

**LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CENTRO MEDICO  
ENDOCIRUJANOS DE CALI.**

**ANGELA MARIA CIFUENTES RODRIGUEZ  
BELLINE MIRANDA RINCON  
EDDY ISABEL CHAVEZ**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALEZ  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
PROGRAMA A DISTANCIA  
Cali, Valle.  
2012**

**LACULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CENTRO MEDICO  
ENDOCIRUJANOS DE CALI.**

**ANGELA MARIA CIFUENTES RODRIGUEZ  
BELLINE MIRANDA RINCON  
EDDY ISABEL CHAVEZ**

Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de Especialista en  
Administración en Salud

Tutor:

**RICHARD NELSON ROMAN MARIN**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALEZ  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
PROGRAMA A DISTANCIA  
Cali, Valle.  
2012**

Nota de aceptación:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado.

---

Firma del jurado.

---

Firma del jurado.

Cali, Valle. Octubre 20 de 2012.

*“A nuestras familias madres, padres, esposos, hermanos, entre otros; que apoyaron este proceso de formación, para nuestro crecimiento académico y profesional; que toleraron el tiempo que dejamos de dedicarles a ellos con el fin de dar cumplimiento al compromiso adquirido con esta especialización. Por ser parte fundamental de un logro más de nuestras vidas”.*

*Angela, Belline y Eddy.*

*Agradecemos al Centro Médico Endocirujanos, por permitirnos realizar gran parte de nuestras actividades académicas durante este proceso de formación de la Especialización y en especial por el apoyo para la realización de este trabajo de grado, el cual esperamos sea muy significativo para la toma de decisiones gerenciales en lo que respecta al manejo de la Seguridad del Paciente en el Centro Médico.*

*A la Universidad Católica de Manizales por brindarnos la oportunidad de fortalecer nuestra formación académica y por darnos la opción de elegir nuestro tema de Investigación, por medio del cual también estaremos contribuyendo a los estudios que lleva a cabo actualmente la Alma Mater.*

## TABLA DE CONTENIDO.

	Pág.
INTRODUCCION.....	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1Pregunta de investigación.....	16
2. JUSTIFICACION.....	17
3. OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo general.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4. MARCO TEORICO.....	20
4.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD (SOGCS).....	20
4.1.1 Antecedentes.....	20
4.1.2 Objetivos del SOGCS.....	22
4.1.3 Campo de aplicación.....	22
4.1.4 Características del SOGCS.....	22
4.1.5 Componentes del SOGCS.....	23
4.2 SISTEMA UNICO DE HABILITACION.....	24
4.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	25
4.3.1 Definiciones.....	25
4.3.2 Daño en el paciente.....	26
4.3.3 No Intencionalidad.....	27
4.3.4 Concepto de Error.....	27
4.3.5 Casi Evento Adverso.....	28
4.3.6 Errores de Ejecución o de Planeación.....	28
4.3.7 Fallas Activas y Fallas Latentes.....	28
4.3.8 Errores por Acción o por Omisión.....	29
4.3.9 Lineamientos del Ministerio de Salud sobre seguridad del paciente.....	29
4.4 CULTURA.....	31
4.5 CENTRO MEDICO ENDOCIRUJANOS LTDA.....	31
4.5.1 Reseña histórica.....	32
4.5.2 Misión.....	33
4.5.3 Visión.....	34
4.5.4 Valores organizacionales.....	34
4.5.5 Mapa de procesos.....	35
5. METODOLOGIA.....	36
5.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	36
5.2 POBLACION.....	36
5.2.1 Población objetivo.....	36
5.2.2 Población de estudio.....	36
5.3 CRITERIOS DE INCLUSION.....	36

5.4 DISEÑO DE MUESTREO.....	36
5.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	36
5.6 METODO DE SELECCIÓN.....	36
5.7 VARIABLES.....	37
5.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	38
6. TRABAJO DE CAMPO.....	38
7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	39
8. CONCLUSIONES.....	58
9. RECOMENDACIONES.....	59
10. CONSIDERACIONES ETICAS.....	61
11. CRONOGRAMA.....	62
12. PRESUPUESTO.....	62
BIBLIOGRAFIA.....	63
ANEXOS.....	65

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Operacionalización de las variables.....	37
Tabla 2. Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad. ....	43
Tabla 3. Trabajo en equipo dentro de las unidades.....	44
Tabla 4. Actitud de comunicación abierta.....	45
Tabla 5. Retroalimentación y comunicación sobre el error.....	46
Tabla 6. Respuesta no punitiva al error.....	47
Tabla 7. Personal.....	48
Tabla 8. Apoyo y soporte del Centro Médico para la seguridad del paciente.....	49
Tabla 9. Trabajo en equipo entre las unidades.....	50
Tabla 10. Transiciones y no intervenciones de Endocirujanos.....	51
Tabla 11. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente.....	52
Tabla 12. Resultados comparativos entre la percepción de cultura de seguridad y la antigüedad del personal encuestado.....	53
Tabla 13. Frecuencia y reporte de eventos.....	54
Tabla 14. Número de eventos adversos reportados.....	55
Tabla 15. Grado de seguridad del paciente.....	56



## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Interrelación de los componentes del SOGCS.....	23
Figura 2. Características del SOGCS.....	24
Figura 3. Mapa de procesos Endocirujanos 2012.....	35
Figura 4. Total de personal por área de trabajo.....	39
Figura 5. Tiempo de antigüedad en el Centro Médico.....	40
Figura 6. Tiempo trabajado en el área o unidad.....	40
Figura 7. Número de horas que laboran los encuestados.....	41
Figura 8. Personal por cargos.....	41
Figura 9. Personal por tipo de contrato.....	42
Figura 10. Cuenta de interacción directa con el paciente.....	42
Figura 11. Tiempo de trabajo en la actual profesión.....	43
Figura 12. Aprendizaje institucional mejoramiento continuo.....	44
Figura 13. Trabajo en equipo dentro de las unidades.....	45
Figura 14. Actitud de comunicación abierta.....	46
Figura 15. Retroalimentación y comunicación sobre el error.....	47
Figura 16. Respuesta no punitiva al error.....	48
Figura 17. Personal.....	49
Figura 18. Apoyo y soporte del Centro Médico para la seguridad del paciente.....	50
Figura 19. Trabajo en equipo entre las unidades.....	51
Figura 20. Transiciones y no intervenciones de Endocirujanos.....	52
Figura 21. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente.....	53
Figura 22. Cultura de seguridad percibida por antigüedad del personal.....	54

Figura 23. Frecuencia y reporte de eventos adversos.....55

Figura 24. Número de eventos adversos reportados.....56

Figura 25. Grado de seguridad el paciente en la unidad de trabajo.....57

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1. Encuesta de Seguridad del Paciente.

Anexo 2. Acta de aprobación del trabajo de grado por el Comité de Seguridad del Paciente de Endocirujanos.

## INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - **SOGCS**, se encuentra contemplado en la Ley 100 de 1993 del Sistema General de Seguridad Social en Salud - **SGSSS**, el cual está reglamentado por el decreto 1011 de 2006, la Resolución 1043 de 2006, la Resolución 1445 de 2006 y la Resolución 1446 de 2006 con sus respectivos anexos técnicos, de la misma manera pretende generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Los componentes de este sistema son: el Sistema único de Habilitación - **SUH**, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud - **AMEC**, el Sistema Único de Acreditación – **SUA** y el Sistema de Información para la calidad - **SIC**.

El Sistema Único de Acreditación está completamente articulado con los demás componentes del SOGC de la Atención en Salud, en tanto que la Habilitación está planteada para proteger al paciente de la prestación de servicios en las cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables desde el punto de vista del sistema, la Acreditación direcciona hacia la excelencia en el desempeño y la auditoría sirve de elemento de comprobación acerca de si la atención observada efectivamente ha alcanzado tales niveles.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud tiene prolongados antecedentes en nuestro país. Entender la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad y, a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial, implica que la auditoría y la organización, así como los auditados deben conocer los elementos básicos que determinan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

En referencia a la Seguridad de los Pacientes, es una preocupación es universal y está promovida por la Organización Mundial de la Salud - **OMS** (2004) a través de La Alianza para la Seguridad Clínica del Paciente. Los hallazgos arrojados por diversos estudios evidencian que a diario se comenten errores en los hospitales en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo profesional como en el administrativo. Se generan así eventos adversos con consecuencias letales o de daño permanente.

El Ministerio de Protección Social con el Decreto 1011 pone énfasis en la necesidad de prevenir los eventos adversos y comienza a desarrollar el proyecto IBEAS (2007) con participación de 5 países latinoamericanos. Este proyecto busca fortalecer la implementación de la seguridad clínica del paciente.

Sumado a lo anterior el Ministerio de la Protección Social en Noviembre de 2008, lanza los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente tomando como base el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - **SOGCS**, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Actualmente en el Centro Médico Endocirujanos , no se cuenta con política de seguridad del paciente; teniendo en cuenta que este es un requisito a cumplir de acuerdo a los requerimientos de Ley estipulados por el Ministerio de la Salud Colombiana, mediante el Sistema de Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, y además de ser una de las principales obligaciones de todas las instituciones prestadoras de salud el brindar servicios de calidad que proporcionen confianza y bienestar en la población objeto de la atención, se convierte este tema para Endocirujanos en un problema para resolver de manera prioritaria.

Por lo cual se propone realizar el establecimiento de una línea base sobre la percepción que tienen los colaboradores sobre la cultura de seguridad y utilizarla como una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de los habitantes de la región que asisten al Centro Médico.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La normatividad vigente establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir con una serie de requisitos específicos mínimos para ofrecer al público servicios de salud con calidad enmarcados en el mejoramiento continuo establecidos en el **SOGCS** del **SGSSS** (Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones 1043, 1445 y 1446 de 2006), que cuenten con un equilibrio entre riesgos y beneficios, y con estándares de calidad. El fortalecimiento de los sistemas de Habilitación, Acreditación y Auditoría, lo que buscan es disminuir los riesgos asociados a la atención e incrementar el impacto de los servicios en la mejora del nivel de salud en la población; empoderar al usuario y sus formas asociativas a través del desarrollo del sistema de información en calidad; desarrollar y mejorar el talento humano en salud; fortalecer los procesos de evaluación e incorporar la tecnología biomédica<sup>1</sup>; logrando reconocimiento ante el sector salud sobre las entidades que realmente cumplen con los estándares de Garantía de la Calidad.

El Centro Médico Endocirujanos Ltda, debe implementar un proceso que permitan la articulación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y de cada uno de sus componentes: la habilitación como aquella herramienta básica estructural de cumplimiento, la auditoría como aquel componente que evalúa los procesos de atención e identifica fallas en la calidad para alcanzar mejores resultados en el desempeño de los procesos y escalar en los niveles de calidad en la atención en salud; se debe realizar una autoevaluación con estándares superiores como los que plantea el Sistema Único e identificar las brechas que existen entre la calidad esperada y la calidad observada. Verificar las condiciones de Habitación como soporte fundamental del **SOGCS** y aplicar la encuesta de percepción de Cultura de Seguridad del Paciente para identificar la cultura de los colaboradores frente al riesgo al que están expuestos los pacientes de sufrir un incidente o evento adverso.

La cultura 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 AHRQ (2004).

*Esandi et al (2006) señala 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”.*<sup>2</sup>

Actualmente el Centro Médico Endocirujanos no cuenta con política ni programa de seguridad del paciente sin embargo se han tomado medidas de forma aislada que han contribuido a la prevención de ocurrencia de eventos adversos que afecten el estado de salud de los pacientes, tales como: cambio de camillas para la sala de recuperación de las antiguas que tenían las barandas en mal estado, por unas nuevas con barandas abatibles y correas de seguridad para prevenir caídas; cambio del piso de la unidad de endoscopia por uno que cumple con los requisitos de habilitación; se implementó el

---

<sup>1</sup>Ministerio de la protección. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá, D.C., 2005.

chequeo mensual (o cada vez que se utilice) el carro de paro; se instalaron barandas o pasamanos en las rampas de acceso y a los servicios de endoscopia y cirugía; se colocó señalización de rutas de evacuación y demás señalización en general.



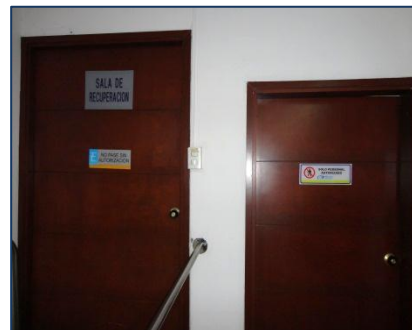
CARRO DE PARO



BARANDAS RAMPAS DE ACCESO



BARANDAS EN BAÑOS



SEÑALIZACION



SEÑALIZACION



CORREAS Y BARANDAS DE SEGURIDAD

Sumado a esto, el Decreto 4295 de 2007 fija la Norma Técnica de Calidad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud la adoptada por el **SOGCS**, norma la cual reafirma que el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales planteados en el Decreto 1011 de 2006 y en sus componentes son parte fundamental de la Seguridad del Paciente.

Por esto, es indispensable identificar la cultura actual de seguridad del paciente que propicie el mejoramiento continuo de sus procesos asistenciales.

### **1.1 Pregunta de investigación.**

¿Cuál es la cultura de Seguridad del Paciente que existe actualmente en Endocirujanos y cuáles serían las recomendaciones para la implementación del programa de Seguridad del Paciente?



## 2. JUSTIFICACIÓN

Los efectos indeseables derivados de la prestación de servicios de salud en Colombia y a nivel mundial en muchos casos, causa de enfermedad, traumatismos o muerte de los usuarios del sistema de salud y afecta a todos y cada una de las personas involucradas en el proceso de atención tanto en la parte administrativa como asistencial y se convierten en la razón del abordaje en el tema de la seguridad del paciente.

Cada día es mayor el desarrollo científico y tecnológico; cada vez son más las posibilidades diagnósticas y terapéuticas; pero también, cada día se tiene más conciencia del número de situaciones que, provocadas por descuidos o errores injustificados, elevan el riesgo de que los pacientes hospitalizados sufran daños, a veces severos e incluso fatales que pudieron ser prevenidos.

Por ello es indispensable incorporar el tema de la seguridad de los pacientes a la agenda de análisis, reflexión y acción de las profesiones de la salud en Endocirujanos. Es bien sabido, desde hace mucho tiempo atrás, que los procesos de atención en salud a las personas llevan implícitos unas series de riesgos, derivados de la multiplicidad de factores que entran en juego en dichos procesos. La patología misma del paciente, la calidad técnica de las personas que lo atienden, la disponibilidad y el uso de la tecnología con que se cuenta, la necesidad de coordinación de los diferentes equipos de trabajo en el proceso, la comunicación entre diferentes personas y equipos, las políticas organizacionales y la delegación funcional.

A nivel mundial y nacional se avanza hacia la obtención del mejoramiento en calidad de vida del paciente, donde los profesionales del área de la salud son más conscientes y responsables de ofrecer una mejor atención incluyendo la seguridad del paciente como una característica inherente a la práctica médica que busque minimizarlos y prevenirlos.

Aunque la situación de salud a nivel mundial es diferente, los costos aumentan a pesar de los esfuerzos por controlarlos mientras los servicios se restringen, los pacientes reciben una atención lejos de ser la ideal y los eventos adversos siguen siendo más frecuentes. El interés y empeño de países de todo el mundo por encontrar soluciones a este problema resultan alentadores bajo el lema de que en los años venideros, a lo largo y ancho del mundo se salvarán vidas y se reducirá el nivel de riesgo para los pacientes.

Las estadísticas evidencian la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, notorias y concertadas para reducir el creciente número de eventos adversos derivados de la atención de salud, sus repercusiones en la vida de los pacientes y que son evitables en la práctica médica y de servicios en salud.

