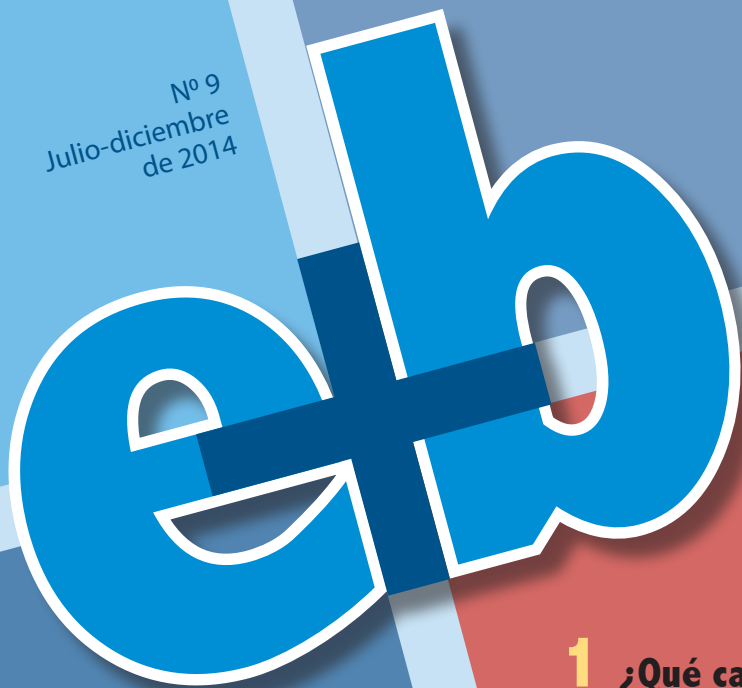


Nº 9
Julio-diciembre
de 2014

REVISTA DE GESTIÓN, SALUD Y TRABAJO



- 1** ¿Qué causas determinan que los afiliados al SGSSS en el régimen contributivo prefieran asistir a los servicios de odontología particular que a los ofertados por su EPS?
- 2** Experiencias del modelo de atención de Javesalud IPS en el marco de la estrategia del cuidado primario
- 3** Factores influyentes en la satisfacción del cliente interno de la ESE Nuestra Señora del Carmen de Santa María – Huila
- 4** Habilidades gerenciales que tienen los directivos de la clínica Los Andes de la ciudad de Cúcuta (año 2013)
- 5** Cultura de la seguridad del paciente en los trabajadores de una IPS de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá D. C., Colombia



UTADDEO

UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

Área de Posgrados en Gestión de
Servicios de Salud y Seguridad Social

estarbien



Rectora

Cecilia María Vélez White

Vicerrectora Académica

Margarita María Peña Borrero

Decano Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Fernando Copete Saldarriaga

Directora Área de Posgrados en Gestión

de Servicios de Salud y Seguridad Social

María Victoria Ocampo

Director de Investigación, Creación y Extensión

Leonardo Pineda Serna

Director de Publicaciones

Jaime Melo Castiblanco

Coordinación editorial y revisión de textos

Henry Colmenares Melgarejo

Concepto gráfico, diseño y diagramación

Luis Carlos Celis Calderón

Carta del Editor

Lograr una excelente calidad de la atención en salud requiere del compromiso de todos y cada uno de los trabajadores de la salud, no solo del área médica, odontológica, de laboratorios, apoyos terapéuticos o de enfermería, sino también de las áreas administrativas como pueden ser las de servicio al cliente, vigilancia, aseo, compras e incluso, de facturación.

Los seres humanos que requieren de una atención esperan encontrarse con gente amable que les solucione su problema de salud y para ello, los gerentes de todo nivel deben esforzarse por lograr, con los recursos disponibles, la satisfacción de los usuarios según las expectativas de cada uno de ellos.

Tener en cuenta los criterios de elección de una IPS determinada, diseñar un modelo de atención con énfasis en cuidado primario, considerar el cliente interno en los esquemas de calidad, tener claridad sobre los conocimientos del personal y las habilidades gerenciales requeridas para lograr los estándares de calidad, son temas que han desarrollado estudiantes y docentes del área de Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social de la Tadeo, los cuales hacen parte de este número. Esperamos que estos temas contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud en Colombia.

