, se evidencia que la movilidad de personal es muy baja, demostrando solo (1) una persona que cambia de área funcional y el resto de personal coincide con su total de permanencia en la institución. **(Cuadro No 6)**

Cuadro No 6		
Características demográficas: Cuanto tiempo lleva usted trabajando en su actual área (H12)		
Rango de Años	Cantidad	Porcentaje
Menor 1 Año	10	53%
De 1 a 5 Años	8	42%
De 6 a 10 años	0	0%
De 11 a 15 Años	1	5%
De 16 a 20 Años	0	0%

Una de las características fundamentales que podemos resaltar es que 42% del personal llevan entre 6 y 10 años con su profesión o especialidad, seguido del 26% que lleva de 1 a 5 años, y tan solo un 5% lleva menos de un año con su profesión o especialidad. **(Cuadro No 7).**

Cuadro No 7		
Características demográficas: Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión (H16)		
Rango de Años	Cantidad	Porcentaje
Menor 1 Año	1	5%
De 1 a 5 Años	5	26%
De 6 a 10 años	8	42%
De 11 a 15 Años	3	16%
De 16 a 20 Años	0	0%

CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CLINICA CREAR VISION LTDA

El cuestionario facilita la descripción de los aspectos claves de seguridad del paciente y del clima de seguridad percibido en la clínica Crear Visión Ltda.

Con la aplicación de la encuesta sobre el clima de seguridad del paciente, podemos apreciar la percepción de los funcionarios de las diferentes unidades de trabajo.

Las unidades de trabajo deben ser coordinadas, compartir información en el momento preciso e informar cambios, novedades y demás temas de interés que lleven a una atención centrada en la cultura de seguridad.

De alguna medida todas aquellas actividades o procesos de atención en salud enfocados en minimizar la ocurrencia de un incidente o evento adverso.

1. NUMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS

Son fundamentales los reportes de los eventos adversos y forman parte de la cultura de seguridad, entendiendo que la notificación del evento adverso es una oportunidad para aprender, mejorar y prevenir que vuelva a ocurrir.

En la Clínica Crear Visión tan solo el 23% de los encuestados no están socializados con el sistema de reporte y el 77% manifiestan conocer el procedimiento de reporte de evento adverso de la institución. De igual manera el 100% de las personas manifiestan conocer el reporte y expresan que es obligatorio.

La mayoría de los encuestados 94% no ha notificado ningún evento relacionado en el último año, relacionado con la seguridad del paciente y tan solo el 6% manifiesta haber notificado de 1 a 2 incidentes.

Cuadro No 8

(1) Resultados de la Cultura de seguridad : Numero de incidentes notificados en los últimos 12 meses (G8)

	No Respuestas	Porcentaje
Ningún Reporte de Incidentes	15	94%
De 1 a 2 Reportes de Incidentes.	1	6%
De 3 a 5 Reportes de Incidentes	0	0%
De 6 a 10 Reportes de Incidentes	0	0%
De 11 a 20 Reportes de Incidentes	0	0%
21 Reporte de Incidente a más	0	0%

2. Dimensión_ Frecuencia de evento adverso

Esta dimensión incluye tres ítems que hace referencia a la percepción de la frecuencia de notificación o reporte de evento adverso.

Cuadro No 9		
(2) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión_ Frecuencia de eventos adversos notificados. (3 ítems)		
Pregunta	Porcentaje	Porcentaje
	SI	NO
Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿Es reportado? (D1)	80%	20%
Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente. ¿Es reportado? (D2)	78%	22%
Cuando se Comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace. ¿Es reportado? (D3)	72%	28%

Se puede destacar que el 80% de los encuestados afirman que reportan el error cuando es descubierto y corregido antes que afecte al paciente, apreciando que los tres ítems tienen un porcentaje de respuesta positiva.

3. Dimensión_ Percepción de Seguridad

A continuación se describen las dimensiones que están dirigidos a medir la percepción del trabajo comprometido con la seguridad.