Colombia actualmente adelanta una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente, por lo tanto ha establecido los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente (Bogotá, 11 de junio de

2008), el cual a través del sistema de garantía de la calidad son de cumplimiento para todos los prestadores de salud en el territorio.

Se hace necesario para el Centro Medico Endocirujanos en el cumplimiento de las normas legales y en pos de la seguridad de los pacientes que atiende el centro, que se lleve a cabo una investigación que permita conocer la cultura de seguridad del paciente, la cual beneficie de manera directa a los usuarios y contribuya al enriquecimiento de la calidad en prestación de los servicios de salud, disminuyendo el riesgo de demandas a la institución por efectos adversos (EA.).

Con la realización de esta investigación se pretendió identificar la cultura de seguridad del paciente en centro médico, que conllevara a implementar la Política de Seguridad del Paciente y con apoyo en la misma posteriormente se implementara en el centro médico el programa de seguridad del paciente. Para esto se contó con el apoyo de la misma institución, de sus socios, y sus colaboradores en general.

Se pretendía también contribuir con las investigaciones que adelanta la Universidad Católica de Manizales en el tema de seguridad del paciente.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general.**

Identificar la cultura de Seguridad del Paciente en el Centro Médico Endocirujanos de Cali y generar recomendaciones para la implementación del programa de Seguridad del Paciente.

#### **3.2 Objetivos específicos.**

- a. Adoptar y adaptar la encuesta de Seguridad del Paciente, diseñada por la Interagency Coordination Task Force (QuIC), auspiciada por la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). Adaptada y validada para el Ministerio de la Protección Social de Colombia por el Centro de Gestión Hospitalaria, a las características de organización.
  
- b. Identificar la cultura de los colaboradores frente al tema de cultura de Seguridad del Paciente establecer la cultura institucional en Endocirujanos.
  
- c. Proponer un plan de acción para el diseño de la política y la implementación del programa de Seguridad del Paciente.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD (SOGCS).

#### 4.1.1 Antecedentes.

Colombia es uno de los países con más larga trayectoria en el desarrollo de la metodología de Calidad en América Latina. Sus experiencias iniciales han sido: El Instituto del Seguro Social (ISS) en la década de los 80's en el Suroccidente colombiano (años 90's) y el Primer manual de acreditación en 1995.

La calidad en los servicios de salud tiene sus antecedentes desde la ley 10 de 1990 del Sistema Nacional de Salud, la ley 100 de 1993 del Sistema de Seguridad Social Integral, y se organiza inicialmente con el Decreto 2174 de 1996 *“De esta forma se dio cumplimiento al compromiso adquirido en la primera Cumbre de las Américas de 1994, junto a los demás gobiernos de la región<sup>13n</sup>”*, con el cual se busca el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud como parte de los procesos de reforma del sector salud, este decreto determinó los componentes del SOGCS: declaración de requisitos esenciales (condiciones mínimas de personal, infraestructura, dotación, entre otras), la acreditación como un procedimiento sistemático voluntario y periódico orientado al cumplimiento de estándares superiores a los requisitos esenciales, el plan de mejoramiento de la calidad, el sistema de información y la auditoría médica.

Después en el 2002 el sistema sufre importantes modificaciones con el Decreto 2309 que hace aportes vitales como la asignación de responsabilidades nacionales, territoriales y municipales, estableció quienes son los prestadores de servicios de salud, qué es la atención en salud y las características que ésta debe cumplir para ser considerada de calidad (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad); además incluye los siguientes componentes: el Sistema de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, la Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

El Decreto 1011 de 2006 que establece el sistema y se reglamenta con una serie de anexos técnicos que obedecen a las condiciones con las cuales deben cumplir las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud, estandarizando conceptos esenciales en la prestación de los servicios de salud tales como: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad. Este último debe favorecer la competencia entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento del sistema y de sus deberes y derechos.

Ley 1122 de enero 9 de 2007 por la cual se hace algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En el artículo 2, establece la **evaluación por resultados**. En el artículo 25, define la regulación de la prestación de servicios de salud y entre sus principales requisitos el procedimiento para Habilitación de nuevas IPS.

El 11 de junio de 2008 el Ministerio de la protección social establece los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia la cual tiene como objetivo direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura, disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes, prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud, coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles, homologar la terminología a utilizar en el país educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos, difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

En el año 2011 surge la Ley 1438, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, es importante señalar que el objeto fundamental de la Ley es fortalecer el sistema a través de “un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, permita la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo.

El artículo 58 de la presente Ley en la que se habla de la habilitación de prestadores de servicios en salud es enfática y expresa que Las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad; para tal fin los reglamentos que el Ministerio de la Protección Social expida, deberán garantizar la verificación de dichas condiciones y su periódica revisión. Las Direcciones Territoriales de Salud deberán garantizar la verificación de los servicios que lo requieran en el plazo que establezca el reglamento. La actividad de habilitación, para ser realizada oportuna y en los términos establecidos, puede ser contratada por las entidades territoriales con terceros especializados en la materia.

Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley toda nueva Institución Prestadora de Salud para el inicio de actividades y por ende para acceder a contratar servicios de salud deberá tener verificación de condiciones de habilitación expedida por la autoridad competente, que dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud para realizar la verificación. La verificación deberá ser previa cuando se trate de servicios de urgencias y servicios de alta complejidad. Los servicios oncológicos deberán tener habilitación y verificación previa por el Gobierno Nacional.

El avance en Colombia con el SOGCS trajo como valor agregado la preocupación por el usuario y la relevancia de obtener información sobre los resultados que se consiguen en los pacientes. Este es uno de los logros más interesantes del proceso de acreditación en Salud, “...el impulso dado a los esfuerzos de las instituciones de salud en materia de la seguridad del paciente... (Dr. Carlos Edgar Rodríguez, Director acreditación en Salud) ”.

Actualmente Colombia se encuentra unida a la tendencia mundial en calidad en salud, desarrollando en conjunto con otros cuatro países latinoamericanos (México, Costa Rica, Perú y Argentina) el proyecto Iberoamericano de Incidencia y Prevalencia de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados (IBEAS), el cual tiene como objetivo conocer la prevalencia de eventos adversos en nuestros países de tal forma que le permitan desarrollar metodologías comparables internacionalmente y que estas sean de fácil aplicación en nuestras instituciones, además de entrenar a grupos de evaluadores expertos en nuestras instituciones, entre otros.

#### **4.1.2 Objetivos del SOGCS.**

Incrementar los resultados favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados a dicha atención.

Promover el mejoramiento a través de incentivos: prestigio e incentivos económicos a las instituciones que alcanzan el cumplimiento de estándares de excelencia.

#### **4.1.3 Campo de aplicación.**

De manera obligatoria deben acogerse a la norma las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo, Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada, Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, Prestadores de Servicios de Salud Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), grupos de práctica profesional con infraestructura, profesional independiente y servicios de transporte especial de pacientes, incluidos los de Regímenes de Excepción (Magisterio y Empresa Colombiana de Petróleos).

Se exceptúan las instituciones del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional quienes se podrán acoger de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria cuando deseen prestar servicios a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, IPS o Entidades territoriales.

#### **4.1.4 Características del SOGCS.**

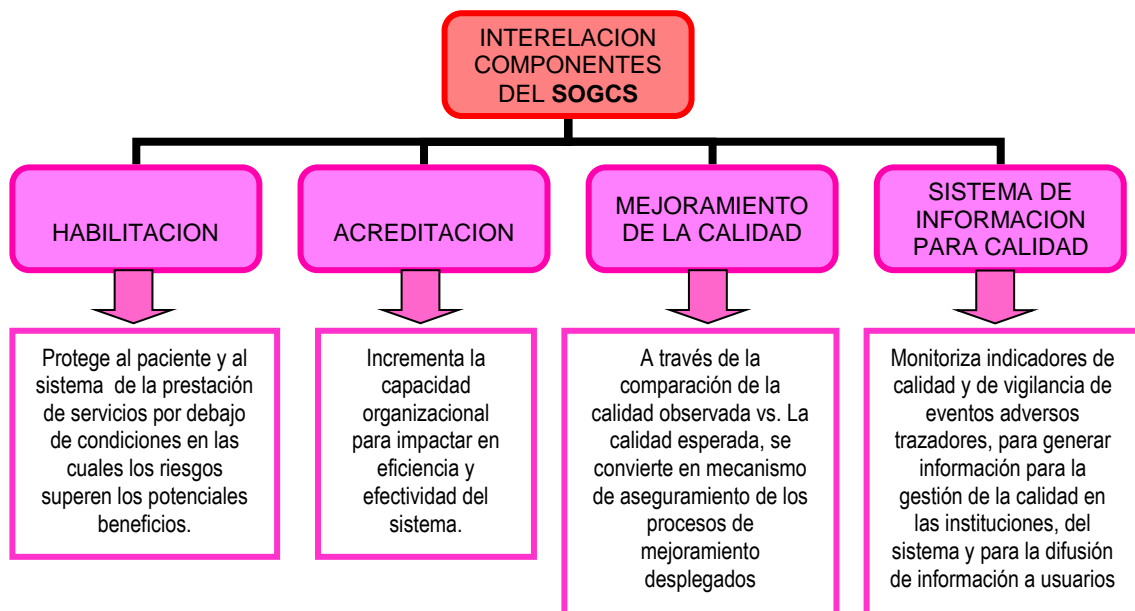
- **Accesibilidad:** posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.
- **Oportunidad:** posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional.
- **Seguridad:** conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científica utilizados por la institución para minimizar el riesgo de un evento adverso.

- **Pertinencia:** grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con una adecuada utilización de recursos, y de acuerdo con la evidencia científica.
- **Continuidad:** grado en el que los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

#### 4.1.5 Componentes del SOGCS.

1. Sistema Único de Habilitación.
2. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
3. Sistema Unico de Acreditación.
4. Sistema de información para la calidad.

Figura 1. Interrelación de los componentes del SOGCS.



## 4.2 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema único de habilitación, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.

La Habilitación se basa en las características del SOGCS:

Figura 2. Características del SOGCS.



La **HABILITACION**, da la seguridad al usuario (El mínimo nivel de seguridad), que es atendido en instituciones que cumple con unos estándares definidos, los cuales son básicamente de estructura, pero orientados a procesos y dirigidos a los factores de riesgo que pudieran ocasionar efectos adversos o contraproducentes, derivados del proceso de atención. Estos estándares son iguales para todos y dinámicos en el tiempo en la medida que se irán ajustando con el fin de mantener el nivel óptimo de seguridad requerido en la atención en Salud.

Las condiciones que evalúa el Sistema Único de Habilitación son:

- **Capacidad Tecnológica y Científica:** Evalúa las condiciones mínimas indispensables para la prestación de los servicios de salud, los nueve estándares establecidos en el anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006:
  1. Recursos humanos.
  2. Infraestructura - Instalaciones físicas – Mantenimiento.
  3. Dotación y mantenimiento.
  4. Medicamentos y Dispositivos Médicos – Gestión de Medicamentos y Dispositivos.
  5. Procesos prioritarios asistenciales.
  6. Historia clínica y registros asistenciales.
  7. Interdependencia de servicios
  8. Referencia y Contra referencia de pacientes
  9. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.



- **Suficiencia Patrimonial y Financiera:** Cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, la liquidez y el cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo contenido en el anexo técnico 2 de la resolución 1043 de 2006.
- **Capacidad Técnico Administrativa.** Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, según anexo técnico 2 de la resolución 1043 de 2006, las siguientes:
  1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
  2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

#### 4.3 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.

Si bien el concepto de seguridad del paciente es relativamente nuevo, se apoya en elementos previamente desarrollados como los de práctica médica basada en la evidencia, uso de guías clínicas, uso racional de medicamentos, aplicación de principios de ética médica y buena relación médico paciente, todos encaminados a reducir los eventos de mala praxis y en favor de la seguridad de los pacientes.

##### 4.3.1. Definiciones

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

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

#### 4.3.2. Daño en el paciente

El primer elemento que constituye la esencia del concepto de evento adverso es el *daño en el paciente*. No hay evento adverso sin daño. Este primer elemento es fácil de determinar cuando el daño es evidente, como en el caso de la muerte de una persona o de una incapacidad permanente mayor (daño cerebral, pérdida de un órgano o de una función corporal). Por supuesto, este tipo de daño es el más temido y, generalmente, el más fácil de identificar. Sin embargo, existe otro tipo de daño que es preciso contemplar cuando se analiza una situación clínica para enmarcarla como evento adverso.

De menor gravedad que el anterior es el *daño no permanente*. La temporalidad de un daño o lesión, o la ausencia de secuelas, no descarta la presencia de un evento adverso. Las infecciones asociadas a la atención en salud o asociadas a procedimientos) son un ejemplo de esto. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento sobre

prevención vigilancia y control de las infecciones intrahospitalarias, las define como: *“Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento”*.

En otras palabras una infección intrahospitalaria, por definición es un evento adverso. No obstante, el mayor número de infecciones se resuelve satisfactoriamente sin dejar secuelas y, con frecuencia, su efecto en el paciente no supera una incomodidad menor: las flebitis asociadas a catéteres se controlan, en su gran mayoría, con medios físicos; la sobredosificación de medicamentos no llega, por lo general, a generar daños funcionales; la mayor parte de los sangrados quirúrgicos se resuelven, a lo sumo, con transfusiones, y en ocasiones el paciente ni se entera. Todos los anteriores son ejemplos de eventos adversos temporales, cuya baja severidad, a menudo, nos lleva a descartarlos como eventos adversos o a no registrarlos como tal. Sin embargo, este tipo de eventos entrañan una gran relevancia por su potencialidad de generar daños más graves y, en consecuencia, su capacidad de alertarnos para reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos severos.

#### **4.3.3 No intencionalidad**

Un segundo elemento que es parte del concepto de evento adverso es la *no intencionalidad*. Claramente, implica un daño involuntario. Cualquier análisis de evento adverso debe partir de la base de que nadie en el equipo de salud ni en la institución tiene la intención de hacerle daño al paciente. El propósito de los profesionales, de los equipos y de las instituciones de salud es mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes, y bajo el principio hipocrático, al menos no hacer daño.

Por el contrario, si se sospecha intencionalidad en el daño al paciente, es una sospecha de un acto delictivo, doloso, que hace parte del Código Penal colombiano y que escapa al alcance de los procesos de seguridad del paciente.

Las herramientas y las metodologías corresponden al ámbito de la justicia penal y, nuevamente, la seguridad del paciente carece de metodologías o herramientas que puedan abordar el análisis o prevenir la ocurrencia de daños intencionales a los pacientes, entre otras razones porque los conceptos y metodologías de seguridad del paciente se basan en el trabajo mancomunado con los miembros del equipo de salud para analizar y prevenir los eventos adversos. La intencionalidad, obviamente, deja sin piso estos principios.

#### **4.3.4 Concepto de error**

De acuerdo con los conceptos anteriores, el evento adverso está intrínsecamente ligado al concepto de error o falla, particularmente al evento adverso evitable. No obstante, siguen siendo dos conceptos diferentes. Existen errores sin eventos adversos y eventos adversos sin errores.

#### **4.3.5 Casi evento adverso**

Un primer concepto relevante asociado al error es el de *casi evento adverso*, que en la literatura anglosajona se asimila a expresiones como *near miss* o *closecall*. Se trata de situaciones en las cuales 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 un daño en el paciente.

La relevancia de este concepto estriba en su potencialidad para prevenir un verdadero evento adverso. Si en los análisis de la seguridad de la atención en salud se logran identificar los casi eventos adversos, se tendrá la fortuna de prevenir los verdaderos eventos adversos, sin daños que lamentar. Un ejemplo típico son las sobredosis de medicamentos. Con una gran frecuencia se presentan estos incidentes, pero el margen entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica protege al paciente de sufrir un daño. Lo relevante es ser capaces de detectar los casi eventos y actuar en consecuencia.