Fredy G. Rodríguez Páez, MD, MSP
Coordinador académico
Posgrados en Salud
Universidad JorgeTadeo Lozano
fredyg.rodriguezp@utadeo.edu.co

Contenido

- 1** **¿Qué causas determinan que los afiliados al SGSSS en el régimen contributivo prefieran asistir a los servicios de odontología particular que a los ofertados por su EPS?** **6**
- 2** **Experiencias del modelo de atención de Javesalud IPS en el marco de la estrategia del cuidado primario** **30**
- 3** **Factores influyentes en la satisfacción del cliente interno de la ESE Nuestra Señora del Carmen de Santa María – Huila** **46**
- 4** **Habilidades gerenciales que tienen los directivos de la clínica Los Andes de la ciudad de Cúcuta (año 2013)** **56**
- 5** **Cultura de la seguridad del paciente en los trabajadores de una IPS de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá D. C., Colombia** **68**

1

¿Qué causas determinan que los afiliados al SGSSS en el régimen contributivo prefieran asistir a los servicios de odontología particular que a los ofertados por su EPS?*

José Fabián Alarcón Caro*

Gina Marcela Ávila Pulido**

Edith Patricia Hernández Parra***

Claudia Marisol Villamil Pinilla****

Resumen

El ser humano por naturaleza siempre tiende a satisfacer sus necesidades materiales, físicas, sociales y culturales, buscando la excelencia en cuanto a su bienestar integral. Entonces podemos entender que tratándose de su salud como patrimonio social y su salud oral como una parte de su bienestar, existen factores determinantes para el logro de este propósito. En la actualidad se ha evidenciado que muchos de los afiliados al SGSSS realizan consulta en servicios particulares odontológicos, tal vez buscando las características que hacen que un servicio sea óptimo y satisfaga todas sus necesidades. Con el objetivo de determinar las causas que llevan a los afiliados del sistema general en salud a buscar servicios odontológicos en instituciones particulares como alternativa

* Odontólogo Pontificia Universidad Javeriana.
Correo electrónico:jfabian90@gmail.com

** Enfermera. Universidad Nacional de Colombia.
Correo electrónico: gmavilap@hotmail.com

*** Fisioterapeuta. Universidad Manuela Beltrán.
Correo electrónico: paticohp@outlook.com

**** Bacterióloga. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.
Correo electrónico: claudiajbac20@hotmail.com

* Este artículo proviene de una investigación realizada a 100 usuarios de la ciudad de Bogotá, con el fin de determinar las causas que conllevan a los afiliados al SGSSS a preferir los servicios de odontología particular que los ofertados por su EPS; presentada por los autores como requisito para obtener el título de Especialistas en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Jorge Tadeo Lozano sede Bogotá. Dirigida para publicación en el Acta Odontológica Colombiana, revista de la Universidad Nacional de Colombia.

diferente a los servicios ofrecidos por su EPS, se aplicó un instrumento tipo encuesta en una población por conveniencia, 100 personas que actualmente se encuentran afiliadas al régimen contributivo del SGSSS quienes en el último año recibieron algún tipo de tratamiento odontológico. Se encuentran los siguientes resultados: en el análisis de la información se identificó que el 52 % de las personas entrevistadas prefieren asistir a una consulta odontológica particular, frente a un 48 % que asiste al servicio odontológico ofrecido por su EPS; la causa más frecuente que motivó a estas personas a realizarse su tratamiento odontológico en la consulta particular es la confianza en el odontólogo, mientras que para las personas que asisten a los servicios ofrecidos por su EPS la motivación principal es el costo de los servicios. Se concluye que la población que se encuentra afiliada al régimen contributivo y asiste a la consulta odontológica particular y no a su EPS, manifiesta que la causa principal es la confianza en su odontólogo y conocimiento de la institución, entendiéndose esto como la percepción que tienen los usuarios a la seguridad como atributo de la calidad. Lo anterior lleva a la reflexión, sobre cómo los usuarios perciben cada uno de los atributos de la calidad durante su tratamiento.

Palabras clave: calidad odontológica, percepción de calidad, atributos de calidad.

Abstract

The human being by nature always tends to satisfy their material needs, physical, social and cultural, seeking excellence in their wellness. So we can understand that in dealing with their health as social capital and oral health as a part of this care, there are factors in the achievement of this purpose. Today it has become clear that many of the members of the SGSSS particular prefer services performed in dental privacy treatment, perhaps looking for the features that make optimal service and satisfy all your needs. This study aims to determine the causes that lead to members of the general health system to seek dental services in private institutions as alternative to the services offered by the EPS. That conducted a study to evaluate quality of services to a population of 100 users who access private dental practice services and / or dental practice in EPS, applied a survey instrument that allowed us to find the causes greater affinity determined by the dental users particular. Result 100 members surveyed 70 % prefer to access the particular dental care opportunity, Quality care services and greater affinity with the professional. It is concluded that the population has access or has a preference for private dental practices expressed in satisfaction of their needs such as Quality of service, timeliness and comprehensive treatment of the same user.

Keywords: odontology quality, quality attributes, perceived quality.

What causes determine about the users of SGSSS in contributory regime prefer to assist to the privates dentist, to the services offered by the EPS?

Introducción

El ser humano por naturaleza siempre tiende a satisfacer sus necesidades materiales, físicas, sociales y culturales, buscando la excelencia en cuanto a su bienestar integral. Entonces podemos entender que tratándose de su salud como patrimonio social y su salud oral como una parte de este bienestar, existen factores determinantes para el logro de este propósito.

