

**ANALISIS DE LA PERCEPCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL  
PERSONAL ASISTENCIAL DE LA CLINICA AYNAN LTDA DE MOCOA  
PUTUMAYO**

Autores:

**LUIS ANTONIO JUAGIBIOY JAMIOY  
ILIA CRISTINA MONCAYO JAMIOY  
LUZ DARY ORTEGA JAMIOY  
OSCAR DARÍO MALLAMA QUETAMA  
JAIRO ERMINSU MONCAYO QUINTANA**

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

## **AGRADECIMIENTOS:**

En primera instancia queremos agradecerle a Dios el haber guiado nuestros pasos para culminar con éxito esta especialización, de igual manera un reconocimiento especial al Gerente y los funcionarios de la clínica Aynan que nos colaboraron con este trabajo el cual esperamos sea la continuación a el fortalecimiento de las condiciones de salud de toda la población y por ultimo un agradecimiento enorme a nuestros familiares y docente Rubén Darío Agudelo por la paciencia, apoyo y colaboración al transcurrir la especialización.

## **TABLA DE CONTENIDO**

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivos específicos.....	6
3. MARCO TEORICO.....	7
4. METODOLOGÍA.....	14
5. RESULTADOS.....	17
6. INFORME.....	33
6.1 Fortalezas .....	34
6.2 Debilidades.....	34
6.3 Percepción Global.....	35
6.4 Discusión.....	36
7. CONCLUSIONES.....	37
8. RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	40
GLOSARIO.....	42

### **ANEXOS:**

Anexo 1. Encuesta de Percepción de la seguridad del paciente.



Universidad  
Católica  
de Manizales

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

**2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO**

**Título: ANALISIS DE LA PERCEPCION DE LA SEGURIDAD DEL  
PACIENTE EN LA CLINICA AYNAN LTDA DE MOCOA PUTUMAYO**

Investigador Principal: **LUIS ANTONIO JUAGIBIOY JAMIOY**

Coinvestigador: **ILIA CRISTINA MONCAYO  
JAMIOY**

Dedicación: TC TP X MT

Coinvestigador: **LUZ DARY ORTEGA  
JAMIOY**

Dedicación: TC TP X MT

Coinvestigador: **JAIRO ERMINSU  
MONCAYO QUINTANA**

Dedicación: TC TP X MT

Coinvestigador: **OSCAR DARIO MALLAMA  
QUETAMA**

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 AYNAN LTDA  
Ciudad: **Mocoa** Departamento: **Putumayo**

Duración del Proyecto (periodos académicos): 1 semestre

### 3. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años se ha visto la necesidad de establecer parámetros argumentados bajo la evidencia científica probada de los eventos adversos que han ocurrido en todo el mundo en las instituciones de salud para poderlos mitigar y evitar que se vuelvan a presentar o a ocurrir, ayudando de esta manera a ir mejorando la atención en la prestación de los servicios de salud, por lo tanto se ha venido implementando algunas estrategias o métodos como es la encuesta de clima de seguridad del paciente que se ha ido adaptando a la necesidad de las instituciones dando como resultado la encuesta de la percepción de la seguridad del paciente que se abordara en este trabajo para determinar que tanto los funcionarios de la clínica Aynan Ltda de Mocoa putumayo conocen e identifican la cultura de seguridad del paciente, ya que es necesario que los funcionarios de la salud se actualicen, adquieran destrezas y habilidades para enfrentar los desafíos que se tienen y que se está adquiriendo al transcurrir el tiempo con la actualización de las tecnologías y de los procesos que cada día son más avanzados; permitiendo que se comentan errores y que los usuarios sean más vulnerables en la prestación de servicios de salud, donde los riesgos como las infecciones, lesiones y demás se vienen presentando con frecuencia, esto debido también a la falta de personal que no es suficiente para la capacidad instalada de cada institución, ya que la demanda en el sector salud es alta.

## 4. OBJETIVOS

### **4.1. OBJETIVO GENERAL:**

Identificar la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial mediante la aplicación de la encuesta de percepción de la seguridad del paciente en el periodo comprendido de enero a mayo del 2014 en la clínica Aynan Ltda de Mocoa Putumayo.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Evaluar y establecer la proporción del personal asistencial que conoce de la cultura de seguridad del paciente, en la Clínica Aynan.
- Determinar cuáles son las fortalezas y debilidades que se tienen en la clínica Aynan Ltda según los parámetros medibles en la encuesta de percepción de la cultura de seguridad del paciente en la clínica Aynan.

## 5. REFERENTE TEÓRICO

### **5.1 MARCO TEÓRICO:**

Nos basamos en El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, con sus cuatro componentes y sobre estudios ya realizados como son el IBEAS - ENEAS donde a través de ellos se va abordando la seguridad, la política y el programa de seguridad del paciente, para ello entonces vamos a fundamentarnos en el derecho que reconoce la Constitución y las normas de proteger la vida y la salud de la población a través de la seguridad del paciente y el sistema de calidad, la política de seguridad del paciente y la seguridad del paciente y el seguimiento al riesgo.