#### **4.3.6 Errores de ejecución o de planeación**

Una de las categorías descritas para los errores es la relacionada con la ejecución o la planeación de un proceso de atención en salud. En la primera se trata de un proceso diseñado correctamente, pero en la ejecución por parte del equipo de salud se realiza una actividad no prevista en el proceso o se pretermite una actividad prevista, conducente a un evento adverso. En los errores de planeación se presenta una ejecución del proceso de acuerdo con su diseño, pero aun así se presenta un evento adverso, porque el proceso no contempla una barrera o, peor, porque su diseño conduce al evento. Su relevancia estriba en que tener presentes los errores de planeación nos ayuda a identificar y corregir causas, no síntomas, como estrategia de prevención de eventos adversos.

#### **4.3.7 Fallas activas y fallas latentes**

El caso de la atención de urgencias del ejemplo es útil para explicar los conceptos de *falla activa* y *falla latente*. Las fallas activas son los errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que participan en un proceso; entre tanto, las fallas latentes se encuentran en los procesos o en los sistemas.

La relevancia de las fallas latentes estriba en el carácter preventivo de las acciones para su detección e intervención. La intervención en las fallas activas está dirigida a corregir a las personas; mientras que la intervención de las fallas latentes, a corregir los procesos. Con mucha frecuencia estas intervenciones se oponen. Cuando se corrige a las personas, se da por sentado que fue suficiente y no se toman acciones para corregir los procesos y, en consecuencia, es muy probable que la falla activa vuelva a cometerse y se vuelva a presentar el evento adverso.

#### **4.3.8 Errores por acción o por omisión**

Otra categoría de errores es la de los que se cometen por acción o por omisión. El 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”. Ambos tipos están relacionados con un referente: “el deber ser de la atención”. Un ejemplo obvio de error por acción es el de las intoxicaciones medicamentosas. Se dio un medicamento o una dosis que no se debía. El referente está en las dosis establecidas en las guías clínicas o en las guías farmacoterapéuticas.

La relevancia de esta categoría de errores radica en los errores por omisión. En general, los errores por acción son mucho más notorios y fáciles de detectar y, por ello, menos peligrosos. La omisión tiene menos probabilidades de ser detectada.

#### **4.3.9 Lineamientos del Ministerio de Salud sobre seguridad del paciente**

La Política de Seguridad del Paciente, expedida en junio de 2008 por el Ministerio de la Protección Social, es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. 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

##### **a) Introducción**

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente

##### **b) Los principios orientadores de la política**

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar.

Estos principios son:

1. Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

2. Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes,

profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente

3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

4. Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

5. Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6. Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

7. Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificada

### **c) Objetivos de la política de seguridad del paciente**

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura

2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

5. Homologar la terminología a utilizar en el país.

6. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

7. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente

8. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control

#### 4.4 CULTURA

La cultura 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 AHRQ (2004).

*Esandi et al (2006) señala 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”.*

#### 4.5 CENTRO MEDICO ENDOCIRUJANOS

Endocirujanos es un Centro Médico de II nivel de atención en salud, especializado en Endoscopia Digestiva y Cirugía Ambulatoria. Fue fundado hace diez años por cinco médicos cirujanos quienes con cantidades iguales de aportes decidieron conformar su propia empresa.

Cuenta actualmente con una sede principal al Sur de la ciudad de Cali y dos sucursales, una en la Clínica Corporación Comfenalco Unilibre, de la misma ciudad y la otra en el Hospital San José de la ciudad de Buga en el mismo departamento del Valle. De igual manera es una pequeña empresa que cuenta actualmente con una planta de personal de aproximadamente 25 empleados entre asistenciales y administrativos, además de sus cinco dueños quienes también realizan actividades medico asistenciales. La mayoría del personal de la empresa está vinculado por modelo de contratación directa y una minoría del área de apoyo logístico por prestación de servicios.

Si bien es cierto se ofrecen los servicios de Consulta Externa Especializada en Gastroenterología, Cirugía General, Coloproctología y de Cirugía ambulatoria, cuenta con un servicio sobresaliente el cual es el de Endoscopia Digestiva en donde se hacen procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, a toda la población del suroccidente colombiano, especialmente a aquellos usuarios afiliados a las entidades con las que actualmente se tienen convenios.

Servicios que presta:

- **CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA:**
  - Cirugía General – Laparoscopia.
  - Gastroenterología.
  - Coloproctología.
  
- **CIRUGIA AMBULATORIA:**
  - Cirugía General.
  - Cirugía Laparoscopia.
  - Cirugía de colon, recto y ano.
  - Pequeña cirugía.

➤ **ENDOSCOPIA DIGESTIVA:**

- Endoscopia Digestiva Alta.
- Ligadura de Varices Esofágicas.
- Rectosigmoidoscopia.
- Colonoscopia.
- Polipectomía (Esófago, Estómago, Colon y Recto).
- Gastrostomía.
- Ligadura de Hemorroides.
- Control de Hemorragia.
- Dilatación (Esófago y Recto).
- Balón Gástrico.

#### **4.5.1 Reseña histórica.**

A mediados del año 1995 se conocieron los señores MIGUEL EVARISTO ESMERAL LEAL, WILMER CALDERON ZULUAGA, HAROLD PADILLA RAMIREZ, WILSON CARO BEDOYA Y ASTOLFO LEON FRANCO HERRERA todos médicos cirujanos.

Identificando estos en la comarca las necesidades en lo referente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sistema gástrico-intestinal que más aquejaban a la población del momento, llegaron a la conclusión de que en la ciudad de Cali y en el departamento del Valle no había suficientes médicos endoscopistas para solucionar la mayoría de las enfermedades, principalmente las que se referían a dicho sistema.

Por lo tanto, decidieron profundizar en esta especialización y resolvieron efectuar cursos intensivos de endoscopia, los cuales lo hicieron en Venezuela, Cuba, México y Colombia.

Por lo anterior, decidieron conformar una sociedad de médicos endoscopistas que en primer plano denominaron ENDOCIRUGIA LTDA., y que funcionó de 1995 al año 2000 pero en una forma desordenada y con muchas dificultades por la falta de experiencia en la administración de un ente jurídico. Así que esta sociedad fue disuelta y liquidada.

Pero como la idea principal era la de tener una especie de empresa que los reuniera a todos para poder prestar los servicios de salud en ENDOSCOPIAS a la población que lo requería, decidieron conformar otra sociedad y fue así como el día 3 de abril de 2001, mediante la escritura pública No. 1921 otorgada en la Notaría Séptima del Circulo de Cali, fue constituida la sociedad ENOOCIRUJANOS LTDA, conformada por los doctores ESMERAL, CALDERON, PADILLA, CARO y FRANCO, con un capital inicial de \$5.000.000 o sea un aporte por médico de \$1.000.000 de pesos.

Esta sociedad comenzó a operar en un local alquilado de 40 metros cuadrados en la calle 5B con carreras 41 y 42 en el barrio Tequendama de Cali.

Los primeros pacientes entre particulares y usuarios de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) fueron atendidos con 2



Equipos Médicos Rígidos o de Ojo, para los procedimientos de endoscopias altas (esofagogastroduodenoscopias) y bajas (colonoscopias).

El potencial de pacientes se fue incrementando al conseguir contratos con el Seguro Social, COMFAMILIAR ANDI, S.O.S., COOMEVA EPS etc., y fue así como en el año 2003 se tomó la decisión de conseguir un local con más área debido a la falta de espacio para atender tanto en sala de espera como para los equipos biomédicos y el personal que se necesitan para llevar con óptimo resultado esta clase de procedimientos.

Se encargó la tarea al señor JULIO RIOS desde 2001 quien consiguió una propiedad en la carrera 42 No. 5 B 53 del Barrio Tequendama, sitio donde funciona actualmente la institución.

La propiedad de 3 pisos fue inicialmente tomada en arrendamiento en Mayo de 2004, a la cual se le hicieron una serie de adecuaciones para poder adaptarla a las necesidades de Endocirujanos y fue así que con recursos de la cartera y de entidades financieras se pudo transformar la propiedad y hacer esta inversión tanto en el área de endoscopias como en el de salas de espera, oficinas etc., hasta la construcción de una quirófano para realizar cirugías ambulatorias.

En el año 2006 se logró la compra de la propiedad de 600 metros cuadrados con una hipoteca bancaria la cual se cancela mes a mes y con un plazo de 7 años.

La empresa desde 2001 hasta hoy 2010 ha crecido tanto en clientes como en su personal. Inicialmente en 2001 era de 5 médicos, 2 enfermeras y 1 contador. En el día de hoy la planta de personal está constituida por 5 médicos internos, 3 médicos externos, 6 enfermeras, 4 recepcionistas, 1 aseadora, 1 mensajero, 1 contador, 2 auxiliares de cartera y facturación, 1 administradora o sea un total de 25 personas que dependen de la firma.

En el día de hoy se tienen contratos firmados con la NUEVA EPS, PRIMSALUD, COMFAMILIAR ANDI, SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS, UNIVERSIDAD DEL VALLE, SECCIONAL DE SANIDAD VALLE DE LA POUCIA NACIONAL, UNION TEMPORAL COMFENALCO-UNIUBRE, COORPORACION COMFENALCO-UNIUBRE, COOMEVA EPS, COOMEVA MEDICINA PREPAGADA Y otras más con un promedio mensual de 1.000 endoscopias, pasando de un patrimonio inicial de 5 millones de pesos a un patrimonio de 600 millones en la actualidad.

#### **4.5.2 Misión**

Somos una empresa de Salud que contribuye al bienestar de la población; prestando servicios especializados principalmente en el Diagnostico Endoscópico de las Enfermedades Digestivas y la realización de Cirugías Ambulatorias Laparoscópicas; contamos con personal capacitado y comprometido dispuesto a brindar lo mejor de sí a todas la personas que lo requieran utilizando la mejor tecnología en equipos médicos, materiales de alta calidad y generando rentabilidad a sus accionistas.

### **4.5.3 Visión**

Proyectarnos como una Institución de Profesionales Especializados en el aparato Gastrointestinal y en Cirugía Ambulatoria Laparoscópica; logrando ser reconocidos por un diagnóstico acertado y oportuno. Tener una solidez económica que permita el crecimiento continuo de la institución y la estabilidad laboral de todos sus integrantes.

### **4.5.4 Valores organizacionales**

- **Compromiso**

Con la visión, misión, metas, reglas y éxitos de Endocirujanos Ltda.; con su equipo actual y futuro, así como con sus clientes en todo momento. Recomendaré siempre los servicios del Centro Médico antes de recurrir a terceros.

- **Respeto**

De las ideas y pertenencias de Endocirujanos Ltda., así mismo con mis compañeros de trabajo, clientes y cada uno de los individuos que se relacionen con el Centro Médico.

- **Servicio al cliente**

Prestaré atención a todos los requerimientos de los clientes, procurando en todo momento rapidez y calidad a sus peticiones para obtener así su recomendación y lealtad para con Endocirujanos Ltda.; todo esto sin infringir las reglas, ni contravenir los intereses de la empresa y su organización.

- **Calidad**

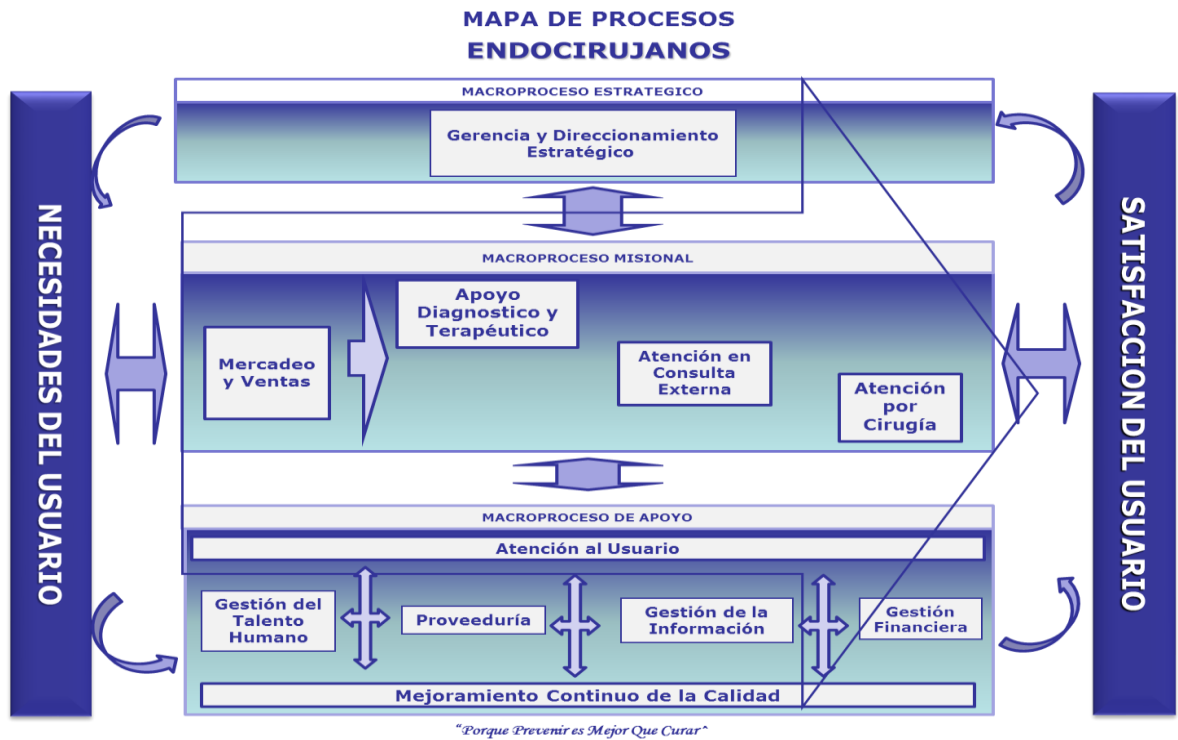
Proporcionaré siempre un trato amable y honesto al cliente ofreciéndole nuestros productos y servicios oportunos, cumpliendo siempre con las expectativas requeridas.

- **Comunicación**

Tanto en público como en privado, hablaré siempre positivamente de mis compañeros de equipo, sobre mis clientes y sobre Endocirujanos Ltda. Hablaré con buena intención utilizando conversación estimulante y constructiva. No utilizaré ni daré atención a irreverencia, chismes o sarcasmos. Tomaré como verdad lo que me sea dicho en primera intención. Seré responsable de mis respuestas. Saludaré refiriéndome por sus nombres a aquellos con quienes interactúe. Me disculparé antes que nada por mis fallas y enseguida buscaré la solución. Discutiré solo en privado con la persona involucrada.

#### 4.5.5 MAPA DE PROCESOS

Figura 3. Mapa de procesos Endocirujanos 2012.



## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo investigativo fue un estudio aplicado de tipo descriptivo. Se estudió el fenómeno en el contexto natural donde se sucede y se busca dar elementos para describir la cultura de seguridad del paciente en Endocirujanos.

### **5.2 POBLACIÓN**

Para el estudio se consideró el personal asistencial y administrativo del Centro Médico Endocirujanos.

#### **5.2.1 Población objetivo**

Para el estudio consideraremos el personal asistencial y administrativo del Centro Medico Endocirujanos.

#### **5.2.2 Población de estudio**

Se trabajó con todos los procesos misionales, logísticos y de Direccionamiento estratégico (Atención por Consulta Externa, Atención por Cirugía y Atención en Endoscopia Digestiva).

### **5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Para la aplicación de la encuesta se tuvo en cuenta a los colaboradores que se encuentren actualmente laborando en la Institución.