En la actualidad se ha evidenciado que muchos de los afiliados al SGSSS realizan consulta en servicios particulares odontológicos, cuando cuentan con los servicios ofrecidos por su

EPS, tal vez buscando las características que hacen que un servicio sea óptimo y satisfaga todas sus necesidades, es de este modo que esta investigación busca determinar cuáles son las causas por las que los pacientes acceden a estas consultas y así llegar a concluir el porqué de esta situación.

Es de suma importancia conocer qué perciben ellos ante la prestación del servicio tanto en las entidades prestadoras del SGSSS como en el servicio particular, los aspectos que fortalecen las instituciones, las necesidades satisfechas o insatisfechas, y la calidad en los servicios y

atención; identificando las características que afectan positiva y negativamente las instituciones para que puedan garantizar todos los estándares de calidad exigidos, satisfaciendo exigencias de los usuarios teniendo en cuenta la calidad, la productividad y los costos.

La prestación de estos servicios odontológicos debe contemplar al paciente como ser integral, generando una cultura de vida y responsabilidad, de atención humanizada al tratarlo con respeto y dignidad. Esta información puede contribuir al fortalecimiento de los programas y atención en las entidades promotoras de salud y entidades particulares.

La calidad de atención al usuario es un proceso para la satisfacción total de las necesidades del paciente, considerando que una institución sobrevive de acuerdo a la demanda de sus usuarios y a la necesidad en este caso de la atención oportuna y de calidad, lo que hace que la imagen de una institución se vea admirada y respetada por los usuarios cuando su principal enfoque es la calidad y mejora continua de sus servicios.

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera que en el concepto de calidad en salud está enmarcado por cinco elementos fundamentales: excelencia del profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción y el impacto final que tiene en la salud.

Según Donabedian (1989), se pueden diferenciar de un modo muy general las tres dimensiones principales (1):

1. El componente técnico de la atención

2. El componente determinado por el desarrollo de la interacción personal consustancial a la atención.

3. El componente del ambiente o entorno físico donde se desarrolló dicha gestión.

Las anteriores dimensiones situadas en los servicios de odontología se relacionarían así:

1. El componente técnico de la atención: Aplicación de la ciencia y la tecnología de odontología en un problema concreto de salud. Máximo de beneficios, mínimo de riesgos.

2. El componente determinado por el desarrollo de la interacción personal consustancial a la atención. Dimensión interpersonal: características de las relaciones humanas que se establece entre los profesionales de salud con el paciente.

3. El componente del ambiente o entorno físico: donde se desarrolla la atención, a las comodidades y facilidades que disfruta el paciente en el proceso de atención.

La satisfacción del paciente representa la evaluación que hace acerca de la atención, y está determinada por la percepción del servicio prestado en la medida en que se satisfagan sus expectativas de una atención con calidad.

Blumenthal (1996) piensa que la calidad técnica de la atención tiene dos dimensiones: lo apropiado de los servicios prestados y la habilidad con la que la atención apropiada es desempeñada. La técnica de alta calidad consiste en "hacer lo correcto correctamente". Hacer lo correcto quiere decir que el profesional tome

las decisiones correctas sobre la atención para cada paciente (toma de decisión de alta calidad), y para hacerlo bien se requiere habilidad, juicio y ejecución (desempeño de alta calidad).

Además, considera que la calidad de la interacción entre médicos y pacientes depende de varios elementos en su relación: la calidad de su comunicación, la capacidad del médico de mantener la confianza del paciente y la capacidad de tratar al paciente con “preocupación, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad” (2).

La apreciación de la calidad es subjetiva, por lo tanto esta se puede percibir de diferentes formas:

1. Percepción de calidad desde el servicio:

La calidad se puede describir cuantitativa y cualitativamente, de acuerdo a los atributos requeridos.

2. Percepción desde el paciente: capacidad de satisfacer las expectativas y necesidades del paciente.

3. Perspectiva desde la producción: a mayor cumplimiento de especificaciones de un servicio mayor es la calidad.

4. Perspectiva del valor: ofrecer un servicio superior al que el paciente espera recibir y a un precio accesible.

En el estado del arte hacemos referencia a diferentes artículos relacionados con la investigación donde se resalta la calidad en la atención del servicio odontológico y la oportunidad como principales criterios en la atención, dando así una importancia relevante en la prestación del servicio con eficiencia, gestión y mejora continua en los procesos, a fin de satisfacer

a los usuarios dando cumplimiento a cada una de sus expectativas con el propósito de brindar servicios con calidad. Se concluyó que las barreras más frecuentes son: falta de recursos económicos, dificultad de consecución de las citas, viviendas lejos de la institución y el maltrato del profesional y ansiedad por los tratamientos (6). Se recomienda enseñar al paciente a evaluar la calidad técnica de la clínica dental, enseñar al profesional de odontología a demostrar su calidad, determinar diferencias en la evaluación de la calidad del servicio del paciente cuando su enfermedad es grave y cuando no lo es, y determinar cuánto afecta la renuencia del paciente a la percepción de la calidad del servicio, entre otras (8). Se propone una evaluación de calidad utilizando actividades o problemas trazadores para el proceso realizando la selección de criterios, indicadores y estándares de evaluación (4).