La dimensión incluye cuatro ítems, dirigidas específicamente al ritmo de trabajo y a la efectividad de los procedimientos existente para evitar errores.

Cuadro No 10

(3) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión_ Percepción de Seguridad (ítems 4)

Pregunta	NO	RARAS VEZ	ALGUNAS VECES	MAYORIA VECES	SI
Es solo por Casualidad que acá no ocurren errores más serios (A10)	68%	5%	11%	5%	11%
La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo (A15)	65%	6%	12%	6%	12%
Tenemos problemas con seguridad de los pacientes en esta Unidad (A17)	68%	0%	11%	11%	11%
Nuestros Procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir. (A18)	10%	10%	5%	10%	65%

Es pertinente resaltar que el 11% de los encuestados consideran que la seguridad en el área o unidad no se ve afectada por la sobrecarga laboral y por otra parte solo el 11% considera que tienen problemas de seguridad en la unidad.

De acuerdo a lo mencionado podemos afirmar que el porcentaje de respuestas positivas es favorable en la percepción de seguridad, según las respuestas de los encuestados.

4. Dimensión_ Expectativas y acciones del Supervisor/Director que Favorecen la Seguridad.

Contienen en esta dimensión (4) cuatro ítems que constituyen en el cuestionario la percepción que se tiene sobre la importancia de la seguridad del paciente por parte de los supervisores o directores del servicio.

Cuadro No 11

(4) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión_ Expectativas y acciones del Supervisor/Director que Favorecen la Seguridad. (4 ítems)

Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
Mi jefe/a hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo a los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente. (B1)	5%	0	95%
Mi jefe/a acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (B2)	0%	0%	100%
Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto signifique tomar atajos. (B3)	83%	17%	0%
Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez. (B4)	35%	5%	60%

Por medio de esta dimensión los encuestados perciben las acciones del supervisor o director favorables, afirmando que el 100% sostiene que el supervisor o director acepta las sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes; más aun cuando observamos que el 95% define que el supervisor o jefe hace comentarios positivos cuando se siguen los parámetros de atención segura.

Se establece también que el 60% de los encuestados considera que no se toma los problemas de seguridad que se repiten continuamente.

5. Dimensión_ Aprendizaje organizacional y mejora continua.

En esta dimensión se determinan 3 ítems sobre el trabajo continuo encaminado a la seguridad del paciente, específicamente cuando se muestran fallas en la atención y se establecen medidas apropiadas para no volver a incurrir nuevamente en el error.

Cuadro No 12

(5) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión_ Aprendizaje organizacional y mejora continúa. (3 ítems)

Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente (A6)	0%	0%	100%
El análisis de los errores a llevado a cambios positivos (A9)	5%	5%	90%
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.(A13)	0%	5%	95%

Cabe anotar que los encuestados consideran con una media del 95% de repuestas positivas, se cree que la dimensión del aprendizaje organizacional y mejora continua, es una fortaleza; y se reconoce que existen medida de implementación, seguimiento y evaluación para evitar errores en la atención del paciente.

6. Dimensión _del trabajo en equipo de la unidad o servicio

Cuadro No 13

(6) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión _del trabajo en equipo de la unidad o servicio. (4 ítems).

Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
En esta unidad el personal se apoya mutuamente (A1)	10%	5%	85%
Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo (A3)	5%	15%	80%
En esta unidad el personal se trata con respeto (A4)	0%	5%	95%
Cuando su área/unidad está realmente ocupado, otras le ayudan (A11)	35%	15%	50%

Con una media del 77.5% los encuestados afirman que hay trabajo en equipo en las diferentes unidades de servicio.

7. Dimensión_ Actitud de Comunicación Abierta

Cuadro No 14

(7) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión_ Actitud de Comunicación Abierta. (3 ítems)

Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. (C2)	5%	25%	70%
El personal se siente libre de cuestionar las	63%	11%	26%

decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. (C4)			
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto. (C6)	53%	35%	12%

El 49% de los encuestados piensan que existe actitud de comunicación abierta y que pueden manifestar sus dudas e inquietudes relacionadas con la seguridad del paciente en su área o unidad de trabajo.