### **5.4 DISEÑO DE MUESTREO**

La población del estudio está constituida por el total de los colaboradores que laboran actualmente en la Institución, considerando que se tiene un total de 22empleados.

### **5.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

No aplica el tamaño de la muestra, porque se le aplicó encuesta al 100% de los trabajadores, teniendo en cuenta que es un universo que por su tamaño puede ser medido completamente.

### **5.6 METODO DE SELECCIÓN**

No aplica

## 5.7 VARIABLES

Las dimensiones que evalúa la encuesta de sobre cultura de seguridad del paciente.

- Expectativas y acciones del supervisor o administrador que promueven la seguridad.
- Aprendizaje organizacional y mejoramiento continuo.
- Trabajo en equipo dentro de las unidades.
- Actitud de comunicación abierta.
- Retroalimentación y comunicación sobre el error.
- Respuesta no punitiva al error Personal.
- Apoyo y soporte del hospital para la seguridad del paciente.
- Trabajo en equipo entre unidades.
- Transiciones y no intervenciones del hospital.
- Percepciones generales sobre la seguridad.
- Frecuencia de reporte de eventos.

Tabla 1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
<b>Percepción de seguridad</b>	Conjunto de proceso y actividades relacionadas con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestro propio estado interno	Aplicar una herramienta fiable y válida para la medición de las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito en el centro médico Endocirujanos	Cualitativa	Nominal	Se presenta en porcentajes de medición, después de tabular las respuestas de la encuesta.
<b>Cultura</b>	La <i>cultura</i> es la base y el fundamento de lo que somos. Esta existe en nosotros desde el momento en que nacemos y es el aporte moral e intelectual de nuestros progenitores en un inicio y de nuestro entorno posteriormente.	La cultura 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	cualitativa	nominal	Descripción de lo observado y analizado a través de las encuestas.
<b>Trabajo en equipo intraunidad</b>	Un equipo de trabajo es un conjunto de personas que se organizan de una forma determinada para lograr un objetivo común.	Actividades de trabajo en equipo que se relacionan con la seguridad del paciente.	Cualitativa	Nominal	Descripción de lo observado y analizado a través de las encuestas.
<b>Retroalimen</b>	Información que se	Acciones de	Cualitativa	Nominal	Descripción

<b>tación y comunicaci ón sobre errores</b>	transmite a los colaboradores sobre errores cometidos y las acciones de mejora para evitar que se vuelvan a presentar.	comunicación que permiten identificar errores y plantear acciones de mejora respecto a estos.			de lo observado y analizado a través de las encuestas.
<b>Eventos adversos reportados</b>	Resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.	Frecuencia de reporte de eventos adversos	Cuantitativa	Ordinal	1,2,3,4,5
<b>Aprendizaje organizacio nal / mejora continua</b>	Adquisición de conocimientos efectivos que permitan la formulación de acciones de mejora para lograr lo deseado en un tiempo determinado.	Descripción de las acciones a desarrollar a partir de la identificación de las necesidades de aprendizaje identificadas en la encuesta.	Cualitativa	Nominal	Descripción de lo observado y analizado a través de las encuestas.

## 5.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta para evaluar la cultura de seguridad del paciente diseñada por la Interagency Coordination Task Force (QuIC), un grupo establecido en 1998, por directriz del presidente de los EEUU, con el fin de asegurar que todas las agencias federales involucradas en la distribución, provisión, estudio o regulación de los servicios en salud tuvieran la posibilidad de trabajar conjuntamente hacia la meta común de mejorar de salud. La encuesta fue auspiciada por la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). Adaptada y validada para el Ministerio de la Protección Social de Colombia por el Centro de Gestión Hospitalaria.

Ver Anexo 1. Encuesta de Seguridad del Paciente.

## 6. TRABAJO DE CAMPO

Para la aplicación de la encuesta, la Coordinación Asistencial de la Institución envió un comunicado a las diferentes áreas o unidades de ENDOCIRUJANOS informándoles acerca del objetivo del estudio, de las personas que recogieron la información y del instrumento que se utilizó. En cada unidad se les pidió a los jefes que ayudaran a motivar a los subalternos para que contestaran la encuesta.

Las encuestas fueron entregadas a todo el personal en coordinación con los jefes de área de la Organización.

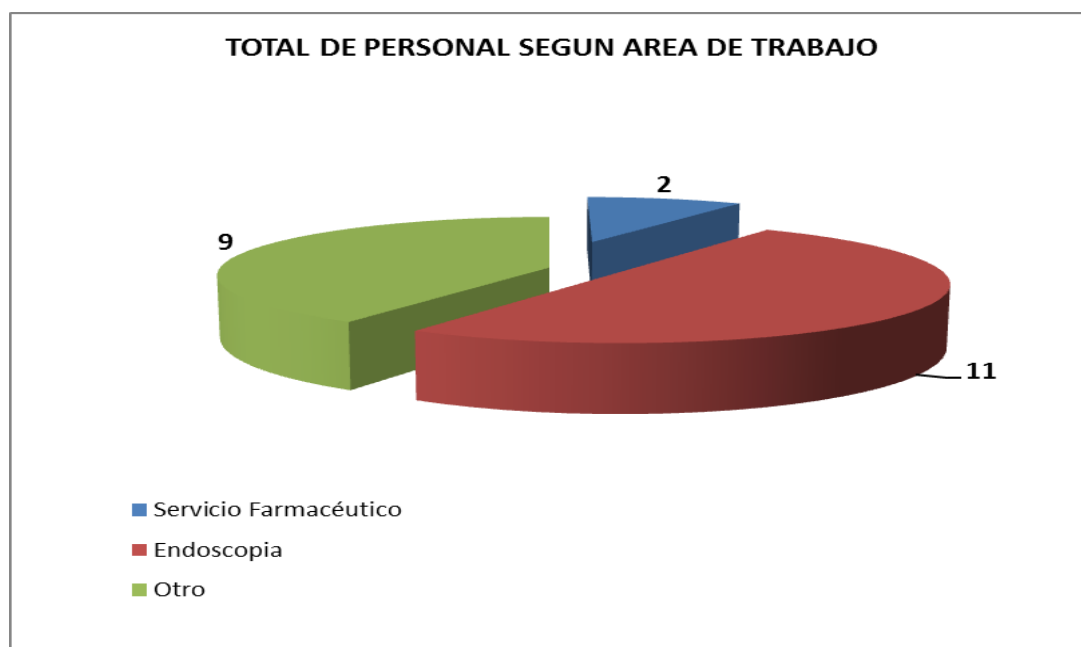
La consigna es que serán recogidas a los dos días después de entregadas o que tan pronto como estuvieran diligenciadas sean enviadas a la Dirección Asistencial.

## 7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se revisaran las encuestas antes de ingresar al sistema según la base de datos del programa de captura que contiene los procesos de validación para garantizar la calidad de los datos ingresados.

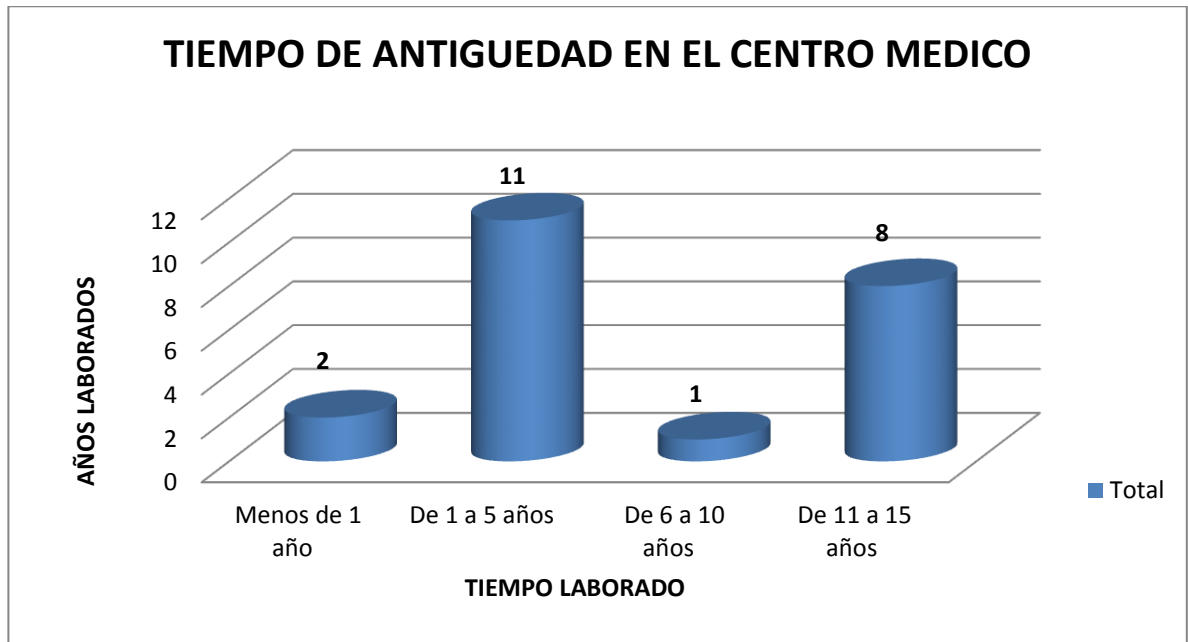
- Se ha realizado un análisis de las variables para establecer las frecuencias de cada una de las dimensiones que evalúa la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente.
- La presentación se realizara mediante tablas y gráficos.
- El análisis estadístico se realizara mediante el uso del programa Excel.
- Presentación de los resultados a la Institución.

Figura 4. Total de personal por área de trabajo.



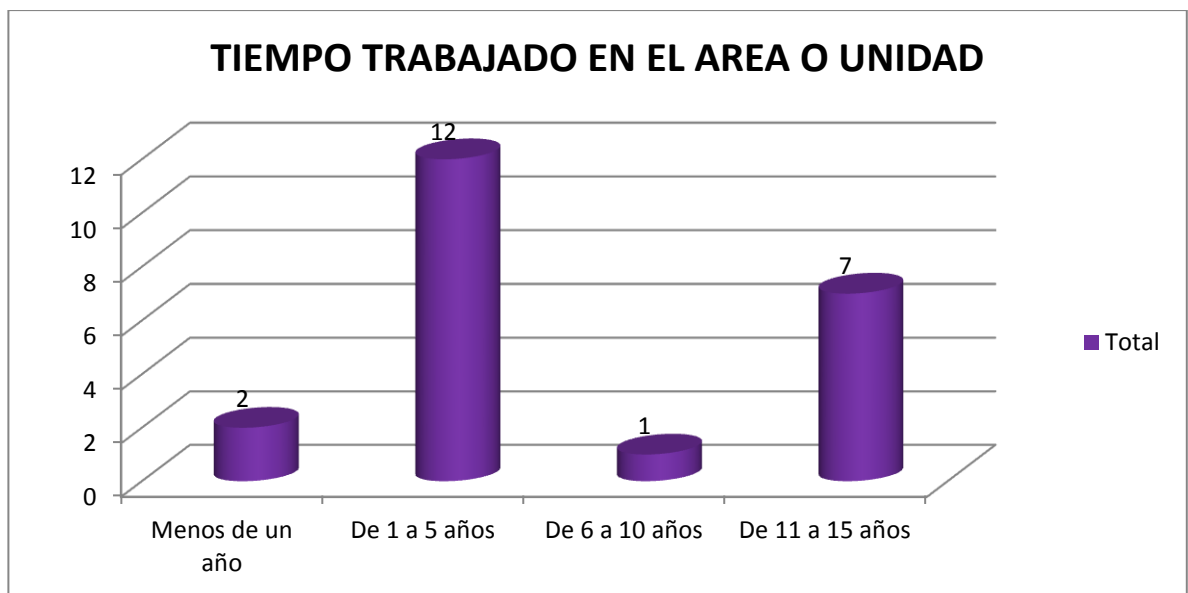
Del total del personal encuestado 2 empleados son del área farmacéutica, 11 pertenecen al área de endoscopia y 9 de otras áreas. Siendo en su mayoría personal asistencial.

Figura 5. Tiempo de antigüedad en el Centro Médico.



Del total del personal encuestado 2 empleados llevan en el centro médico menos de un año, 11 empleados llevan de 1 a 5 años en el centro, 1 empleado lleva de 6 a 10 años y 8 empleados llevan de 11 a 15 años. Observándose una antigüedad promedio de 5,5 años.

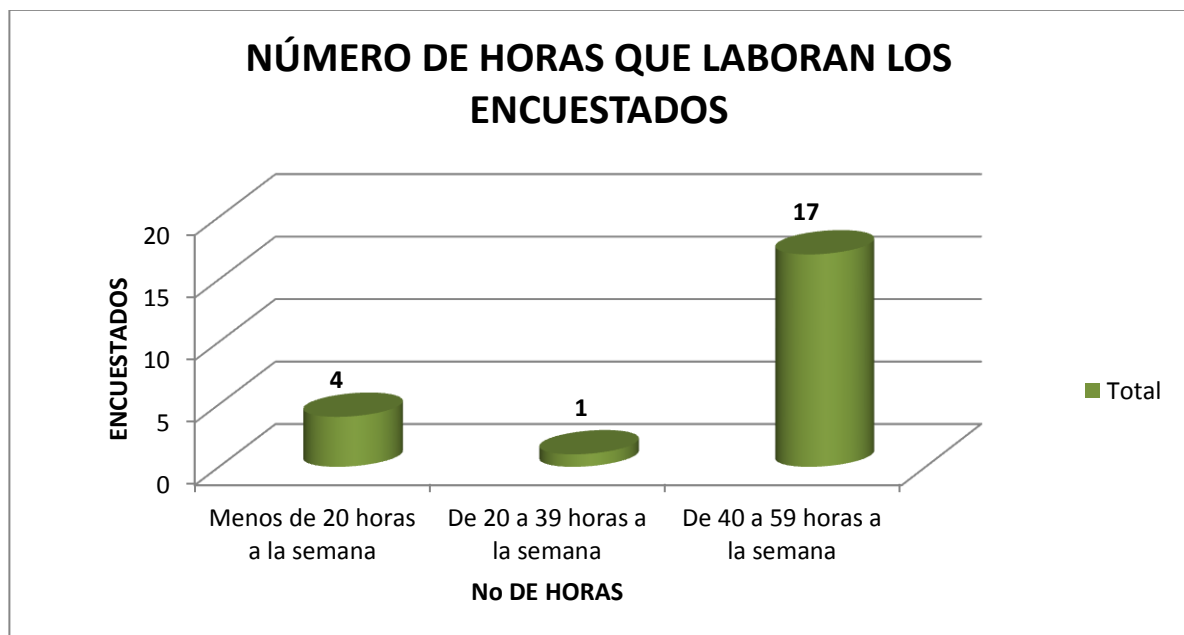
Figura 6. Tiempo trabajado en el área o unidad.