Se estableció que la calidad de un servicio, avalado por la percepción y expectativas por parte de sus usuarios, debería constituirse en parte importante por el trabajo de administrar servicios de salud con efectividad, orientado a la atención más satisfactoria para los beneficiarios del servicio. Las investigaciones orientadas a la medición de calidad de servicio, se guían básicamente en la satisfacción de las necesidades de sus usuarios en lo relativo a la atención en salud. En las investigaciones se tomaron una serie de variables en las que se expresó en términos operacionales un concepto tan subjetivo como la calidad de servicio. Se pudo demostrar entre la muestra, que existía mucha satisfacción por el trato recibido de los profesionales, y se constató insatisfacción en

la valoración de los procesos relacionados a la oportunidad con el sistema de citas, insatisfacción en el tiempo de espera a la atención, la conveniencia de horarios, la accesibilidad geográfica calidad del personal, su experiencia y rotación del mismo (10).

En cuanto a los miedos del usuario se centra en las actuaciones terapéuticas que generan daño físico como aspectos no profesionales y lo inherente al tratamiento, y los aspectos relacionados con la profesión constituidas por el trato humano y mala praxis profesional(16).

En Colombia los prestadores de servicios de salud están obligados a cumplir con las normas establecidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Constitución política de Colombia de 1991, en el artículo 253 numeral 9, plantea que la calidad en salud es un fundamento del servicio público de salud que debe ser garantizado por el Sistema de Seguridad Social en Salud, en la Ley 100 de 1993 en el artículo 227, se establece el Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

En la actualidad en Colombia el decreto 1011 del 2006, plantea que el Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Este sistema es de obligatorio cumplimiento para los prestadores de servicios de salud como son los profesionales independientes, IPS, EPS, entidades de medicina prepagada y las empresas de transporte asistencial.

Las entidades que ofrecen servicios de salud deberán garantizar a los afiliados al acceso efectivo al derecho a la salud a través de la prestación de las tecnologías y recursos, esto con el fin de dar cumplimiento a los atributos de la calidad orientados a mejorar los resultados de la atención en salud:

- **Accesibilidad.** Entendiéndose como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten 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 para gestionar el acceso de servicios.
- **Seguridad.** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia.** Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieran con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- **Continuidad.** Grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Los siguientes son los componentes del Sistema Obligatorio de Calidad en Salud establecidos en el decreto 1011 de 2006:

En el **Sistema Único de Habilitación**, a través de los estándares de habilitación protege al paciente y al sistema de la prestación de servicios por debajo de condiciones en las cuales los riesgos superen los potenciales beneficios como conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, registra, se verifica y se controla el cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial, y capacidad técnico-administrativa, indispensable para la entrada y permanencia en el sistema.

En la **Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud**, a través de la comparación de la calidad observada vs. la calidad esperada, se convierte en mecanismo de aseguramiento de los procesos de mejoramiento desplegados.

El **Sistema Único de Acreditación**, a través del mejoramiento contra los estándares de acreditación (centrados en el paciente, superiores e incrementales en el tiempo) busca incrementar la capacidad organizacional para impactar en eficiencia y efectividad en el desempeño del Sistema de Seguridad Social en su conjunto.

Conjunto de entidades, requisitos, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y certificar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, EPS, ARS, entidades adaptadas y medicina prepagada, que **voluntariamente** decidan acogerse a este proceso.

La acreditación en salud en Colombia como una herramienta de mejoramiento institucional, concebida para impactar directamente en la eficiencia de los procesos al servicios del usuario, que genera un incentivo de mercado al dar una señal positiva del reconocimiento público a la buena gestión.

El **Sistema de Información para la Calidad**, a través del monitoreo de indicadores de calidad y de la vigilancia de eventos adversos trazadores, generar información para la gestión de la calidad en las instituciones y del sistema y para la difusión de información a usuarios que sirva de vehículo para materializar el incentivo de prestigio.

Por lo anterior todas las entidades de prestación de servicios de salud, incluidos los odontólogos deben cumplir con lo establecido en el decreto 1011 de 2006.

El acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, define que la consulta odontológica debe cumplir con la valoración y orientación brindada por un odontólogo a los problemas relacionados con la salud oral. La valoración comprende anamnesis, examen clínico, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento y tratamiento en cualquier fase de la atención, promoción, prevención, curación o

rehabilitación; la consulta puede ser programada o de urgencia, general o especializada.