8. Dimensión _ Retroalimentación y comunicación sobre el Error

Cuadro No 15

(8) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión _ Retroalimentación y comunicación sobre el Error. (3 ítems)

Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
La dirección nos informa sobre los cambios realizados basado en lo aprendido de los reportes de eventos. (C1)	25%	10%	65%
Se nos informa sobre los errores que se cometen en la unidad (C3)	10%	5%	85%
En esta Unidad; discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer (C5)	15%	10%	75%

Se evidencia que existe retroalimentación respecto de la comunicación de error, de igual manera el 75% de los encuestados confirman que comentan y adoptan medidas para evitar que vuelvan a ocurrir.

9. Dimensión _Respuesta no Punitiva al error

Cuadro No 16

(9) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión _Respuesta no Punitiva al error. (3 ítems)

Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
El personal se siente que sus errores son usados en su contra. (A8)	65%	25%	10%
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo denunciada y no el problema. (A12)	74%	11%	16%
Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados. (A16)	32%	16%	53%

Se puede observar que el 53% de los encuestados consideran que los errores notificados, puedan ocasionar antecedentes disciplinarios, pero si observamos la media del 26% vemos que la percepción de una política Punitiva (disciplinaria) frente a los eventos adversos es muy baja; por lo cual podemos resaltar que a pesar que a los encuestados les preocupa el registro de errores, lo evidencian.

10. Dimensión _Dotación de personal

Cuadro No 17

(10) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión _Dotación de personal. (4 ítems)

Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
Tenemos suficiente personal. (A2)	15%	15%	70%

El personal trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente. (A5)	35%	5%	60%
Usamos personal transitorio/de refuerzo de lo adecuado, para el cuidado del paciente. (A7)	50%	15%	35%
Frecuentemente Trabajamos "tipo crisis" intentando hacer mucho y muy rápido. (A14)	61%	22%	17%

El 70% de los encuestados consideran que hay personal suficiente en cada una de las áreas o unidades asistencial, más aun solo el 17% afirmar que frecuentemente trabajan tipo crisis.

11. Dimensión_ Apoyo y soporte de la Clínica para la seguridad del paciente

Cuadro No 18

(11) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión_ Apoyo y soporte de la Clínica para la seguridad del paciente. (3 ítems)

Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
La dirección de esta institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (F1)	5%	0%	95%
Las medidas que toma la dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. (F8)	10%	5%	85%
La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente adverso. (F9)	70%	5%	25%

El 68% media, considera que la dirección realiza actividades de apoyo para la seguridad del paciente, de igual manera el 95% resalta que dirección propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

12. Dimensión_ Trabajo en equipo entre las áreas de la Clínica

Cuadro No 19

(12) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión_ Trabajo en equipo entre las áreas de la Clínica: (4 ítems)

Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
Las unidades de esta institución no coordinan bien entre ellas (F2)	39%	11%	50%
Hay buena cooperación entre las unidades de la institución. (F4)	0%	6%	94%
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en esta institución (F6)	95%	0%	5%
Las Unidades de la institución trabajan bien juntas para propiciar el mejor cuidado para los pacientes (F10)	0%	5%	95%

Podemos apreciar que el 94% de los encuestados consideran que hay cooperación entre las unidades de la institución resultados que muy acorde con el 95% que consideran que hay trabajo en equipo.

13. Dimensión _ transiciones y no intervenciones de la Clínica.

Cuadro 20

(13) Resultados de la Cultura de seguridad: Dimensión _ transiciones y no intervenciones de la Clínica. (4 ítems)

Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
La información de los pacientes se pierde cuando estos se transfieren de una unidad a otra. (F3)	78%	6%	17%
Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno. (F5)	75%	0%	25%
A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución. (F7)	75%	10%	15%
Los cambios de turno en esta institución generan problemas para los pacientes. (F11)	75%	10%	15%

Vemos que solo el 18% (media) de los encuestados consideran que tiene problemas de pérdida de información, considerando que un 75% afirman que pueden asegurar una continuidad de atención segura al paciente.