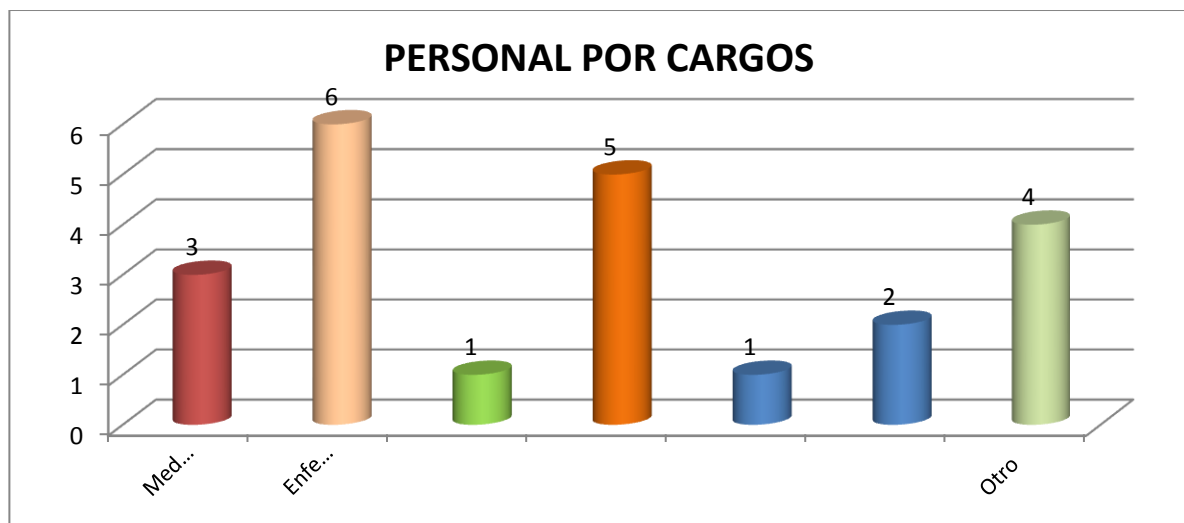
Del total de personas encuestadas 7 llevan menos de un año en el área o unidad en la que se desempeñan actualmente, 12 personas llevan de 1 a 5 años, 1 persona lleva de 6 a 10 años y 7 personas llevan de 11 a 15 años.

Figura 7. Número de horas que laboran los encuestados.



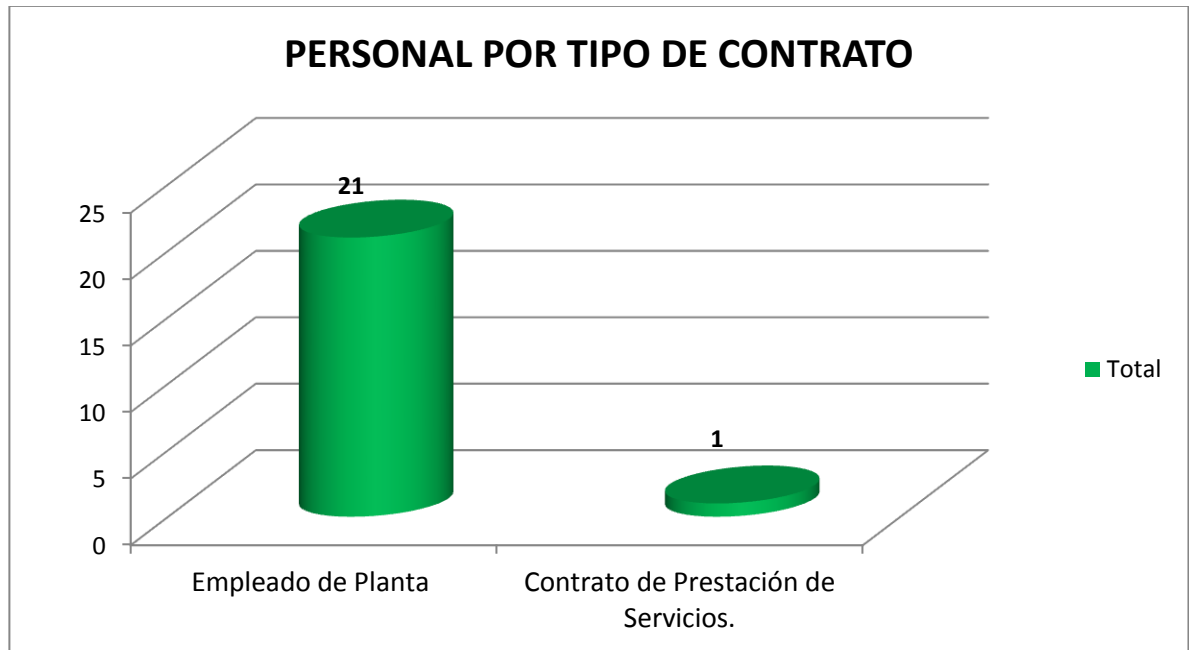
Del total de personas que respondieron la encuesta 4 trabajan menos de 20 horas a la semana, 1 persona trabaja de 20 a 39 horas y 17 encuestados traban de 40 a 59 horas a la semana.

Figura 8. Personal por cargos



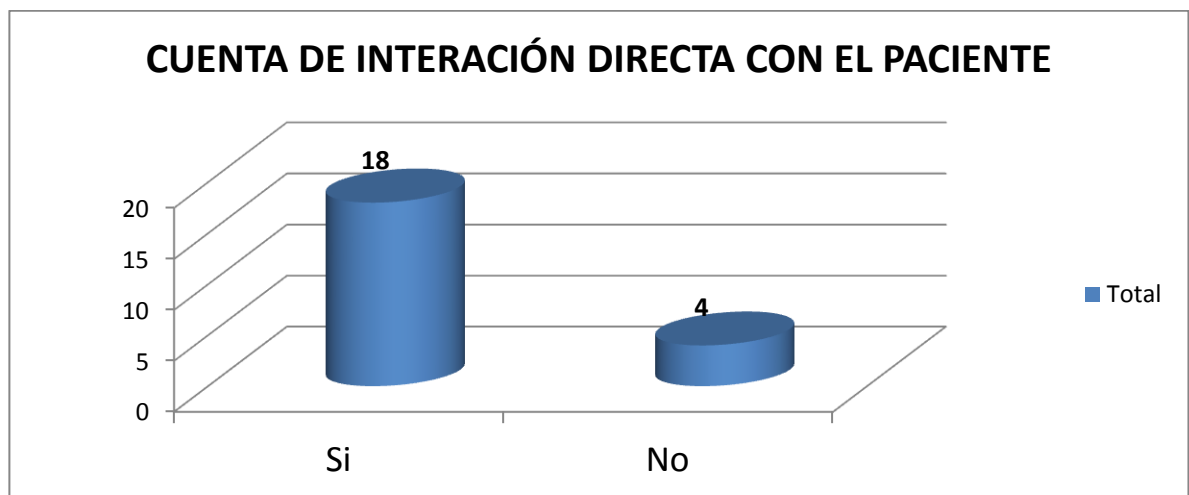
Del total de encuestados 3 son Médicos Especialistas, 6 Enfermeras Auxiliares, 1 Auxiliar de Farmacia, 5 Personal Administrativo, 1 Personal de Dirección o Gerencia y 2 Personal de Mantenimiento.

Figura 9. Personal por tipo de contrato.



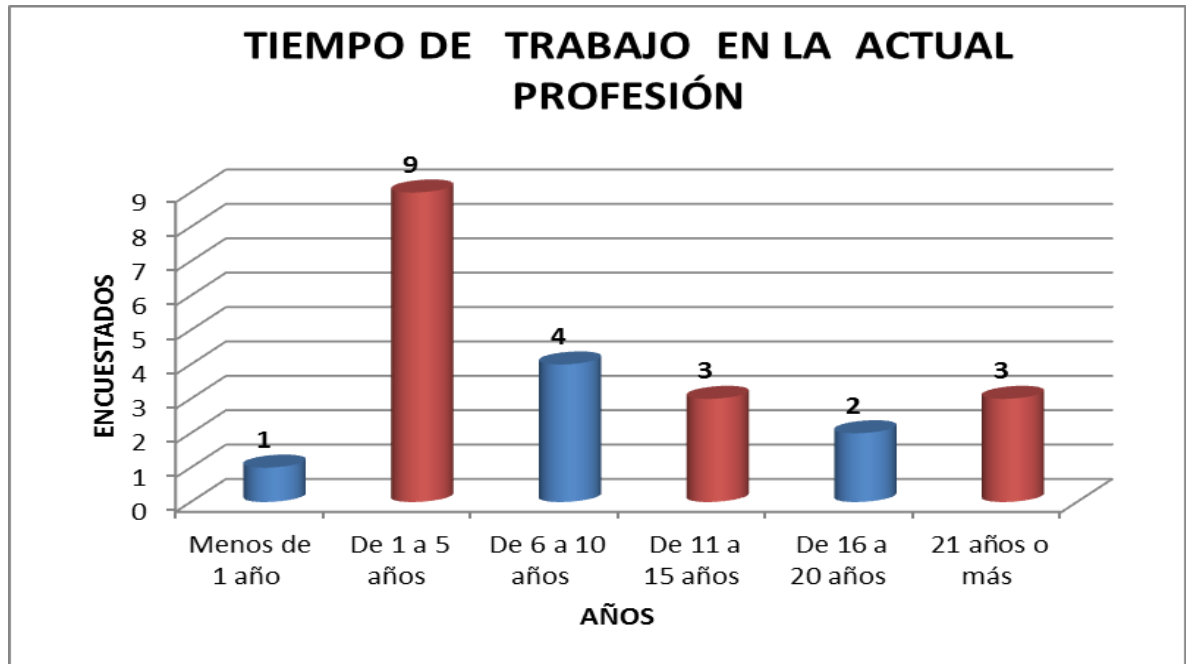
Del total de personas que respondieron la encuesta 21 están contratados directamente por el centro médico y 1 está contratado por prestación de servicios.

Figura 10. Cuenta de interacción directa con el paciente.



Del total de encuestados 18 tienen relación o interacción directa con los pacientes y 4 no tiene interacción directa con los pacientes.

Figura 11. Tiempo de trabajo en la actual profesión.



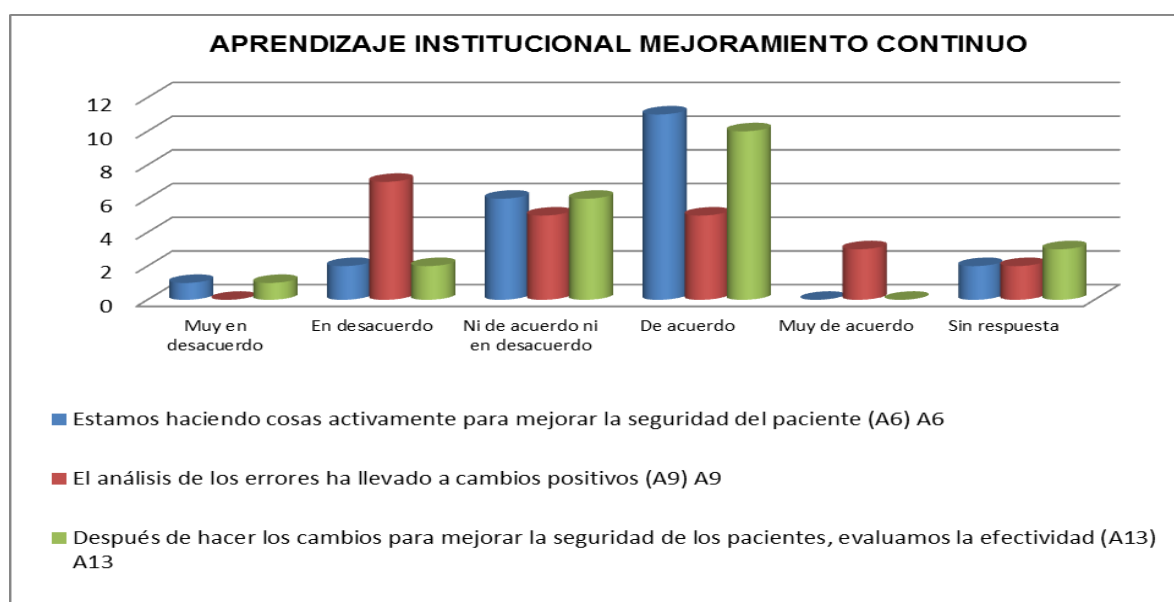
Del total de encuestados 1 tienen menos de un año en el centro, 9 de 1 a 5 años, 4 de 6 a 10 años, 3 de 11 a 15, 2 de 16 a 20 años y 3 personas de más de 21 años.

Tabla 2. Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueven la seguridad

EXPECTATIVAS Y ACCIONES DEL SUPERVISOR O DEL ADMINISTRADOR QUE PROMUEVEN LA SEGURIDAD					
MEDICION	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes (B1)	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes (B2)	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes (B3)	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez (B4)	TOTAL
	B1	B2	B3	B4	
Muy en desacuerdo	0	0	4	6	10
En desacuerdo	2	3	6	5	16
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	4	6	6	20
De acuerdo	7	8	2	4	21
Muy de acuerdo	6	5	4	0	15
Sin respuesta	3	2	0	1	6
	22	22	22	22	88

Del total de respuestas de este grupo 10 corresponden a muy en desacuerdo, 16 encuestados en desacuerdo, 20 de las respuestas registran en ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo están 21 personas que respondieron, muy de acuerdo son 15 respuestas y sin responder 6.

Figura 12. Aprendizaje institucional mejoramiento continuo.



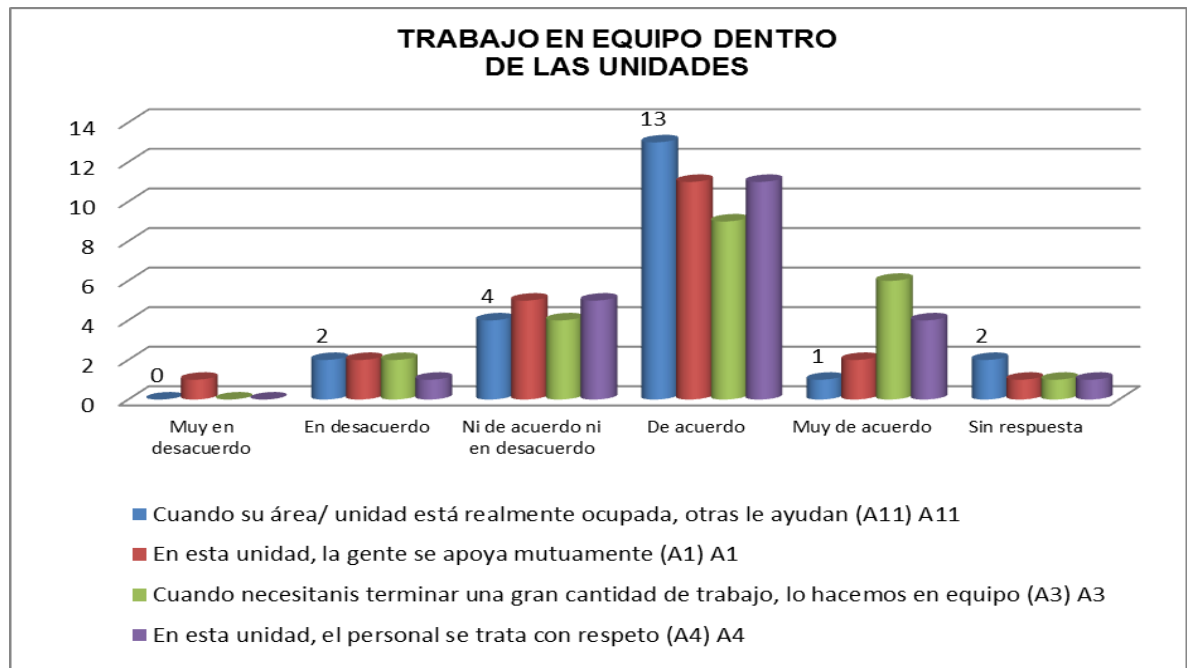
Se observa que la puntuación más alta de los empleados encuestados que están de acuerdo frente a los ítems que miden positivamente, esta sobre el aprendizaje institucional y mejoramiento continuo.

Tabla 3. Trabajo en equipo dentro de las unidades.

TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DE LAS UNIDADES					
MEDICION	Cuando su área/ unidad está realmente ocupada, otras le ayudan (A11)	En esta unidad, la gente se apoya mutuamente (A1)	Cuando se necesita terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo (A3)	En esta unidad, el personal se trata con respeto (A4)	TOTAL
	A11	A1	A3	A4	
Muy en desacuerdo	0	1	0	0	1
En desacuerdo	2	2	2	1	7
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	5	4	5	18
De acuerdo	13	11	9	11	44
Muy de acuerdo	1	2	6	4	13
Sin respuesta	2	1	1	1	5
	22	22	22	22	88

Del total de respuestas de este grupo 1 corresponden a muy en desacuerdo, 7 encuestados en desacuerdo, 18 de las respuestas registran en ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo están 44 personas que respondieron, muy de acuerdo son 13 respuestas y sin responder 5.