En el Plan Obligatorio de Salud la cobertura de los servicios y procedimientos de odontología establecidos en el acuerdo 029 de 2011:

Cubre las tecnologías, para el caso de operatoria dental, cubre las obturaciones definitivas que sean necesarias a criterio del odontólogo tratante. Las obturaciones temporales que el profesional considere necesarias antes de las definitivas, son actividades que forman parte integral del procedimiento de operatoria dental.

Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes de condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del odontólogo tratante.

El Plan Obligatorio de Salud cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales para los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado. El odontólogo tratante debe determinar la indicación clínica de la prótesis.

El Plan Obligatorio de Salud cubre la topicación con barniz de flúor para los menores entre uno y diecisiete años.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, donde el investigador no modificó ni manipuló las variables. Durante la investigación se planteó la aplicación de un instrumento para determinar las causas, el cual tiene unos criterios de inclusión como: pertenecer al régimen

contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que hubieran recibido en el último año algún tratamiento odontológico, como criterios de exclusión se encuentran pacientes que no pertenezcan al SGSSS dado que la investigación busca establecer las razones del uso de la consulta particular por parte de los pacientes afiliados. El instrumento fue aplicado a una población por conveniencia de 100 personas cercanas al círculo social y laboral de los investigadores quienes cumplieran con los criterios de inclusión en la investigación en el área urbana de la ciudad de Bogotá, no se aplicó durante el momento de la consulta, ni en un consultorio odontológico.

Resultados

Se aplicó el instrumento a 100 personas con las siguientes características: a) Género: hombres 25, mujeres 75. b) Edad: 50 personas entre 20 y 30 años; 24 entre 31 y 40 años; 17 entre 41 y 50 años; y 9 entre 51 y 60 años. c) Estrato económico: 30 usuarios estrato 4, 45 usuarios estrato 3, y 25 usuarios estrato 2. d) Cotizantes: 62, beneficiarios: 38. e) Estado civil: casados 34, solteros: 66. f) Nivel educativo: universitarios 66, bachilleres 34. En el análisis de la información recolectada se encontró que:

El 52 % de las personas entrevistadas prefieren asistir a una consulta odontológica particular frente a un 48 % que asiste al servicio odontológico ofrecido por su EPS. A las personas que recibieron un tratamiento odontológico en el último año en consulta particular, las causas que los motivaron a escoger este servicio fueron:

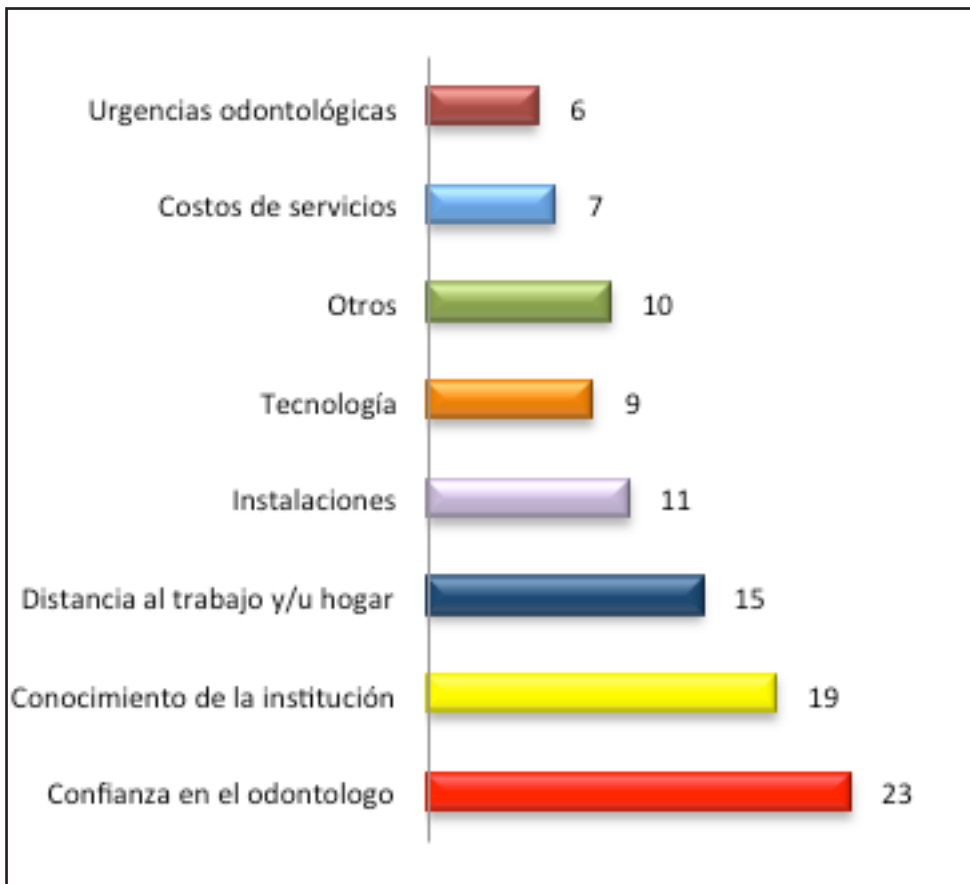


Gráfico 1

En el gráfico 1 se observa que para las personas que eligieron realizar el tratamiento en un consultorio particular el aspecto de mayor relevancia es la confianza que tienen en su odontólogo, el cual se encuentra muy relacionado con el conocimiento de la institución que es la segunda causa de mayor relevancia, esto cumpliendo con el atributo de seguridad como percepción de la calidad por parte del usuario; el aspecto de menor relevancia son las urgencias odontológicas, que finalmente no es una causa que encamine a los usuarios a escoger este tipo de consulta.