INFORME:

Aplicada la encuesta del clima de seguridad del paciente, podemos evidenciar que esta nos permitió establecer la percepción que tienen los profesionales de la salud en cuanto a trece dimensiones que conforma la cultura de seguridad y que una vez analizada nos dejó conocer los factores que se asocian al comportamiento del personal con la seguridad del paciente, lo cual nos describir aspectos claves de la cultura de seguridad de los pacientes y del clima de seguridad percibido por el personal que trabaja en la clínica Crear Visión.

El análisis de la información, evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en las concepciones y prácticas del personal de salud, que todavía falta consolidar pero que ya muestra avances significativos en toda la Institución.

Según la teoría y otras investigaciones, los resultados son positivos en algunos ítems y en otros negativos haciendo énfasis en algunos puntos como son: la composición de la fuerza de trabajo en las diferentes áreas; el liderazgo del jefe o superior inmediato que promueve la cultura de seguridad; el manejo de la comunicación que favorece la seguridad del paciente; y se estableció el grado de seguridad percibido y la frecuencia con que se presentan incidentes y eventos adversos para lo cual se necesita generar herramientas para fortalecer estos hallazgos.

El autor Reason J define que : ***“La cultura de seguridad de una institución se define por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas”***(6). Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales

y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.

Estas investigaciones lo que pretenden lograr es disminuir la incidencia de los errores a partir de incidentes analizados y buscar elementos de la cultura y del clima de seguridad; condiciones que van a determinar las prácticas diarias, estableciendo la magnitud del problema, mediante la elaboración de guías que permitan establecer un control eficaz, para el logro de una cultura de seguridad que tome en cuenta las percepciones del personal de la clínica sobre las diferentes dimensiones que la constituyen.

La teoría nos da a conocer las perspectivas que pueden abordarse de manera complementaria permitiendo manejar de forma integral la seguridad como parte de la calidad, posibilitando así el aumento de conciencia sobre la relevancia de asumir prácticas seguras para generar una cultura de seguridad.

Por lo cual podemos definir que al realizar procesos de mejoramiento en forma continua y de manera sistemática, se generan círculos virtuosos que redundarán en seguridad de los pacientes. Donde todos los insumos necesarios están dados para que la piedra angular de los procesos se fundamente en la transformación cultural.

En la presente investigación se utilizó un instrumento que permite el acercamiento a la percepción cuantitativa de la seguridad del paciente como uno de los aspectos a indagar cuando se realiza una evaluación de la cultura de seguridad, por lo tanto lo que se pretende con el estudio es contribuir a aumentar el conocimiento del tema en nuestra institución, establecer una línea de base de la cultura de seguridad en la clínica crear visión que nos permitirá evaluarnos en el futuro de forma comparativa e identificar estrategias para minimizar los eventos adversos y

fortalecer la implementación de la cultura de seguridad en la institución, identificando y describiendo la percepción que tienen los colaboradores referente a si las políticas y procedimientos existentes para lograr la seguridad del paciente son efectivos, para ello podemos observar las siguientes fortalezas y debilidades que nos arroja la encuesta.

- Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000; 320:768-70. (6)

FORTALEZAS:

De acuerdo a los resultados que nos dio la encuesta, sólo se considera como fortaleza lo que nos proporciona un parámetro del 70% ó más de respuestas positivas o negativas según se formulen las preguntas en positivo o negativo respectivamente.

El 94% de nuestros funcionarios llevan trabajando más de uno a cinco años, por lo tanto esto genera experiencia y conocimiento sobre la cultura de seguridad del paciente.

De esta forma, se observa que el 77% de los funcionarios conocen sobre el procedimiento del reporte obligatorio de los eventos adversos, el cual nos da un poco de tranquilidad y confianza ya que el 80% de los funcionarios están reportando los eventos adversos cuando se presentan.

De esta forma se destaca la percepción que tienen los encuestados respecto del Expectativas y acciones del Supervisor/Director que Favorecen la Seguridad con una media de **95%** de las preguntas referidas a este ámbito fueron contestadas en forma positiva.