Figura 13. Trabajo en equipo dentro de las unidades.



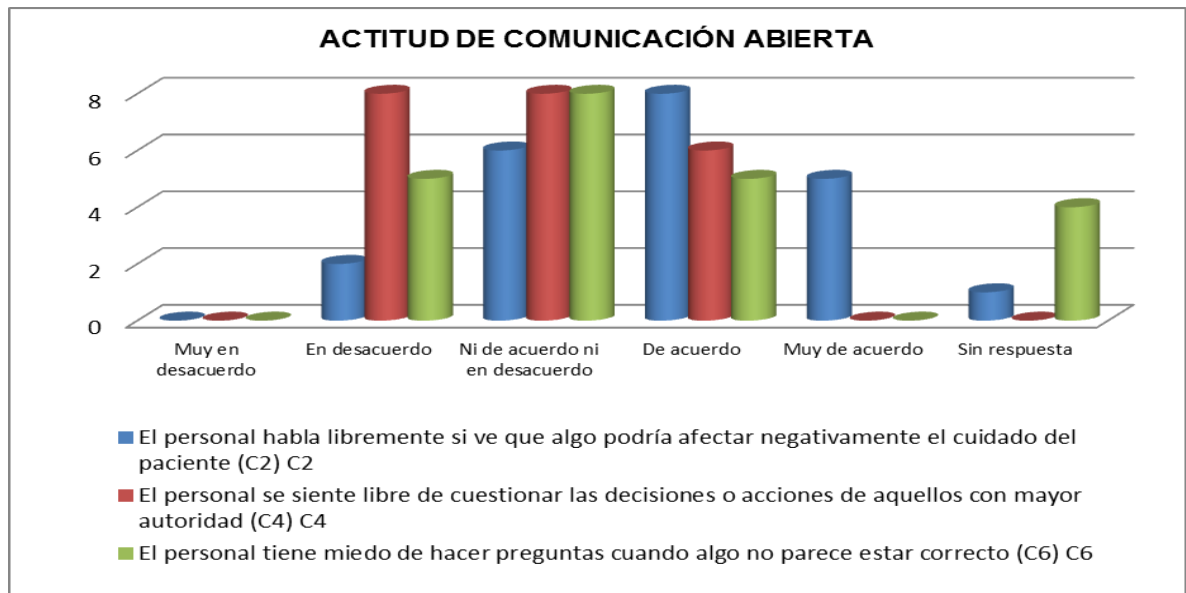
De acuerdo a la puntuación se observa que las más altas están reflejadas en de acuerdo frente a los ítems que miden positivamente esta sobre el trabajo en equipo en las unidades

Tabla 4. Actitud de comunicación abierta.

ACTITUD DE COMUNICACIÓN ABIERTA				
MEDICION	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente (C2)	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad (C4)	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto (C6)	TOTAL
	C2	C4	C6	
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
En desacuerdo	2	8	5	15
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	8	8	22
De acuerdo	8	6	5	19
Muy de acuerdo	5	0	0	5
Sin respuesta	1	0	4	5
	22	22	22	66

Del total de respuestas de este grupo 0 corresponden a muy en desacuerdo, 15 encuestados en desacuerdo, 22 de las respuestas registran en ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo están 19 personas que respondieron, muy de acuerdo son 5 respuestas y sin responder 5.

Figura 14. Actitud de comunicación abierta.



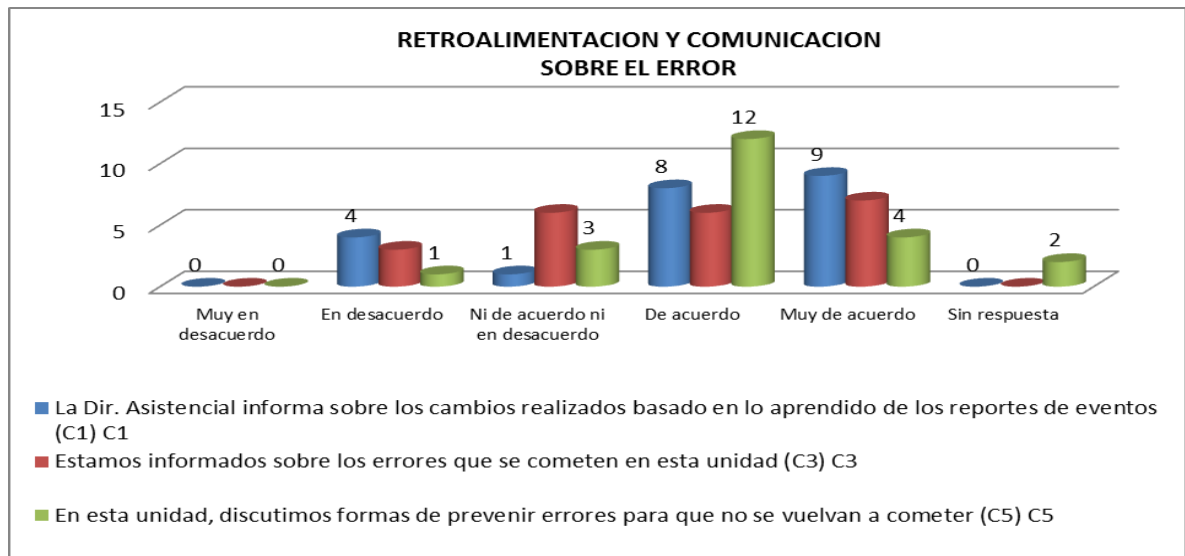
Se observa en este grupo de preguntas tendiente a medir la aptitud de comunicación abierta, que pese a que uno de sus puntajes más altos está en de acuerdo el máximo puntaje está en el ítem ni de acuerdo ni en desacuerdo, lo que podría reflejar cierto grado de distanciamiento e inseguridad en los encuestados frente al tema de la comunicación abierta en el Centro médico.

Tabla 5. Retroalimentación y comunicación sobre el error.

RETROALIMENTACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE EL ERROR				
MEDICION	La Dir. Asistencial informa sobre los cambios realizados basado en lo aprendido de los reportes de eventos (C1)	Estamos informados sobre los errores que se cometen en esta unidad (C3)	En esta unidad, discutimos formas de prevenir errores para que no se vuelvan a cometer (C5)	TOTAL
	C1	C3	C5	
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
En desacuerdo	4	3	1	8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	6	3	10
De acuerdo	8	6	12	26
Muy de acuerdo	9	7	4	20
Sin respuesta	0	0	2	2
	22	22	22	66

Del total de respuestas de este grupo 0 corresponden a muy en desacuerdo, 8 encuestados en desacuerdo, 10 de las respuestas registran en ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo están 26 personas que respondieron, muy de acuerdo son 20 respuestas y sin responder 2.

Figura 15. Retroalimentación y comunicación sobre el error.



Después de revisar los resultados y puntajes de este grupo de preguntas que las puntuaciones más altas están en de acuerdo y muy de acuerdo es importante mantener y fortalecer esta parte como contribuyente a buenos resultados frente a la seguridad del paciente. Ya que del aprendizaje de los errores se tiende a la disminución de eventos adversos.

Tabla 6. Respuesta no punitiva al error.

RESPUESTA NO PUNITIVA AL ERROR				
MEDICION	El personal siente que sus errores son usados en su contra (A8)	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que no está siendo denunciada la persona sino el problema (A12)	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida (A16)	TOTAL
	A8	A12	A16	
Muy en desacuerdo	0	0	1	1
En desacuerdo	2	7	2	11
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	7	6	18
De acuerdo	9	4	10	23
Muy de acuerdo	4	1	1	6
Sin respuesta	2	3	1	6
	22	22	22	66

En las repuestas de esta agrupación de pregunta muy en desacuerdo 1, En desacuerdo 11, ni en desacuerdo ni de acuerdo 18, de acuerdo 23, muy en acuerdo 6, sin respuesta 6.

Figura 16. Respuesta no punitiva al error.



Después de revisar el resultado a este grupo de preguntas se observó que el puntaje más alto está en de acuerdo lo que refleja que los encuestados ven que más que la mejora hacia el error las acciones se centran más que en el problema en las responsabilidades.

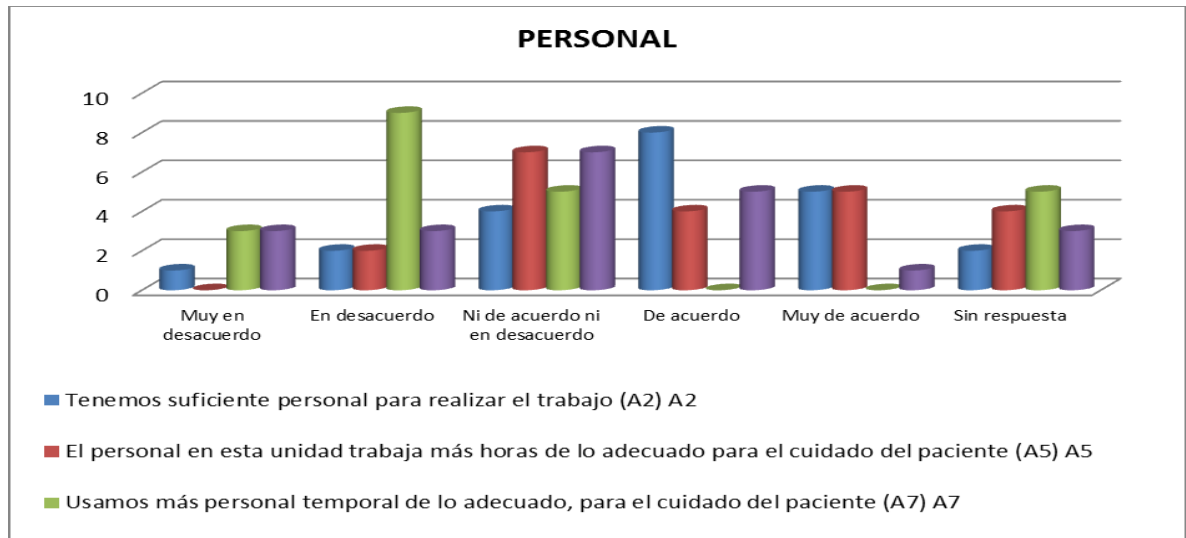
Tabla 7. Personal.

PERSONAL					
MEDICION	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo (A2)	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente (A5)	Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente (A7)	Frecuentemente, no trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente (A14)	TOTAL
	A2	A5	A7	A14	
Muy en desacuerdo	1	0	3	3	7
En desacuerdo	2	2	9	3	16
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	7	5	7	23
De acuerdo	8	4	0	5	17
Muy de acuerdo	5	5	0	1	11
Sin respuesta	2	4	5	3	14
		22	22	22	66



Del total de respuestas de este grupo 7 corresponden a muy en desacuerdo, 16 encuestados en desacuerdo, 23 de las respuestas registran en ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo están 17, muy de acuerdo son 11 respuesta y sin responder 14.

Figura 17. Personal.



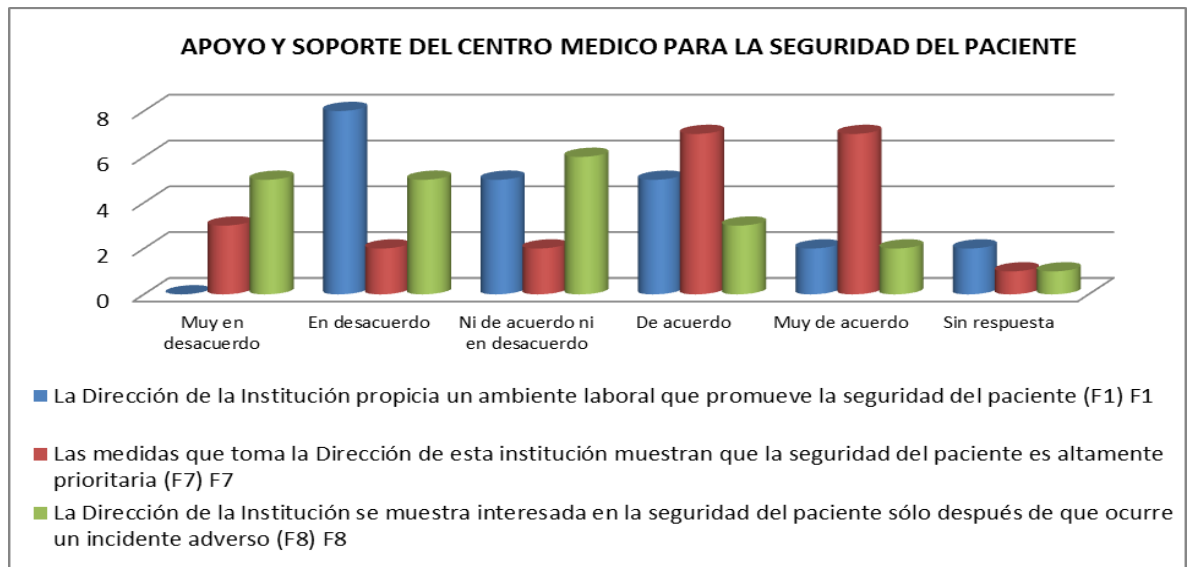
Pese a que 17 encuestados respondieron de acuerdo con este grupo de preguntas que evalúa la suficiencia de personal, se observa que la mayor puntuación se ubica en el grupo de desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y sin respuesta dejando la duda frente a la suficiencia del personal en el centro.

Tabla 8. Apoyo y soporte del Centro Médico para la seguridad del paciente.

APOYO Y SOPORTE DEL CENTRO MEDICO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE				
MEDICION	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente (F1)	Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (F7)	La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente adverso (F8)	TOTAL
	F1	F7	F8	
Muy en desacuerdo	0	3	5	8
En desacuerdo	8	2	5	15
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	2	6	13
De acuerdo	5	7	3	15
Muy de acuerdo	2	7	2	11
Sin respuesta	2	1	1	4
	22	22	22	66

Del total de respuestas de este grupo 8 corresponden a muy en desacuerdo, 15 encuestados en desacuerdo, 13 de las respuestas registran en ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo están 15 personas que respondieron, muy de acuerdo son 11 respuestas y sin responder 4.

Figura 18. Apoyo y soporte del Centro Médico para la seguridad del paciente.