A las personas que recibieron un tratamiento odontológico en su EPS en el último año, la distribución de las causas que lo motivaron fue la siguiente:

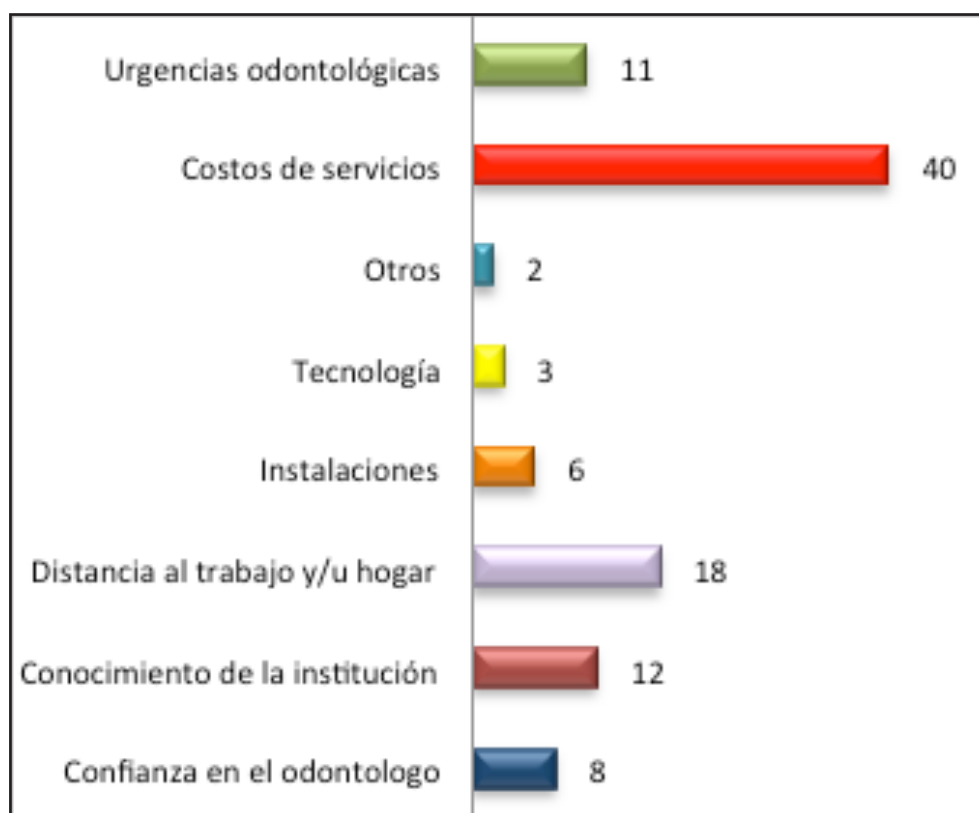


Gráfico 2

En el gráfico 2, se observa que la causa de mayor relevancia en los usuarios que recibieron el tratamiento en los servicios ofrecidos por su EPS, son los costos, los cuales se encuentran relacionados con el atributo de accesibilidad de la calidad, seguido de la distancia al trabajo u hogar; cabe anotar que la EPS correspondiente ubica la IPS más cercana a la residencia del usuario para la prestación del servicio; la tecnología no es un aspecto relevante de acuerdo a lo que manifestaron los entrevistados.

Al preguntar a los usuarios si su EPS garantizaba los servicios odontológicos de acuerdo a sus necesidades, se encontró que el 64 % de las personas consideran que su EPS no garantiza los servicios de acuerdo a sus necesidades y el 36 % que sí garantiza.