En relación al *Aprendizaje Organizacional y la mejora continua*, cabe mencionar el resultado obtenido en la encuesta, con una media de 95% que señala de manera positiva, las actividades de mejora e implementación de medidas tendientes a aumentar la seguridad en la atención de salud.

Alcanzando el porcentaje requerido para ser considerado una fortaleza, con una media de 75% se destaca el resultado obtenido sobre la percepción de los encuestados acerca de la Retroalimentación y comunicación sobre el Error, *que favorecen la seguridad clínica.*

*Se considera que la Dotación de personal es suficiente con un porcentaje del **70%** que alcanza a ser un resultado positivo estando al límite del valor estándar.*

Con un resultado del 77.5% es posible destacar la percepción de los encuestados respecto del trabajo en equipo de la unidad o servicio, *siendo un buen aspecto ya que del trabajo en equipo parte la seguridad del clima de trabajo y del paciente.*

En el Trabajo en equipo entre las áreas de la Clínica se obtuvo una percepción del 94% de los encuestados, considerando que hay cooperación entre las unidades de la institución resultados que es muy acorde con el 95% que consideran que hay trabajo en equipo.

Los encuestados consideran que no se tiene problemas de pérdida de información, arrojando un resultado del 75% que afirman que pueden asegurar una continuidad de atención segura al paciente.

DEBILIDADES

Según el método del Estudio, se considera como debilidad de la Institución, la dimensión que obtenga un 50% ó más de respuestas negativas o positivas según se formulen las preguntas en positivo o negativo respectivamente.

La percepción acerca de la Expectativas y acciones del Supervisor/Director que Favorecen la Seguridad, se establece también que el 60% de los encuestados considera que no se toma los problemas de seguridad que se repiten

continuamente y por lo tanto corresponde a una debilidad.

La percepción que tienen los encuestados acerca de la Actitud de Comunicación Abierta, con una media de **61%** de respuestas que la considera inadecuada, también corresponde a una debilidad de la Institución.

Alcanzando el porcentaje necesario para considerarse una debilidad, cabe señalar el resultado obtenido en el ítem correspondiente a la Respuesta no Punitiva al error, con una media de 53% para las respuestas que la indican como insuficiente.

PERCEPCION GLOBAL

Se percibe a nivel general que los funcionarios conocen, construyen y alcanzan una cultura de seguridad del paciente al interior de cada área y de la clínica, por lo tanto podemos decir que se ha desarrollado un importante trabajo que nos deja ver una evaluación satisfactoria, ya que la mayor parte de los encuestados ha tenido algún contacto con el sistema y con los procedimientos existentes para el manejo del evento adverso.

De igual manera están las observaciones de quienes aun no conocen el tema y requieren que se generen socializaciones y capacitaciones, sobre el reporte del evento adverso o tal vez dar más claridad a las versiones que se manejan frente al tema o a posibles represarías.

Para ello podríamos diseñar herramientas para incentivar e intervenir en la cultura de seguridad del paciente como son las Rondas de Seguridad o las sesiones breves de seguridad que con certeza nos van a proyectar resultados óptimos al porcentaje de funcionarios que aun no manejan o conocen sobre el tema y que realizaron apreciaciones en negativo.

Tenemos que considerar que dependiendo de la cultura y las costumbres el usuario podría calificar un servicio como malo o bueno y estar satisfecho o no, por lo tanto la calidad para todos debe darse de la misma manera obviamente enfatizando en el ambiente, lugar , entorno y cultura que tengan las personas para así lograr satisfacer sus necesidades, todo esto va de la mano del recurso humano con el que contamos y de la disponibilidad de los insumos para poder evidenciar beneficios en la prestación del servicio.

Esta encuesta, nos dan a comprender el sentido humano de prestar una atención y un servicios con calidad, donde tenemos que ver la importancia de organizar nuestros procesos internamente en nuestras instituciones basándonos desde nuestro entorno y ambiente lo cual nos permita trabajar de manera continua en el mejoramiento de los problemas que nos aquejan, para buscarle soluciones inmediatas que nos reflejen una transformación positiva hacia la institución, dejando ver sus avances y resultados en poco tiempo.