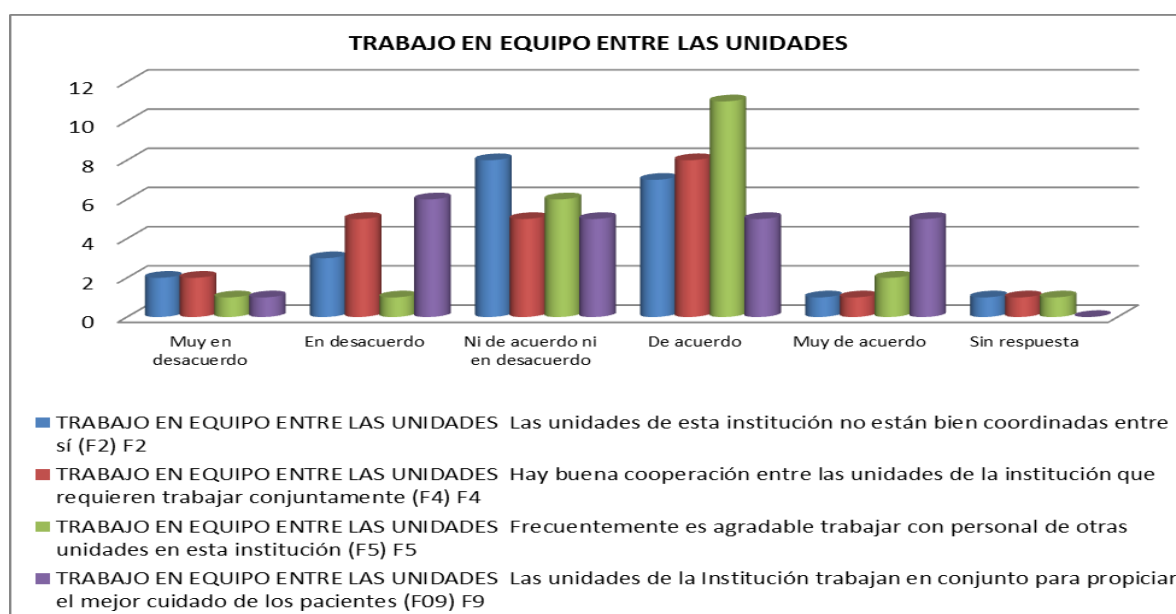
Se observa que el puntaje para este bloque de preguntas de acuerdo y las del grupo de desacuerdo están proporcionalmente iguales y también que una gran mayoría respondieron ni de acuerdo ni en desacuerdo, lo que podría reflejar que si bien la parte de apoyo y soporte en el centro para la seguridad del paciente no es precaria si hay un grupo de personas que no están informados frente a las gestiones de apoyo y soporte que gestiona el centro médico.

Tabla 9. Trabajo en equipo entre las unidades.

TRABAJO EN EQUIPO ENTRE LAS UNIDADES					
MEDICION	Las unidades de esta institución no están bien coordinadas entre sí (F2)	Hay buena cooperación entre las unidades de la institución que requieren trabajar conjuntamente (F4)	Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otras unidades en esta institución (F5)	Las unidades de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes (F09)	TOTAL
	F2	F4	F5	F9	
Muy en desacuerdo	2	2	1	1	6
En desacuerdo	3	5	1	6	15
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	5	6	5	24
De acuerdo	7	8	11	5	31
Muy de acuerdo	1	1	2	5	9
Sin respuesta	1	1	1	0	3
	22	22	22	22	88

Del total de respuestas de este grupo 6 corresponden a muy en desacuerdo, 15 encuestados en desacuerdo, 24 de las respuestas registran en ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo están 31 personas que respondieron, muy de acuerdo son 9 respuestas y sin responder 3.

Figura 19. Trabajo en equipo entre las unidades.



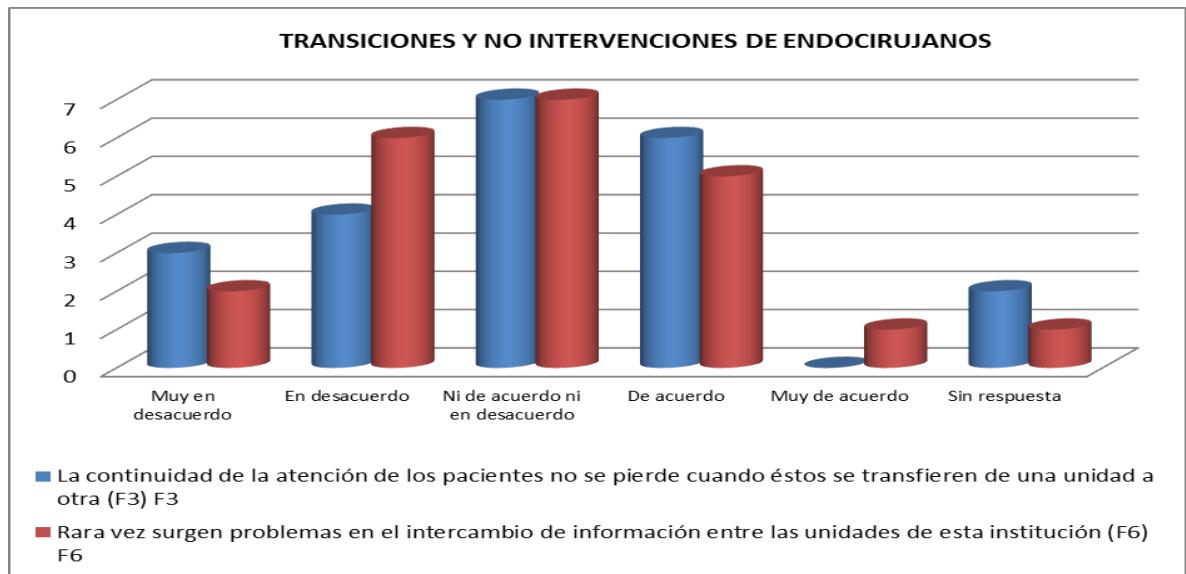
Aunque la tendencia es hacia las preguntas de acuerdo y muy de acuerdo se observa que hay una gran mayoría de respuestas en ni acuerdo ni desacuerdo.

Tabla 10. Transiciones y no intervenciones de Endocirujanos.

TRANSICIONES Y NO INTERVENCIONES DE ENDOCIRUJANOS			
MEDICION	La continuidad de la atención de los pacientes no se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra (F3)	Rara vez surgen problemas en el intercambio de información entre las unidades de esta institución (F6)	TOTAL
	F3	F6	
Muy en desacuerdo	3	2	5
En desacuerdo	4	6	10
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	7	14
De acuerdo	6	5	11
Muy de acuerdo	0	1	1
Sin respuesta	2	1	3
	22	22	44

Del total de respuestas de este grupo 5 corresponden a muy en desacuerdo, 10 encuestados en desacuerdo, 14 de las respuestas registran en ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo están 11 personas que respondieron, muy de acuerdo son 1 respuestas y sin responder 3.

Figura 20. Transiciones y no intervenciones de Endocirujanos.



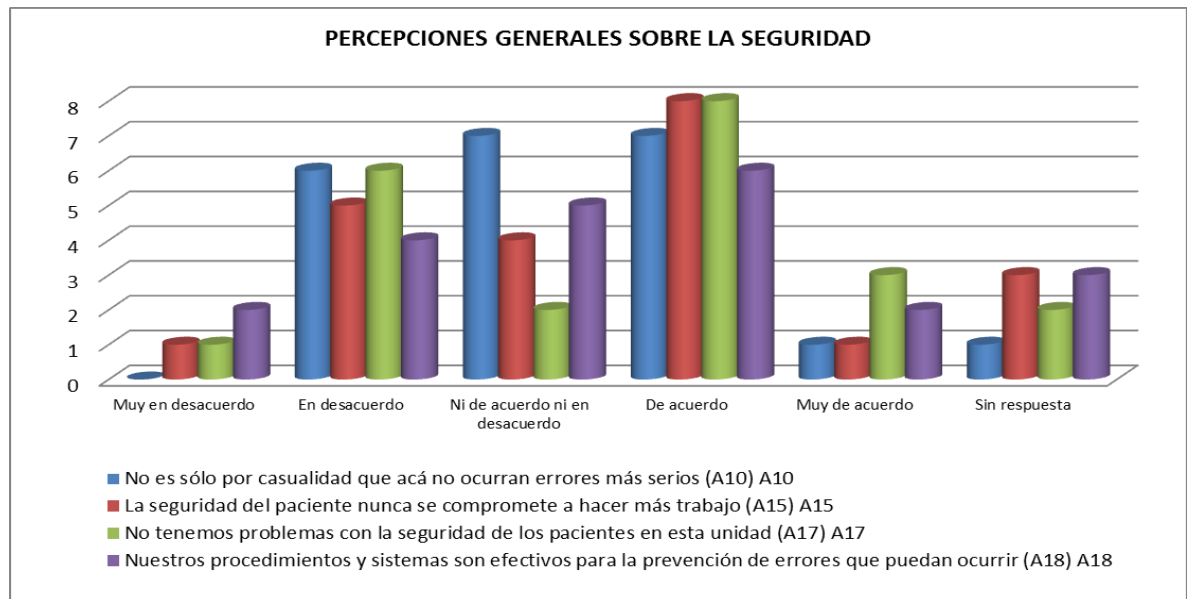
Al realizar el análisis se evidencia que los puntajes más altos están hacia los ítems muy en desacuerdo y en desacuerdo lo que podría reflejar que se están teniendo inconvenientes con las transiciones del centro, otro puntaje a considerar es el de ni de acuerdo ni en desacuerdo que presenta un total de 14 encuestados.

Tabla 11. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente.

PERCEPCIONES GENERALES SOBRE LA SEGURIDAD					
MEDICION	No es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios (A10)	La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo (A15)	No tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad (A17)	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir (A18)	TOTAL
	A10	A15	A17	A18	
Muy en desacuerdo	0	1	1	2	4
En desacuerdo	6	5	6	4	21
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	4	2	5	18
De acuerdo	7	8	8	6	29
Muy de acuerdo	1	1	3	2	7
Sin respuesta	1	3	2	3	9
	22	22	22	22	88

Del total de respuestas de este grupo 4 corresponden a muy en desacuerdo, 21 encuestados en desacuerdo, 18 de las respuestas registran en ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo están 29 personas que respondieron, muy de acuerdo son 7 respuestas y sin responder 9.

Figura 21. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente.

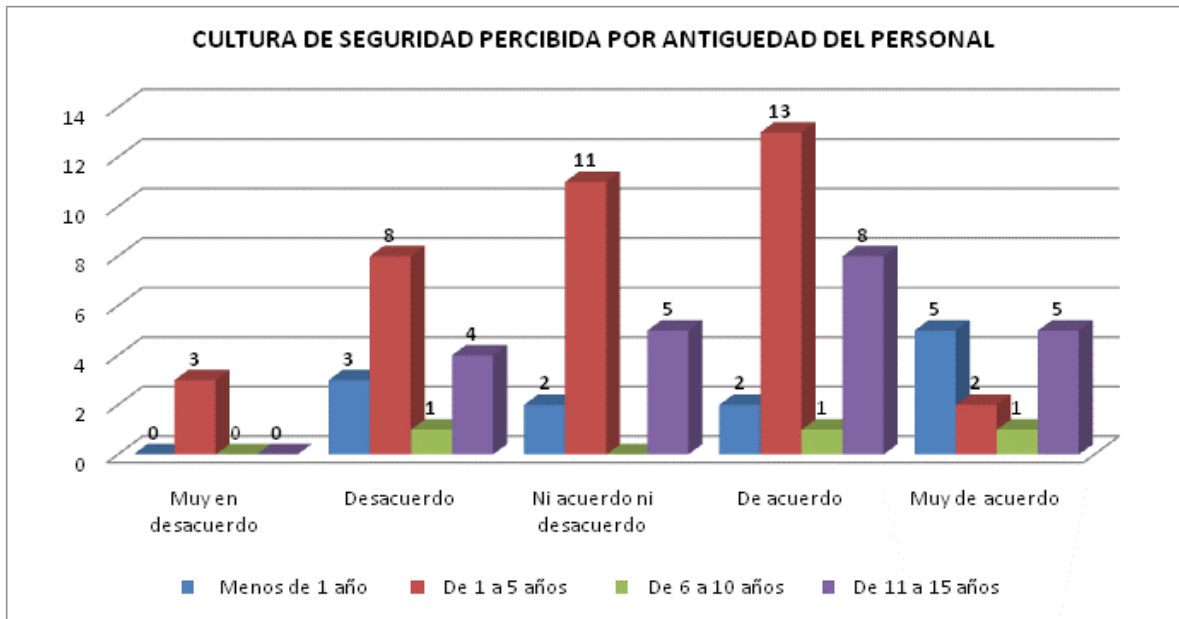


La mayor puntuación de respuestas para este grupo están hacia el acuerdo y muy de acuerdo y se observa un alto número de personas que contestaron en ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Tabla 12. RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE LA PERCEPCION DE CULTURA DE SEGURIDAD Y LA ANTIGUEDAD DEL PERSONAL ENCUESTADO.

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDA POR ANTIGUEDAD DEL PERSONAL ENCUESTADO.					
Tiempo Laborado	Muy en Desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Menos de 1 año	0	3	2	2	5
De 1 a 5 años	3	8	11	13	2
De 6 a 10 años	0	1	0	1	1
De 11 a 15 años	0	4	5	8	5

Figura 22. Cultura de seguridad percibida por antigüedad del personal.



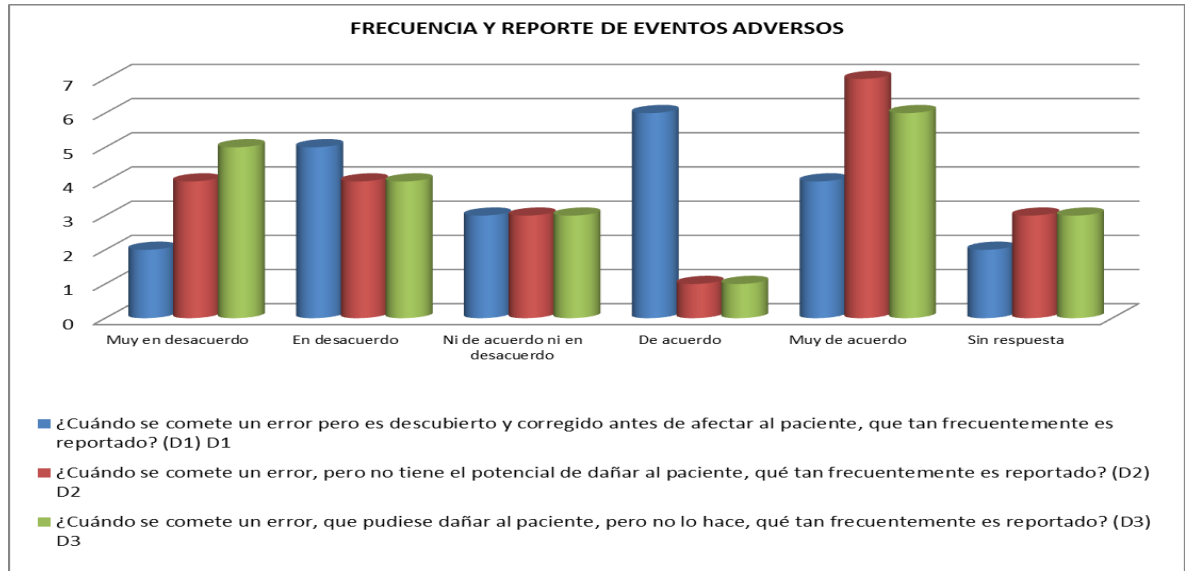
El personal que lleva de 1 a 5 años de laborar en la institución, tiene el mayor puntaje en las respuestas de acuerdo y muy de acuerdo lo que refleja que es el grupo que más percibe cultura del paciente en el centro, seguido del personal que lleva de 11 a 15 años, el personal que menos percepción tiene de acuerdo al puntaje es el que lleva de 6 a 10 años.

Tabla 13. Frecuencia y reporte de eventos.

FRECUENCIA Y REPORTE DE EVENTOS				
MEDICION	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado? (D1)	¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado? (D2)	¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado? (D3)	TOTAL
	D1	D2	D3	
Muy en desacuerdo	2	4	5	11
En desacuerdo	5	4	4	13
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3	3	9
De acuerdo	6	1	1	8
Muy de acuerdo	4	7	6	17
Sin respuesta	2	3	3	8
	22	22	22	66

Del total de respuestas de este grupo 11 corresponden a muy en desacuerdo, 13 encuestados en desacuerdo, 9 de las respuestas registran en ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo están 8 personas que respondieron, muy de acuerdo son 17 respuestas y sin responder 8.

Figura 23. Frecuencia y reporte de eventos adversos.