- ***La seguridad del paciente y el Sistema de Calidad***

Estos temas de la seguridad del paciente han cobrado actualidad no solamente en nuestra experiencia nacional; se trata de una política con reconocimiento mundial, ya desplegada o en proceso de despliegue en la mayoría de las experiencias internacionales. Y es parte de ese proceso de desarrollo lógico que lleva a los sistemas de calidad a avanzar del análisis inicial de la estructura, hasta centrarse de manera decidida en el cliente y a enfocarse claramente en los resultados de la atención en salud; cuando se da eso, es cuando se empieza a buscar el primer frente de trabajo que es el de la seguridad del paciente.

Los temas de calidad en algún momento estuvieron circunscritos a algunas organizaciones o a algunos individuos que estaban particularmente interesados, pero no eran una corriente nacional; sin embargo nuestro país fue uno de los países de América Latina pioneros en el asunto de la calidad con una tradición importante.

A manera de ejemplo está el documento que se llamó Garantía de Calidad en los Servicios de Salud, del ISS; ya en 1983, es decir hace casi 25 años, el país producía un primer documento formal donde se conceptualizaba la calidad, donde se definían estrategias y se precisaban metodologías de evaluación.

El Decreto 2174 de 1994 crea un sistema de calidad. Ese primer sistema de calidad todavía es muy estructuralista; se basaba en listas extensas de chequeo, pero fue el primer sistema de calidad de todo el país, fue el que abrió el camino, fue el que generó las experiencias que permitieron que desembocáramos en el Decreto 2309 de 2002 que crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, con las características que tiene ahora.

Un sistema orientado por los principios modernos del mejoramiento continuo y centrado en el cliente y que, aunque de manera sutil, ya planteaba los temas del enfoque al resultado, el abordaje funcional o sistémico, y el aspecto del riesgo. Planteamientos todos, a los cuales en el siguiente Decreto, el 1011 de 2006, les da un claro énfasis, los plantea de manera explícita y les define las líneas de acción que actualmente desplegamos.

En el Decreto 1011 de 2006 aparece una modificación importante con relación al texto de la norma que lo precedió. Es la introducción en la definición de calidad del concepto de ésta como la relación entre beneficios, riesgos y costos, que es la clásica definición propuesta por Avedis Donabedian, que nos lleva a reflexionar que toda atención en salud ofrece unos beneficios, pero genera unos riesgos y unos costos, y ofrecer calidad es conseguir el balance entre estos tres elementos(1)

- ***La política de seguridad del paciente***

Se aborda entonces como un programa continuo, donde el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad avanza un paso más en la política claramente establecida que debe ser entendida por todos los actores del SGSSS de esa forma.

A través de la implementación de los 4 componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se promueve el desempeño y reconocimiento técnico por calidad en cada actor del SGSSS.

El Sistema Único de Acreditación que hoy está reglamentado a través de la Resolución 123 de 2012, el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad con las pautas indicativas, hoy en día obligatorias, y el Sistema Único de Habilitación reglamentado por la Resolución 2003 de 2014, tienen que arrojar en conjunto unos resultados claros frente al paciente que se esbozan con el sistema de información para la calidad.

Por calidad de la prestación de servicios en salud se entiende la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y de forma colectiva de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr adhesión y satisfacción de dichos usuarios (2); está definido en el Decreto 1011 del 2006, en su artículo 2 y es una definición que se entiende como la definición integral de calidad. Al final con la implementación de todos sus componentes se pretende que los usuarios, ya sean individuales o colectivos, tengan la posibilidad de acceso a los servicios y éstos sean realmente de calidad.



El Sistema Único de Habilitación está definido en el Artículo 6 del Decreto 1011 de 2006, como el conjunto de normas y estrategias que son indispensables para la entrada y permanencia de todos los estándares, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios y está explícito en el Decreto; a través de sus estándares pretende buscar la seguridad de los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios (2).

El componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad que también tiene definidos sus lineamientos y el seguimiento a eventos adversos trazadores en los prestadores finalmente lo que pretenden son programas de mejoramiento para garantizar seguridad y atención al paciente.

El Sistema Único de Acreditación definido también en el Decreto tiene un enfoque hacia los resultados y riesgos en la acreditación, y una obligatoriedad del programa de eventos adversos. Cualquier institución que quiera llegar a la acreditación debe por supuesto estar manejando todos los conceptos de riesgo, la medición de riesgos, eventos adversos y cómo mejorarlos continuamente.

La vigilancia de los eventos adversos como tal y el sistema de información para la calidad están definidos como obligatorios como está claramente planteado en la Resolución 1446 del 2006. En ella se exponen los indicadores de calidad seleccionados para el seguimiento y los principales eventos adversos que deben ser monitoreados.

Esta conceptualización avanza directamente al aspecto del riesgo en salud como parte integral de la definición de calidad, porque entre esos tres términos, beneficio, riesgos y costos, el Sistema Único de habilitación está privilegiando claramente el concepto de riesgo. Porque el estándar de habilitación lo que define es ese punto de atención por debajo del cual los riesgos potenciales exceden los probables beneficios de la atención; y desde la perspectiva del sistema, por lo tanto, es preferible que una atención no se de a que se de en esas condiciones.

La seguridad del paciente debe abordarse en un entorno de seguridad y confianza para el profesional.

Hay algunas previsiones que es importante recordar al abordar estos temas de riesgo en salud:

**Primero:** La razón por la cual ahora se aborda el tema de la seguridad del paciente no es porque nuestras instituciones sean ahora menos seguras que

antes, es porque ahora se avanza hacia la obtención de resultados tangibles que las hagan más seguras de lo que actualmente son.