Lo importante en todo este proceso es educar, concientizar y sensibilizar a los usuarios y funcionarios de la importancia que la calidad tiene en la atención y los servicios ya que esto es un proceso de mejoramiento continuo en el cual se requiere de la participación del paciente y el funcionario para que la atención brindada de un buen resultado con calidad, ya que esta atención al mismo tiempo está condicionada a unas características biológicas, comportamentales y preferenciales, que se deben tener en cuenta para diseñar estrategias más efectivas y eficientes

Se reconoce que hay que ir avanzando en consecuencia a lo aprendido a lo largo de los años, donde según los problemas que se han venido presentando en el tema, nos dan herramientas para ir diseñando estrategias a corto plazo y resolviendo esas necesidades, donde la prioridad se base en el costo-efectividad de los procesos y la

atención con calidad en salud.

DISCUSION

La Encuesta de Cultura de Seguridad del paciente es una práctica que aporta al fortalecimiento de competencias técnicas y operativas, a todos y cada uno de los integrantes de la institución, así como la creación de ambientes adecuados y los recursos necesarios para que la prestación de servicios sea adecuada, oportuna y en estándares idóneos. Esta medición da como referente la necesidad del usuario en recibir de la institución calidad en salud en la dinámica social e institucional que influye de manera directa en la percepción y en la adopción de mecanismos que propendan por el mejoramiento de las condiciones de prestación de los servicios de las instituciones de salud, es entonces, una herramienta más en la consecución, formulación y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, entendida en sí misma como el punto de partida para cualquier otro tipo de implementación para el mejoramiento de la calidad del servicio institucional. En este punto, tanto la misión, visión, principios, valores y objetivos institucionales, deberán necesariamente orientarse hacia la seguridad del paciente, situación que requiere el afianzamiento de políticas de seguridad (de diversa índole) para derivar consecuentemente en la cultura de la seguridad del mismo.

La dimensión que han sido mejor valorada ha sido con un 94% el trabajo en equipo, lo que indica que se requiere incentivar la formulación de la cultura en la institución, teniendo en cuenta que el grupo va desarrollando e interviniendo en cómo se pueden solucionar los problemas de adaptación externa e interna, mediante el conjunto de actividades, deliberadas y planeadas, encaminadas a liderar la creación, cambio, fortalecimiento o integración de la cultura organizacional. De esta manera determinamos que son muchos los factores de comportamiento que atentan contra la seguridad del paciente en las instituciones como por ejemplo la violación sistémica de las reglas, las limitaciones que tiene el talento humano, la cultura del castigo, la

comunicación, los reportes y el trabajo en equipo por mencionar algunos, que nos llevan a incentivar y revisar el tema y el conocimiento que tiene nuestros funcionarios sobre la cultura de la seguridad del paciente. Por esta razón se hizo necesaria la evaluación de una cultura de seguridad del paciente, para identificar el conocimiento de los funcionarios y partir de un resultado de este estudio que contribuirá al desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para identificar y controlar las acciones inseguras, los factores contribuyentes y las fallas latentes, del tema de Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente y las implicaciones que éstas conllevan, para poder finalmente desarrollar las buenas prácticas en torno a la promoción de acciones correctivas y preventivas al respecto.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como resultado del trabajo realizado y de la encuesta implementada sobre el cultura de seguridad del paciente es necesario hacer las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- Una vez socializado los resultados de la encuesta con todos los funcionarios de cada una de las áreas de la clínica Crear Visión que intervienen en los procesos asistenciales, se recomienda por parte de sus directivos realizar esta encuesta semestralmente, donde en cada mes se socialice y capacite referente a los hallazgos observados según los resultados arrojados en la encuesta con el fin de generar estrategias para incentivar a los funcionarios al buen clima laboral ayudando a prevenir los incidentes y eventos adversos mediante las rondas de seguridad y sesiones breves de seguridad.
- Observando el análisis de la encuesta podemos concluir que se cumple con el objetivo general, al identificar cual es la cultura del personal asistencial en cuanto al clima de seguridad del paciente, haciendo alusión a los objetivos específicos como conocer el porcentaje del personal asistencial que conoce de cultura de seguridad del paciente, estableciendo los factores internos que influyen en esta como son la comunicación, el nivel directivo, los eventos adversos etc.,; generando de esta manera herramientas para disminuir el riesgo de la atención en salud, incentivando a los funcionarios antiguos y nuevos de la clínica mediante rondas de seguridad y sesiones breves de seguridad, capacitaciones y socializaciones referente a temas concernientes a la cultura.
- La política de seguridad de pacientes que desarrollara la clínica es un imperativo estratégico, desplegado desde su política de desarrollo de servicios de salud (“Responder a las necesidades de nuestros usuarios, familia, comunidad y medio ambiente, fortaleciendo el modelo integral de atención con el fin de prestar servicios que garanticen la **seguridad del paciente** bajo