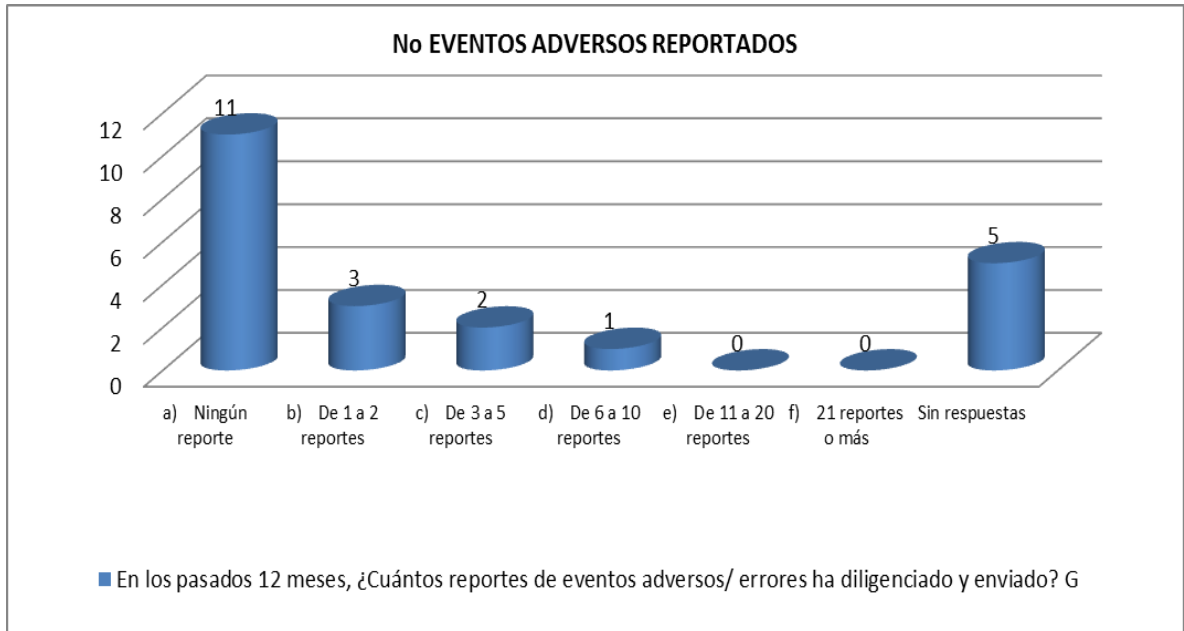
Se observa que el puntaje más representativo está ubicado en las preguntas de acuerdo y muy de acuerdo está ligeramente por encima de las de en desacuerdo y muy en desacuerdo, lo que podría significar que si se está llevando a cabo los reportes no todo el personal tiene la información y si no se está haciendo de manera efectiva se debe iniciar el proceso.

Tabla 14. Número de eventos adversos reportados.

<b>No. DE EVENTOS REPORTADOS</b>	
<b>MEDICION</b>	<b>En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores ha diligenciado y enviado?</b>
	<b>G</b>
Ningún reporte	11
De 1 a 2 reportes	3
De 3 a 5 reportes	2
De 6 a 10 reportes	1
De 11 a 20 reportes	0
21 reportes o más	0
Sin respuestas	5
	22

Del total de respuestas a la pregunta número de eventos reportados: 11 registran que no ocurrió ningún reporte, 3 respuesta de 1 a 2 reportes, 1 respuesta de 6 a 10 reportes y 5 sin respuesta .

Figura 24. Número de eventos adversos reportados.



El gráfico muestra un bajo volumen de eventos adversos. Indicando que en los pasados 12 meses solo sean diligenciados 6 reportes.

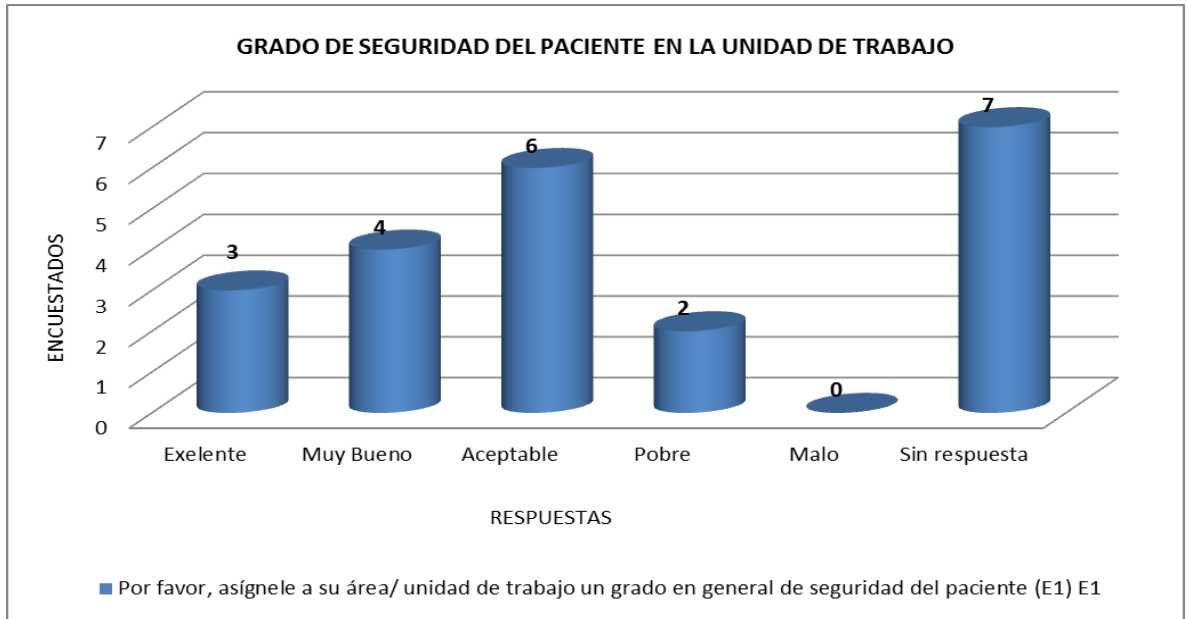
Tabla 15. Grado de seguridad del paciente.

<b>GRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	
<b>MEDICION</b>	<b>Por favor, asígnele a su área/ unidad de trabajo un grado en general de seguridad del paciente (E1)</b>
	<b>E1</b>
Exelente	3
Muy Bueno	4
Aceptable	6
Pobre	2
Malo	0
Sin respuesta	7
	22

Del total de personas que respondieron la encuesta 3 fueron excelentes 4 respuestas muy bueno, 6 respuestas Aceptables, 2 respuestas para el ítem pobre, Sin respuesta 7.



Figura 25. Grado de seguridad el paciente en la unidad de trabajo.



De acuerdo a las respuestas a este grupo de preguntas en su mayoría corresponde a No respuesta seguido de Aceptable se percibe que no hay claridad sobre los procesos adelantados en la institución en favor de la seguridad del paciente.

## 8. CONCLUSIONES.

Consideramos fundamental establecer procesos de comunicación efectiva entre todos los niveles del centro médico tanto de supervisores a su personal a cargo como entre los mismos compañeros, dado que se observa en el ítem que evalúa la cultura en la parte de comunicación, el puntaje mayor está en la respuesta indefinida, también por que el grupo de variables que evaluó el intercambio y transición observo un puntaje alto a la pregunta indefinida (*Ni en acuerdo ni en desacuerdo*).

Se pudo detallar que la percepción general sobre la seguridad del paciente fue respondida en un puntaje como positivo Aceptable pero sin dejar de lado que muchas personas no sentaron su posición al dejar en término medio su respuesta y que el segundo puntaje más alto de este grupo de respuestas fue en la parte En Desacuerdo.

En general pese a que el Centro médico ha adelantado algunas gestiones frente al tema de cultura y de seguridad del paciente se hace prioritario iniciar los procesos sugeridos y exigidos por las normas que fortalezcan lo que se ha logrado e implementen lo que se requiere para esta maximizar la seguridad del paciente y enriquecer el nivel de cultura frente al tema entre los empleados.

Uno de los colaboradores afirma que «la organización se encuentra inmadura en el enfoque sistémico, está incipiente en el enfoque por procesos. No tiene un direccionamiento estratégico que guíe la organización, ni política de calidad, ni código de ética, ni código del buen gobierno que exprese la intención de hacer las cosas bien. Presenta grandes oportunidades de mejora en el trabajo en equipo, comunicación, roles, funciones, que propenden al error frente a la atención de los pacientes»

## 9. RECOMENDACIONES.

- Se sugiere que los entes administrativos adelanten acciones de mejora integral que promuevan la seguridad del paciente en cada una de sus áreas o unidades de trabajo.
- Es importante mantener y fortalecer los procesos de aprendizaje institucional como contribuyente a buenos resultados frente a la seguridad del paciente.
- Es importante adelantar actividades para mantener y fortalecer el trabajo en equipo en favor de la seguridad del paciente.
- Es necesario adelantar acciones que promuevan la confianza del personal como aspecto fundamental en la comunicación y por ende el tema de seguridad del paciente referente a la aclaración de dudas que contribuyan a la disminución de errores y a su vez a la seguridad del paciente.
- Es importante mantener y fortalecer la retroalimentación y comunicación frente al error referente a la aclaración de dudas que contribuyan a la disminución de errores y a su vez a la seguridad del paciente.
- Debe mejorarse o ser intervenida la respuesta punitiva generando un mayor nivel de confianza con unas acciones que se centren en mejorar los errores y no en buscar responsables.
- Es importante considerar la posibilidad de hacer una revisión de procesos que permitan saber si el personal en referencia a las tareas o procesos es suficiente y tener en cuenta los lineamientos legales sobre talento humano en salud.
- Se requiere de una mayor fuerza que determine con claridad y firmeza la percepción, que los encuestados u empleados perciben y reciben de apoyo en el proceso de seguridad del paciente.
- Es necesario reforzar las acciones para mantener un buen trabajo en equipo y generar las condiciones faltantes para que las personas que aún no perciben que es bueno el trabajo en grupo lo vivencien y esto sea favorable para la seguridad de los pacientes.
- Deben hacerse ajustes para asegurar que en el traslado como en la información de intercambio no se produzcan errores que desmejoren la seguridad de los pacientes.
- Es prioritario adelantar acciones encaminadas a mejorar la percepción que tienen los empleados sobre la seguridad del paciente y a su vez mejorar la percepción que tienen los empleados del Centro, sin olvidar que este es un trabajo continuo y que integra todos los procesos alineándose con las normas vigentes.

- Es indispensable dar a conocer con claridad el proceso o reporte de informes si se tiene de lo contrario implementarlo a corto tiempo que evite la omisión de los eventos adversos.

## 10. CONSIDERACIONES ETICAS.

El manejo de los principios éticos en nuestro trabajo de investigación estará basado en los aspectos desarrollados por el reporte de Belmont y la declaración de Helsinki, donde se describen los principios éticos y normas para el desarrollo de investigaciones a seres humanos.

Durante el desarrollo del proyecto de investigación se respetaron los principios éticos básicos:

- Respeto por las personas, se trató a cada persona entrevistada como un agente autónomo capaz de reflexionar y dar sus opiniones acerca de algo en particular.
- Los individuos que participaron en nuestra investigación fueron voluntarios e informados.
- Se conservó la exactitud de los datos y los resultados para su presentación e informe.
- La información brindada por el Centro Médico Endocirujanos se manejó por medio de un acuerdo de confidencialidad (ver Anexo 2 Acta del Comité Seguridad del Paciente en la que se aprueba es estudio). Cuando sea necesario hacer una presentación académica con los datos suministrados por el Centro Médico, el investigador solicitara autorización previa a la entidad.
- La aplicación del instrumento para evaluar las condiciones de la entidad, se realizó por los investigadores con el acompañamiento de los directivos y colaboradores del Centro Médico.

Además, se inició desde la consideración ética de confidencialidad, privacidad y derecho a la intimidad en el uso de la información sobre los procesos de Endocirujanos que es una de las fuentes de investigación de acuerdo a la Resolución N° 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Este estudio por ningún motivo pretende obtener lucro o beneficios personales diferentes a realizar una investigación y brindar al Centro Médico Endocirujanos la posibilidad de mejorar continuamente sus procesos asistenciales por medio de la identificación de la Cultura de Seguridad del Paciente que existe actualmente, teniendo en cuenta que lo más importante es el ser humano en toda su extensión.

## 11. CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
Elaboración anteproyecto	■	■					
Formulación de las encuestas		■					
Elaboración lista de chequeo		■					
Aplicación de encuestas			■	■	■		
Observación directa con lista de chequeo			■	■	■		
Recopilación y análisis de la información					■	■	
Formulación de planes y estrategias de mejora						■	
Ejecución de las acciones de mejora						■	■
Socialización de los resultados en la empresa							■

## 12. PRESUPUESTO.

ITEM	UCM	INVESTIGADORES	TOTAL
<b>A. Personal</b>			\$
Honorarios alumnas Investigadoras		\$ 6.000.000	6.000.000
<b>B. Equipos</b>			
Computador		\$ 15.000	\$ 15.000
Internet		\$ 35.000	\$ 35.000
Impresora		\$ 15.000	\$ 15.000
<b>C. Materiales</b>			
USB 4 GB		\$ 20.000	\$ 20.000
Bolígrafos		\$ 6.000	\$ 6.000
Agendas o cuadernos para notas		\$ 15.000	\$ 15.000
Papel para impresiones (2 resmas tamaño carta)		\$ 16.000	\$ 16.000
Tonner impresora		\$ 45.000	\$ 45.000
Fotocopias		\$ 30.000	\$ 30.000
<b>D. Servicios Técnicos</b>			\$ 0
Transcripciones de las entrevistas		\$ 80.000	\$ 80.000
<b>E. Otros</b>			
Viáticos (35.000 x 20 días de algunas alumnas)		\$ 700.000	\$ 700.000
Transporte urbano		\$ 150.000	\$ 150.000
Otros transportes		\$ 1.000.000	1.000.000
Refrigerios reuniones y presentaciones		\$ 60.001	\$ 60.001
<b>TOTAL</b>		\$ 8.127.000	8.127.000

## BIBLIOGRAFÍA.

FRANCO, ASTOLFO. Fundamentos de Seguridad al Paciente. Programa Editorial Universidad del Valle.

HIPÓLITO PABON, Evaluación de los Servicios de Salud. Universidad del Valle. Santiago de Cali, 1985.

JARAMILLO MUNERA, ANGELICA y CATALINA NOREÑA FEIJOO. Viabilidad de la certificación bajo la norma ISO 9001 versión 2000 de una IPS privada de primer nivel de atención. Universidad del Valle. 2009.

LUENGAS AMAYA, SERGIO. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud. Fundación Corona – Centro de Gestión Hospitalaria. 2009.

MALAGON LONDOÑO, GUSTAVO Y RICARDO GALAN MORERA. Garantía de Calidad en Salud. 1999. Editorial Médica Internacional Ltda.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Herramientas para Promover la Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Editorial Fundación FITEC. 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía Práctica de la Preparación para la Acreditación en Salud. 2007.

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Superintendencia de Industria y Comercio. DOCUMENTO CONPES 3446. LINEAMIENTOS PARA UNA POLÍTICA NACIONAL DE LA CALIDAD. 2006.

RESTREPO P, FRANCISCO RAUL. Sistema de información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social. Videoconferencia. Ministerio de la Protección social. Junio 2007.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL, Gobierno de España. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. 2009.

<http://www.supersalud.gov.co/calidad.asp> (Súper Intendencia de Salud).

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/soqc/> (Ministerio de Protección Social).

<http://www.acreditacionensalud.org.co/> (Sistema Único de Acreditación en Salud).

<http://www.cgh.org.co> (Centro de Gestión Hospitalaria).

[http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO\\_SEGURIDAD\\_DE  
L\\_PACIENTE.pdf](http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO_SEGURIDAD_DE_L_PACIENTE.pdf).



# ANEXOS