La medicina desde siempre ha ido avanzando detectando problemas de calidad para impactarlos y hacer más seguro el entorno en el cual son atendidos los pacientes.

**Segundo:** La razón por la cual ahora se aborda el tema de la seguridad del paciente no es porque se haya descubierto que nuestros doctores son indolentes con la seguridad de los pacientes, es porque ahora nuestro profesional de salud es más consciente y responsable de la necesidad de ofrecer mejor atención a sus pacientes.

- ***La seguridad del paciente y el seguimiento a los riesgos***

Es importante tener en cuenta cuatro observaciones:

1. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la práctica médica, pretendemos minimizarlos y prevenirlos. Un ejemplo ilustra lo nocivo que resulta no reflexionar y comprender esto; una ARS escribe a su red de instituciones diciendo que a partir de ahora, el estándar de eventos adversos es 0, esto es absolutamente imposible, impracticable; siempre que se preste atención en salud habrá eventos adversos, lo que se busca no es ocultarlos, todo lo contrario, es encontrarlos para analizarlos y para prevenirlos.(3)
2. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad al paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y confianza. Otro ejemplo ilustrativo: en alguna región del país apareció una EPS diciéndole a las IPS de su red: entréguenme las actas de los análisis de todos los eventos adversos que tiene y díganme quiénes fueron los que ocasionaron tales eventos (3). Esas acciones entorpecen el ambiente del reporte y el análisis en las instituciones.
3. Las acciones punitivas no son aplicables a los problemas de seguridad, ya que estos se originan en falencias organizacionales y no necesariamente en acciones exclusivamente individuales.
4. La política de seguridad del paciente, no obstante, no exime de la responsabilidad profesional en los casos excepcionales en los cuales existe negligencia, impericia o hay intención de hacer daño por parte del individuo.

En conclusión el aspecto de la seguridad del paciente es inherente a la calidad y no debe trabajarse de manera desarticulada, el riesgo en salud como parte integral de la definición de calidad.

Comprendiendo este contexto se tienen los estudios IBEAS Y ENEAS:

El Estudio IBEAS, proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS Ginebra) y la Organización Panamericana de la Salud y el Soporte Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España), es uno de los proyectos más relevantes en la actualidad en el contexto internacional (4)

En nuestro país hemos seleccionado doce instituciones distribuidas en diferentes regiones del país, públicas y privadas, acreditadas, no acreditadas y en preparación para la acreditación que nos permitan darnos una idea del comportamiento del problema en Colombia.

Este proyecto que tiene como objetivos conocer la prevalencia de Eventos Adversos en hospitales de cinco países de América Latina, desarrollar metodologías comparables internacionalmente y que sean fácil aplicación en las instituciones de nuestros países frecuentemente limitadas para desplegar estudios de común aplicación en otras regiones del mundo, así como entrenar grupos de evaluadores expertos, será un gran avance en el despliegue y profundización de nuestra estrategia de seguridad del paciente y un importante paso hacia la construcción de una política de Seguridad del Paciente del país.

Dentro de alguno de los artículos que se publicaron sobre cultura de la seguridad: se establecieron una serie de procesos de gestión del riesgo que implican unas etapas como son:

- Identificar y cuantificar el riesgo, fase en la que son esenciales los sistemas de información clínica y asistencial y el uso del método epidemiológico.
- Análisis del riesgo por medio del análisis de causas raíz u otros sistemas retrospectivos o prospectivos, según el caso.
- Definir las opciones existentes para reducirlo o eliminarlo, elección de la más adecuada y desarrollo de las acciones previstas.
- Evaluación de la eficiencia y efectividad de las actividades por medio de los sistemas de información pertinentes. (4)

Como eje de todas las etapas mencionadas está la comunicación y el desarrollo de una cultura de la seguridad, consecuencia de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de los individuos y del grupo.

Mientras que la epidemiología ha desarrollado múltiples instrumentos para la estimación del riesgo, sobre los que se instruye en las facultades y escuelas de ciencias de la salud.

La percepción del riesgo del paciente, informado al paciente consecuente, planteo como reto mayor para lograr un sistema sanitario más seguro, tal como se destacó en su día por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos y más recientemente en el marco de la Unión Europea la Carta de Luxemburgo, es cambiar la percepción del error y del riesgo clínico como una amenaza para la fama y el prestigio profesional por otra en la que los mismos no sean considerados fallos personales, si no oportunidades para mejorar el sistema y reducir los riesgos que conlleva la tensión sanitaria.

A tal fin es necesario un entorno laboral y profesional que favorezca la discusión abierta y participativa de los riesgos, el análisis de accidentes e incidentes a fin de aprender del error.

- Lo que se pretende es realizar acciones para reducir riesgos que pueden traer consigo otros riesgos insuficientemente evaluados.
- Al realizar estas acciones puede generar costos altos Y pueden ser poco probables que reduzcan el riesgo de que vuelva a ocurrir.
- La probabilidad «estadística» tiene un significado diferente cuando se convierte en probabilidad «ocurrida» o en un caso conocido.(4) En este sentido, el fallecimiento por una reacción adversa a un medicamento en el propio entorno de trabajo o en un familiar próximo, condiciona una percepción distinta de los problemas ligados al uso de medicamentos a partir de ese momento.