estándares óptimos de calidad”), y concretado en las acciones del día a día (gerencia de procesos).

- Como cualquier proceso de cambio, se necesita en las Entidades un liderazgo claro y comprometido con la seguridad y la excelencia, que demuestre que la seguridad del paciente es una prioridad para la alta gerencia de la organización.
- La cultura de seguridad debe ser intervenida desde varias estrategias, las cuales deben promover entornos seguros, confiables y abiertos al diálogo, enfocándose hacia la búsqueda activa de fallas latentes y activas que deben ser analizadas con la participación de los involucrados, los que a su vez deben desencadenar acciones y soluciones que permitan de manera pro activa y preventiva minimizar los riesgos en los procesos de atención.
- Es necesario promover ambientes para la discusión abierta del tema de seguridad, se hace entonces importante la implementación de las rondas de seguridad y reuniones breves en los servicios, en las cuales la gerencia pueda comunicarse de forma desprevenida y asertiva con los problemas que allí se discutan, de tal forma que se brinden espacios de comunicación donde fluya su abordaje aún en contra de la jerarquía.
- Una organización comprometida con la seguridad de sus pacientes tiene la obligación y el convencimiento de analizar los errores sistemáticamente con el fin de aprender de ellos para evitarlos en el futuro o por lo menos disminuir su frecuencia , para cumplir con este propósito se hace necesario el contar e implementar herramientas de análisis que permita identificar las causas de los problemas y hacer algo con estos , el programa **“Visión Segura”** propone herramientas para análisis retrospectivo como: *el modelo organizacional de causalidad de los errores y eventos adversos* (protocolo de Londres) y prospectivo como : *el análisis de modo y efecto de falla* (AMEF) las cuales

garantizan una vez , entrenados los equipos en su operación, el abordaje estructurado de los errores y eventos adversos , basado en hechos y datos y con enfoque de procesos .

- La tarea de incentivar el reporte debe mantenerse de forma consistente desde la alta dirección e irradiarse a todos los niveles organizacionales, esta es única para cada entidad y por consiguiente, la CLÍNICA CREAR VISION debe buscar la forma de operarla acorde al tipo de procesos de atención que maneja.
- Por último, los errores y eventos adversos tienen consecuencias devastadoras en pacientes , familias y prestadores, la clave del éxito consiste en diseñar sistemas que apoyen la calidad y la seguridad , pues con ello, además de mejorar la calidad de vida de los pacientes , se estará contribuyendo a la mejora del sistema de salud , por consiguiente ; se espera que la aplicación del programa de seguridad del paciente **“Visión segura”** genere cohesión en los líderes de la organización y aliente el compromiso de todos los actores organizacionales, incluidos los grupos de interés que conforman la comunidad de la clínica , de forma que se oriente en la obtención de mejores resultados de cara al mejoramiento de los indicadores de salud en su población usuaria.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. 55^a Asamblea Mundial de la Salud WHA 55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. (citado 13 febrero 2009).
<http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.
2. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/patient-safety/en/brochure_final.pdf.
Accedido el 16 de febrero 2007.
3. Ortiz, Z. "La seguridad del paciente como centro de atención".
<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/editorial10.pdf>. Accedido el 16 de febrero 2007.
4. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza (citado el 17 de febrero de 2009)
http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final
5. Sistema Nacional de Salud (NHS). Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Agencia de calidad del sistema nacional de salud. La seguridad del paciente en siete pasos. Reino Unido (citado el 17 de febrero de 2009) http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf
6. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320:768-70.
7. Instituto de Medicina de los Estados Unidos año 2000 con la publicación "Errar es humano"
8. OMS artículo, Alianza mundial para la seguridad del paciente
9. Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia

10. Sir Liam Donaldson es médico jefe del Reino Unido y presidente de la nueva Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.
11. La seguridad del paciente en siete pasos Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA) Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido.
12. Ministerio de Protección social Proyecto IBEAS.
13. OMS. Reto mundial en pro de la seguridad del paciente. Una atención limpia es una atención más segura. World Health Organization.
14. Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente.
15. Véase World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. **A59/223**
16. Boletín informativo de la OPS, enfoque por la seguridad del paciente.
17. Perspectivas de la salud de la revista de la OPS, Volumen 10 No 1. 2005, Última palabra la seguridad de paciente, no hacer daño, Por, Sir Liam Donaldson.
18. Alianza mundial para la seguridad del paciente, Octubre de 2004, 59 asamblea mundial de la salud, mayo 4 de 2006.
19. Seguridad del Paciente: primero, cultura justa (Artículo editorial). Vía salud. 2007; 39:2-5.

10. GLOSARIO

EVENTO ADVERSO Lesión no intencional causada al paciente por la intervención asistencial ejecutada con o sin error, no por la patología de base.

EVENTO ADVERSO EVITABLE Daño no intencional causado por la intervención con error.

EVENTO ADVERSO NO EVITABLE Lesión en el paciente no intencional causado por la exposición al sistema de salud sin error.

EVENTO CENTINELA Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o un cambio permanente de estilo de vida.

CASI EVENTO ADVERSO (“near miss” o “close call) Situación en la que la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, pero, como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta evento adverso.

ERROR Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado (error de planeación), o falla en completar una acción como estaba planeada (error de ejecución). Tanto los errores de planeación como los de ejecución pueden ser causados por acción u omisión. Error por acción es el resultante de “hacer lo que no había que hacer”, mientras el error por omisión es el causado por “no hacer lo que había que hacer”.

ATENCIÓN SEGURA Intervención asistencial que incorpora la mejor evidencia disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de eliminar lesiones accidentales.

EVIDENCIA CIENTÍFICA Observación generalizable, replicable por personas diferentes, en sitios y momentos diferentes, proveniente de investigación clínica rigurosa, que sistemáticamente minimiza el error humano.

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA Uso consciente, explícito y razonado de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones en el cuidado de pacientes individuales.

NIVEL DE EVIDENCIA Calificación de la evidencia que respalda una recomendación acorde con la calidad de la investigación de la cual proviene. A mejor calidad de la investigación más alta la calificación de la evidencia.

SEGURIDAD Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probada que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Decreto 1011/06).

CULTURA Conjuntos de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social, incluyendo los medios materiales (tecnologías) que usan sus miembros para comunicarse entre sí y resolver sus necesidades de todo tipo.

RONDAS DE SEGURIDAD: El propósito es construir una cultura de seguridad, promover un entorno abierto para la comunicación, Sensibilizar en Seguridad de Pacientes y sus herramientas, realizar Seguimiento de indicadores de Seguridad de pacientes en cada servicio para medir avances y logros en Seguridad de Pacientes.

SESIONES BREVES DE SEGURIDAD: Las cuales son reuniones de 5 min al iniciar y finalizar el turno, que se realizan con el propósito de generar conciencia acerca de

temas de seguridad (equipo y procedimientos) y para compartir información de riesgos potenciales de Seguridad de Pacientes de los diferentes servicios.