Recientemente, en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se hizo el lanzamiento de una nueva Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que buscará reducir las enfermedades, lesiones y muertes de pacientes al recibir atención médica.(5)

Este lanzamiento es muy importante para todos los países que se encuentran involucrados en tratar de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso tratando de hallar las causas y los eventos con mayor incidencia para

encontrar así algún tipo de solución para que no vuelvan a presentar.

La alianza es la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y su director general, LEE Jong-wook, viajó a Washington para el lanzamiento, los participantes en el evento del 27 de octubre indicaron que cada año, en Estados Unidos, los errores médicos ocasionan la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer del seno o SIDA. En Canadá y Nueva Zelandia, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6 %.(5)

Observando estas cifras podemos determinar que en la mayoría de los países los pacientes fallecen mas por los eventos adverso que se presentan por la atención en salud que realmente por su patología de base.

El Doctor Liam Donaldson plantea que la máxima "Ante todo, no hacer daño" se atribuye a Hipócrates. Si bien no se sabe si él en realidad la pronunció, esta oración perdura como una expresión elegante de lo que debería ser el principio fundamental en la atención de salud: los profesionales de la salud debemos mejorar la salud de los pacientes, no empeorarla con nuestros errores (6)

La falta de seguridad para el paciente no sólo ocasiona una enorme pérdida de vidas, sino que tiene también graves repercusiones económicas. Diversos estudios han demostrado que algunos países pierden entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares por año como consecuencia de internaciones prolongadas, demandas legales, ingresos perdidos, discapacidad y gastos médicos.

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)

## 6. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo sobre la percepción que tiene los funcionarios del área asistencial sobre la cultura de seguridad del paciente en la Clínica Aynan Ltda mediante la aplicación de la encuesta de la percepción de la seguridad del paciente, donde se analizó cada una de las categorías que interfieren en la cultura de la seguridad del mismo.

**Población:** contamos con 29 funcionarios asistenciales asignados de la siguiente manera a cada una de las áreas como son: quirófano, consulta externa, laboratorio, farmacia y remisiones.

Para esta primera aplicación de la encuesta no se tuvo en cuenta al personal de remisiones que son 11, por su disponibilidad de tiempo y cuadro de turnos, en una segunda aplicación se los coordinara.

### UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

De acuerdo con la oficina de Talento humano, se tuvieron en cuenta los siguientes funcionarios asistenciales, en total 18 para que contestaran la encuesta de percepción de la seguridad del paciente.

CARGO-PROFESION	SERVICIO EN QUE LABORA	CANTIDAD
Ginecología y obstetricia	Consulta externa – cirugía	2
Anestesiólogo	Cirugía	1
Pediatra	Cirugía	2
Cirujano	Consulta externa – cirugía	1
Otorrinolaringólogo	Consulta externa – cirugía	1
Oftalmólogo	Consulta externa – cirugía	1
Dermatología	Consulta externa – cirugía	1
Bacterióloga	Laboratorio clínico	1
Instrumentador quirúrgico	Cirugía	1

Regente de farmacia	farmacia	1
Enfermera	Todos los Servicios	1
P. salud ocupacional		1
Auxiliar de enfermería	Citas medicas	1
Auxiliar de enfermería	Consulta externa	1
Auxiliar de enfermería	Cirugía	2

**Criterios de inclusión y exclusión de la Muestra:**

Se excluye a todo el personal de remisiones debido a que este personal no es fijo, esta al llamado o disponibilidad según remisión de las EPS y normalmente se encuentran de viaje según cuadro de turnos o remisión y el otro personal restante está de descanso por posturnos o llegada de la remisión.

Por lo tanto en este estudio solo se tuvo en cuenta al personal fijo que se encuentra todo el tiempo dentro de la institución y que conoce los procesos de cada una de las áreas según su cargo y profesión, de esta manera se aplicó a 18 funcionarios del área de quirófano, consulta externa, farmacia y laboratorio, donde tenemos especialistas, enfermera jefe, instrumentador quirúrgico, bacterióloga, regente de farmacia y auxiliares de enfermería.

- Para poder realizar este proyecto en la clínica Aynan se pedio permiso mediante un oficio dirigido al gerente de manera formal, para luego poder dar a conocer sus resultados a todos sus funcionarios, de esta manera contribuimos en ir implementando medidas dependiendo los resultados que nos arrojó la encuesta para seguir mejorando cada día, por este motivo le dedicamos todas las tardes 3 horas diarias y los sábados 6 horas para poder sacar el proyecto adelante.

### **EN ESTE TRABAJO SE REALIZO EL SIGUIENTE ABORDAJE:**

1. Se solicitó mediante oficio de manera formal el permiso a la gerencia para poder tener acceso a las áreas y al personal en su jornada laboral para poder realizar la encuesta a todo el personal relacionado.
2. Se Aplicó el instrumento (Encuesta de la percepción de seguridad del paciente, versión revisada y corregida tomada de la adaptación de la encuesta de clima de seguridad propuesta por la **AHRQ** y adaptada por el centro de gestión hospitalaria y aplicada por nuestro equipo de trabajo al personal asistencial de la Clínica Aynan Ltda.; **(anexo al final)**).
3. La encuesta se aplicó a cada área independientemente el mismo día dándoles un tiempo de 30 minutos para que lean y contesten las 52 preguntas y en una reunión muy corta en el mismo momento de la aplicación de la encuesta se les explico la forma de calificación de 1 a 5 donde cada puntaje tiene una definición diferente que puede ser en positivo o negativo según la pregunta.
4. Luego de recogió las encuestas ya diligenciadas por el personal y se procedió a realizar la tabulación en una base de datos en Excel en la cual se registra la información recolectada y se realizó auditoria de la calidad de los registros consignados en la base de datos, los cuales se proceden a graficar por cada una de las preguntas.
5. Se analizó los resultados de la tabulación y se realizó el informe de la percepción de la seguridad del usuario agrupando las 52 preguntas en las 16 categorías de la A la P.



## 7. RESULTADOS

### ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizo un estudio cuantitativo de la percepción de seguridad del paciente en la Clínica Aynan Ltda.; y se analizo 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 en forma negativa o positiva según el criterio de calificación:

NEGATIVO		NEUTRAL	POSITIVO	
1	2	3	4	5
<b>Nunca/rara vez</b>	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo

Este estudio se realizo a los 18 funcionarios asistenciales de cada una de las áreas de la clínica Aynan, donde entre ellos encontramos auxiliares, regente de farmacia, profesional de seguridad y salud en el trabajo, bacteriólogo, instrumentador qx, enfermera jefe y médicos especialistas.

### TASA DE RESPUESTA

La tasa total de respuesta es del 100%, cumpliendo con el objetivo planteado, contando con un total de 18 cuestionarios desarrollados en su totalidad.

Tasa de Respuesta Global	
Numero de Encuestas Contestadas	Total Porcentaje
<b>18</b>	<b>100%</b>

**CATEGORIA A:**

Cuadro No 1		
¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución? (A1)		
Área	Cantidad	Porcentaje
Urgencias	0	0%
Hospitalización	0	0%
Consulta Externa	8	44%
Sala de Partos	2	11%
Promoción y Prevención	0	0%
Laboratorio	1	6%
Vacunación	0	0%
Rehabilitación	0	0%
Administrativa	0	0%
Imágenes diagnosticas	0	0%
Transporte Paciente	0	0%
Farmacia	1	6%
Otra	6	33%

En esta categoría se describe la distribución de los profesionales que respondieron el cuestionario y la distribución socio profesional; de igual manera en el cuadro (1) podemos observar los servicios más representativos en la institución, Logramos percibir que el servicio de consulta externa es donde se centra la mayor cantidad de persona asistencial de la Clínica con un 44%, y en una menor proporción están relacionadas las unidades diversas.(cuadroN1)

Cuadro No 2		
¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución? (A2)		
Rango de Años	Cantidad	Porcentaje
Menor 1 Año	5	33%
De 1 a 5 Años	8	53%
De 6 a 10 años	2	13%
Mayor de 10 Años	0	0%

Se puede apreciar que el 33% del personal no superan un (1) años de antigüedad de

igual manera otro 53% llevan laborando entre 1 y 5 años y que solo el 13% está en el rango de 6 a 10 años de antigüedad; correspondiente a dos (2) funcionarios.

**(Cuadro No 2)**

Cuadro No 3		
¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área? (A3)		
Rango de Años	Cantidad	Porcentaje
Menor 1 Año	6	35%
De 1 a 5 Años	8	47%
De 6 a 10 años	3	18%
Mayor de 10 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 baja, demostrando continuidad en sus procesos y permanencia en la institución. **(Cuadro No 3)**

Cuadro No 4		
¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución? (A4)		
Horas de Trabajo	Cantidad	Porcentaje
MENOS 20 HORAS	3	18%
DE 20 A 39 HORAS	6	35%
DE 40 A 69 HORAS	7	41%
DE 70 A 79 HORAS	1	6%
DE 80 A 99 HORAS	0	0%
MAS DE 100 HORAS	0	0%

De acuerdo a lo expresado por el personal el 41% trabaja de 40 a 69 horas semanales, en la Clínica Aynan, seguido del 35% que labora entre 20 y 39 horas semanales y solo el 18% del personal labora menos de 20 horas. **(Cuadro No 4)**

CATEGORIA B:

Cuadro No 5			
Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes. (B5)	0%	50%	50%
Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (B6)	6%	6%	88%
Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes. (B7)	71%	23%	6%
Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez. (B8)	63%	6%	31%

Contienen en esta categoría (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.

CATEGORIA C:

Cuadro No 6			
Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente (C9)	0%	0%	100%
El análisis de los errores ha llevado a	0%	6%	94%

cambios positivos (C10)			
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad.(C11)	0%	18%	82%

En esta categoría 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.

CATEGORIA D:

Cuadro No 7			
Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan (D12)	6%	59%	35%
En esta área, la gente se apoya mutuamente (D13)	6%	29%	65%
Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo (D14)	6%	17%	77%
En esta área, el personal se trata con respeto (D15)	0%	6%	94%

Con una media del 67,7% los encuestados afirman que hay trabajo en equipo en las diferentes unidades de servicio.

CATEGORIA E.

Cuadro No 8			
Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente. (E16)	6%	29%	65%
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. (E17)	28%	44%	28%
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto. (E18)	50%	44%	6%

El 46.5% 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.

CATEGORIA F:

Cuadro No 9			
Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos. (F19)	<b>0%</b>	<b>10%</b>	<b>90%</b>
Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área (F20)	<b>12%</b>	<b>24%</b>	<b>64%</b>
En esta área, discutimos formas de prevenir			

fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer (F21)	<b>6%</b>	<b>28%</b>	<b>66%</b>
---	-----------	------------	------------

Se evidencia que existe retroalimentación respecto de la comunicación del error, de igual manera el 66% de los encuestados confirman que comentan y adoptan medidas para evitar que vuelvan a ocurrir.

**CATEGORIA G:**

Cuadro No 10			
Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
El personal siente que sus errores son usados en su contra. (G22)	<b>88%</b>	<b>0%</b>	<b>12%</b>
Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema. (G23)	<b>53%</b>	<b>41%</b>	<b>6%</b>
Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida. (G24)	<b>65%</b>	<b>6%</b>	<b>29%</b>

Se puede observar que el 29% de los encuestados consideran que los errores notificados, puedan ocasionar antecedentes disciplinarios, pero si observamos la media del 15% 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.

CATEGORIA H:

Cuadro No 11			
Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo. (H25)	11%	28%	61%
El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente. (H26)	25%	38%	38%
Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente. (H27)	47%	41%	12%
Frecuentemente, trabajamos en “situación de urgencia” intentando hacer mucho rápidamente. (H28)	67%	27%	6%

El 61% de los encuestados consideran que hay personal suficiente en cada una de las áreas o unidades asistencial, más aun solo el 6% afirmar que frecuentemente trabajan Situación de Urgencia.

CATEGORIA I:

Cuadro No 12			
Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (I29)	6%	0%	94%
Las medidas que toma la Dirección de esta			



institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. (I30)	6%	0%	94%
La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso. (I31)	71%	12%	17%

El 68% media, considera que la dirección realiza actividades de apoyo para la seguridad del paciente, de igual manera el 94% resalta que dirección propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.

CATEGORIA J:

<b>Cuadro No 13</b>			
Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí (J32)	72%	24%	6%
Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente. (J33)	0%	50%	50%
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución (J34)	71%	18%	11%
Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes (J35)	0%	12%	88%

Podemos apreciar que el 50% de los encuestados consideran que hay cooperación

entre las unidades de la institución resultados que no es muy acorde con el 88% que consideran que hay trabajo en equipo.

**CATEGORIA K:**

Cuadro No 14			
Pregunta	Muy en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra. (K36)	94%	0%	6%
Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno. (K37)	94%	6%	0%
A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución. (K38)	63%	37%	0%
Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes. (K39)	94%	6%	0%

Vemos que solo el 2% (media) de los encuestados consideran que tiene problemas de pérdida de información, considerando que un 94% afirman que pueden asegurar una continuidad de atención segura al paciente.

CATEGORIA L:

Cuadro No 15					
Pregunta	NUNCA	EN DESACUERDO	ALGUNAS VECES	MAYORIA VECES	DE ACUERDO
Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios (L40)	93%	0%	7%	0%	0%
La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo (L41)	67%	13%	13%	7%	0%
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área (L42)	76%	18%	6%	0%	0%
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir (L43)	18%	0%	12%	47%	24%

Es importante resaltar que el 72% de los encuestados consideran se tiene procesos adecuados para prevenir y evitar la ocurrencia de eventos adversos y que el 67% considera que la seguridad en el área o unidad no se ve afectada por la sobrecarga laboral.

CATEGORIA M:

Cuadro No 16					
Pregunta	NUNCA	EN DESACUERDO	ALGUNAS VECES	MAYORIA VECES	DE ACUERDO
¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? (M44)	6%	0%	12%	82%	0%
Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado? (M45)	0%	0%	24%	76%	0%
¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado? (M46)	6%	0%	24%	71%	0%

Se puede destacar que el 82% 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.

CATEGORIA N:

Cuadro No 17

En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado? (N47)

	No Respuestas	Porcentaje
Ningún Reporte de Incidentes	7	50%
De 1 a 2 Reportes de Incidentes.	3	21%
De 3 a 5 Reportes de Incidentes	3	21%
De 6 a 10 Reportes de Incidentes	1	7%
De 11 a 20 Reportes de Incidentes	0	0%
21 Reporte de Incidente a más	0	0%

La mayoría de los encuestados 50% no ha notificado ningún evento relacionado en el último año, relacionado con la seguridad del paciente y el 21% manifiesta haber notificado de 1 a 2 incidentes al igual que el 21% notifico de 3 a 5 Incidentes y solo el 7% reporto de 6 a 10 incidentes.

CATEGORIA O:

Cuadro No 18

Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente (048)

Rango de Años	Cantidad	Porcentaje
Excelente	2	29%
Muy Bueno	5	71%
Aceptable	0	0%
Pobre	0	0%
Malo	0	0%

Se puede apreciar que solo a esta pregunta contestaron 7 personas de las 18

obteniendo como resultado un 71% como muy bueno el manejo de la seguridad del paciente en la clínica y con un 29% excelente.

CATEGORIA P:

Cuadro No 19		
Cuál es su cargo en esta institución? (P49)		
Profesión	Cantidad	Porcentaje
Enfermera profesional	2	13%
Medico	7	44%
Odontólogo	0	0%
Medico SSO	0	0%
Auxiliar de enfermería	4	25%
Auxiliar de odontolo	0	0%
Bacteriólogo	1	6%
Personal rehabilitación	0	0%
Personal psicosocial	0	0%
Personal mantenimiento	0	0%
Líder proceso	0	0%
Técnico rayos x	0	0%
Dirección y gerencia	0	0%
Personal administrativo	2	13%

En proporción a la profesión o puesto de trabajo, se puede apreciar que el 44% de personal corresponde a médicos y el 38% es personal de enfermería. En general podemos apreciar que el 88% del personal es asistencial correspondiendo a la naturaleza de la clínica y que están en contacto directo con el paciente. ( cuadro N 19)

Cuadro No 20		
¿Qué tipo de contrato tiene? (P50)		
Rango de Años	Cantidad	Porcentaje
Nombrado carrera administrativo o provisional	0	0%

cooperativa	0	0%
Contrata de prestación de servicios	15	88%
Otro cual?	2	12%

Se observa que el 88% de los funcionarios tiene contrato de prestación de servicios lo cual según las demás categorías tienen continuidad a más de un año siendo esto favorable para la seguridad del paciente debido a que se tiene continuidad en los procesos. (Cuadro N 20)

Cuadro No 21		
En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes? (P51)		
Rango de Años	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	13	93%
NO	1	7%

El 93% tiene interacción directa con el paciente y solo en 7% no lo tiene, siendo un porcentaje alto como se esperaba ya que la mayoría de los encuestados son del área asistencial y siempre tiene contacto con los usuarios.(CuadroN 21)

Cuadro No 22		
¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión? (P52)		
Rango de Años	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor 1 Año	4	24%
De 1 a 5 Años	6	35%
De 6 a 10 años	3	18%
Mayor de 10 Años	4	24%

Una de las características fundamentales que podemos resaltar es que 35% lleva de 1 a 5 años con su profesión o especialidad, seguido del 24% que llevan mayor de 10

años al igual que menor de 1 año y tan solo el 18% lleva entre 6 a 10 años con su profesión o especialidad. (Cuadro N 22).

## **INFORME DE LA PERCEPCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CLINICA AYNAN LTDA**

El cuestionario facilito la descripción de los aspectos claves de seguridad del paciente y del clima de seguridad percibido en la clínica Aynan Ltda, arrojando siempre resultados positivos en la percepción que tienen los funcionarios referente a la seguridad del paciente, obviamente con algunos resultados un poco desfavorables que se tiene que tener en cuenta para mejorar y continuar con la cultura de la seguridad del paciente, lo cual se puede lograr a través de herramientas útiles que se tiene que analizar a través de estrategias para lograr los resultados esperados.

Con la aplicación de la encuesta sobre la percepción de la seguridad del paciente, podemos apreciar que los funcionarios de las diferentes unidades de la clínica trabajan en equipo y son coordinados, lo que se recomienda es 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 y realizar actividades o procesos de atención en salud enfocado en minimizar la ocurrencia de un incidente o evento adverso.

De esta manera podemos ver que es fundamental el reporte de los eventos adversos y que su notificación a tiempo forma 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.

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. Contribuyendo en gran medida que los procesos se fundamente en la transformación cultural.

Lo que se pretendió con este estudio es contribuir a aumentar el conocimiento del tema en nuestra institución, establecer una línea de base de seguridad del paciente en la clínica Aynan que nos permitirá evaluarnos en el futuro de forma comparativa e identificar estrategias para minimizar los eventos adversos y fortalecer la implementación de la 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 arrojo la encuesta.

#### **FORTALEZAS:**

En la Clínica Aynan 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.

De igual forma los encuestados perciben las acciones del supervisor o director favorables, afirmando que el 88% sostiene que el supervisor o director acepta las sugerencias para mejorar la seguridad de los pacientes; más aún cuando observamos que el 50% define que el supervisor o jefe hace comentarios positivos cuando se siguen los parámetros de atención segura.

Cabe anotar que los encuestados consideran con una media del 92% de respuestas positivas, se cree que el aprendizaje organizacional y mejora continúa, es una fortaleza; y se reconoce que existen medida de implementación, seguimiento y evaluación para evitar errores en la atención del 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.

Se establece también que el 31% de los encuestados considera que no se toma los problemas de seguridad que se repiten continuamente.

El 71% considera que cuando la presión se incrementa, el jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes haciendo que se puedan cometer errores y fallar en el proceso.

## **PERCEPCION GLOBAL**

En general se observa una muy buena percepción por parte de los funcionarios referente a la 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 seguridad del paciente como son reuniones cortas al iniciar y finalizar cada una de las jornadas de trabajo las cuales nos pueden aportar elementos significativos para poder manejar y asumir los procesos de una mejor manera.

## ***DISCUSION***

La encuesta de percepción de la seguridad del paciente que se estableció permitió identificar que la clínica Aynan institución donde se llevó a cabo este Estudio, ha desarrollado un importante trabajo para lograr construir y alcanzar una seguridad del paciente al interior de cada área y en general en toda la clínica. Proceso inicial que podría evaluarse exitosamente, 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.

Existen muchos aspectos por mejorar que requieren ser trabajados a corto plazo para lograr prestar atención de calidad y dentro de ésta conseguir que la seguridad del paciente sea realmente asumida por todo el personal que trabaja en la institución.

En cuanto a las políticas de la clínica, un alto porcentaje de encuestados reconocen que la Dirección muestra interés en la seguridad del paciente sin embargo, parece ser que dicho interés es mayor cuando se sucede un incidente adverso.

Al interior de cada área existe una percepción positiva en relación al apoyo, respeto y colaboración, lo cual minimiza la posibilidad de error en la atención. Sin embargo se reconoce que es necesario fortalecer estas actitudes, porque cuando se presenta mucho trabajo la ayuda no se da con la intensidad que se requiere. De igual manera se considera que es necesario fortalecer el trabajo en equipo entre las áreas, aspecto difícil de lograr debido a que culturalmente, cada área se asume como punto aparte que no tiene conexión con otras, lo cual objetivamente puede incrementar los riesgos de errores o eventos adversos

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES:

- Según los resultados sean positivos o negativos puede influir la rotación del personal en cuanto al tiempo de vinculación con la clínica, dificultando la percepción de la seguridad del paciente y con el área o servicio este caso en el rango menor a un año, hace que se requieran procesos permanentes de capacitación en la política y elementos de seguridad del paciente que ayuden al fortalecimiento de la cultura organizacional y se pueda mantener una línea de tendencia que refleje el trabajo institucional.

Los elementos de liderazgo, comunicación al interior de cada una de las áreas o servicios se observan como factores claves para el desarrollo real de una cultura de seguridad del paciente, los cuales ameritan un trabajo especial durante todo este año 2014 a través del comité de seguridad del paciente.

- La promoción de la notificación de incidentes, eventos adversos con énfasis en los elementos no punitivos de la política de seguridad institucional y del programa de seguridad del paciente se constituyen en una herramienta necesaria.

- A partir del trabajo que se viene realizando el porcentaje de notificación de los colaboradores es la adecuada, sin embargo deja una brecha entre el conocimiento de la importancia y efectos positivos de la notificación pero no ligado a la acción de identificar y reportar los incidentes y eventos adversos que se presenten en el servicio. Por ello la necesidad de continuar la estrategia del programa de seguridad de paciente en este año 2014 y de realizar la búsqueda activa y promoción de la participación activa de los diferentes servicios en la notificación.

•De igual manera se debe promover la participación del personal y quitar del imaginario laboral colectivo que cuando se realiza un reporte se está denunciado al colaborador y disminuir la preocupación que los errores que se comentan serán registrados en su hoja de vida.

•Un aspecto importante que se debe tener presente en este año 2014 en la percepción del personal asistencial, fue el trabajo en equipo y la colaboración entre las diferentes áreas de la institución y las acciones de la dirección en el tema de seguridad de paciente. Sin embargo hay dificultades en la coordinación de diferentes áreas que participan en el proceso de atención en salud.

•Los líderes de procesos o jefes de área deben fortalecer el autocontrol y el seguimiento de la seguridad de pacientes en cada área o servicio, por cuanto como integrantes del comité de seguridad de pacientes deben establecer acciones individuales en cada uno de los servicios y áreas, con el apoyo permanente del equipo de seguridad de Paciente de la Oficina de Gestión de Calidad.

•Se necesita que áreas como talento humano, acorde con los resultados de esta encuesta se articulen y se mejore la percepción de los colaboradores. Persiste el temor en el personal para hablar libremente de los errores que se cometen durante el proceso de atención, por consiguiente no es fácil cuestionar las decisiones o acciones del personal con mayor autoridad o de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto.

## RECOMENDACIONES:

1. La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas y cada una de las personas en la institución.
  2. Para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente.
  3. Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
  4. El alto o bajo número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.
  5. El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todas las Instituciones prestadoras de servicios de salud del mundo y no solo en la clínica Aynan.
- Una práctica segura es CUMPLIR PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN, dentro de nuestra clínica Aynan tenemos procesos, procedimientos, guías y protocolos con el fin de homogenizar la atención y disminuir los riesgos en la prestación de los servicios de salud y siempre proporcionar un tratamiento idóneo y pertinente según las necesidades en salud de nuestros pacientes.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. **Avedis Donabedian**, que nos lleva a reflexionar que toda atención en salud ofrece unos beneficios Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente Ministerio de la Protección Social, Bogotá D.C., Noviembre de 2008.g
- 2. Decreto 1011 de 2006 , **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud**, Bogotá, D. C., a 3 de abril de 2006. ART 2-6
- 3. Ministerio de Sanidad y Consumo., estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización., ENEAS 2005., informe. Madrid., Febrero 2006
- 4. Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud., Estudio IBEAS., Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica informes, estudios e investigación 2009
- 5. OMS artículo, Alianza mundial para la seguridad del paciente y Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente
- 6. El Doctor **Liam Donaldson** plantea que la máxima "Ante todo, no hacer daño. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/patient-safety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patient-safety/en/brochure_final.pdf). Accedido el 16 de febrero 2007
- Organización Panamericana de la Salud. 55ª 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>

- Decreto 1011 de 2006 ,**Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud**, Bogotá, D. C., a 3 de abril de 2006.
- 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](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final)
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud., Estudio IBEAS., Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica informes, estudios e investigación 2009
- Instituto de Medicina de los Estados Unidos año 2000 con la publicación “Error es humano



## 10. GLOSARIO

**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.

**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.

**RIESGO:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**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.

**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.

**COMPLICACIÓN:** Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

**BARRERA DE SEGURIDAD:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

**SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

**ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