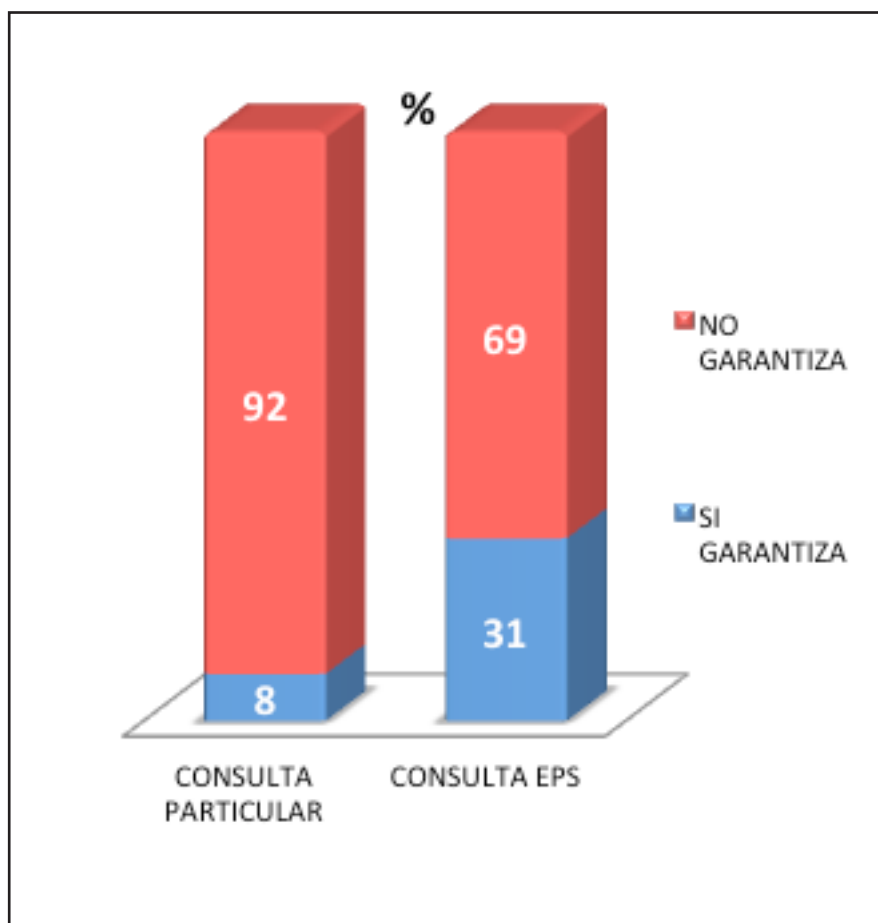


Gráfico 3

En el gráfico 3, se observa que las personas que consideran que el servicio de odontología ofrecido por su EPS no garantiza la satisfacción de sus necesidades, equivalenten al 92 % de quienes asisten a la consulta odontológica particular y el 8 % restante, aunque creen que su EPS sí lo puede garantizar, prefieren consultar a servicios particulares; mientras que el 69 % de las personas que reciben su tratamiento odontológico en su EPS sí creen que estos servicios ofrecidos garantizan el cumplimiento de sus necesidades, frente a un 31 % que consulta a su EPS aun creyendo que no garantizan la satisfacción de estas.

Ya conociendo que el 64 % del total de las personas entrevistadas creen que la EPS **no garantiza** los servicios de odontología de acuerdo a sus necesidades, a continuación se grafica la distribución de las razones por las cuales esta población considera que los servicios ofrecidos no garantizan los servicios:

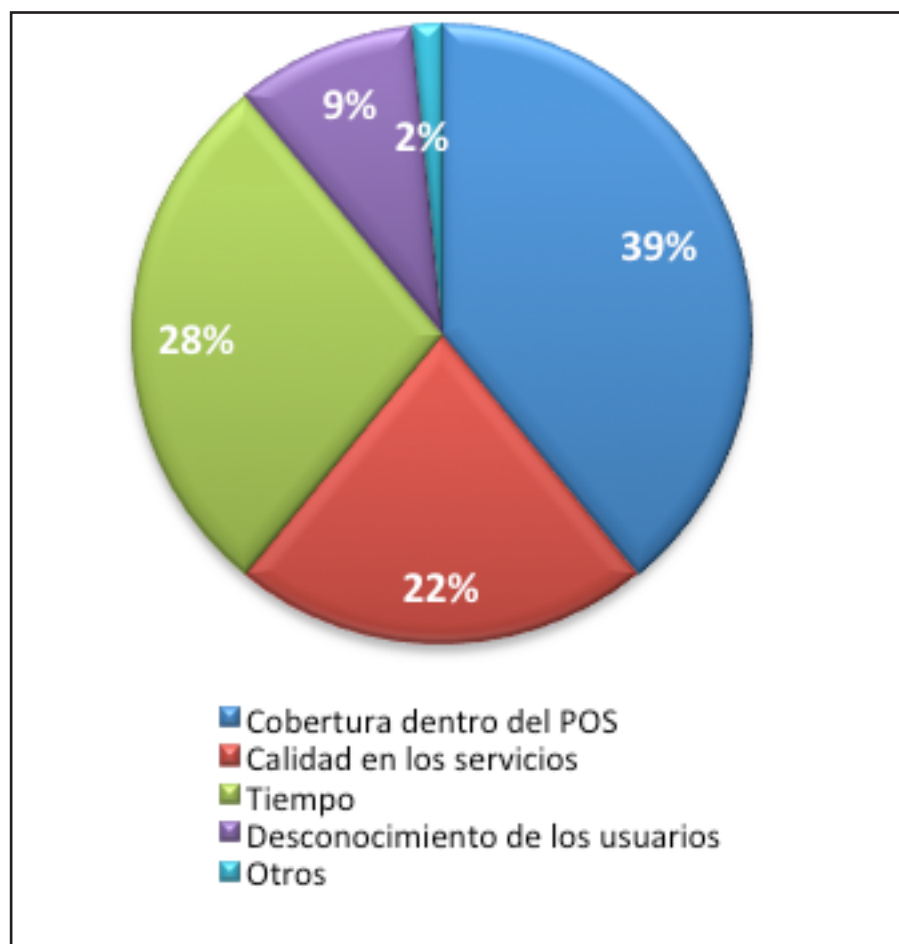


Gráfico 4

En el gráfico 4 se identifican las razones principales por las cuales las personas entrevistadas consideran que los servicios no garantizan las necesidades de los usuarios, el 39 % considera que el inconveniente de las EPS es la poca cobertura de los tratamientos en el Plan Obligatorio de Salud, lo cual disminuye la satisfacción de los usuarios; el 28 % considera que el tiempo de asignación de citas es muy demorado y el tiempo de consulta es muy corto y como consecuencia se percibe que los tratamientos se prolongan, ya que las nuevas citas se asignan de acuerdo a la disponibilidad de agenda de la EPS; el 22 % de las personas atribuyen que la no garantía en los servicios de odontología de su EPS de acuerdo con sus necesidades tiene que ver con la baja calidad de los servicios ofrecidos relacionándolos con insumos, falta de equipos y desconocimiento de la historia clínica de los pacientes, etc.; y el 9 % de las personas no conocen los servicios odontológicos ofrecidos por su EPS y por lo tanto creen que su EPS no garantiza las necesidades odontológicas, sin ni siquiera conocerlo.

El otro 36 % de las personas entrevistadas por el contrario creen que su EPS sí garantiza los servicios de odontología de acuerdo a sus necesidades odontológicas; a continuación se graficarán las razones por las que creen esto.

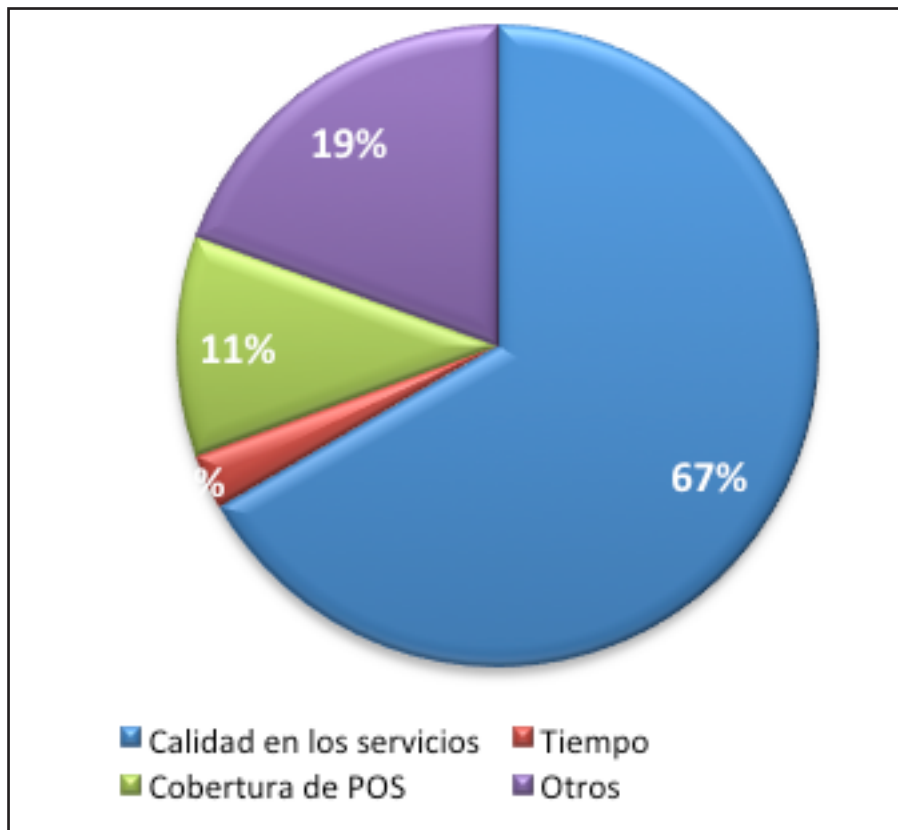


Gráfico 5

En el gráfico 5, se identifica claramente que las personas que consideran que su EPS sí garantiza los servicios odontológicos de acuerdo a sus necesidades; siendo la calidad de los servicios la proporción más grande equivalente al 67 % del total de las características, lo cual demuestra la satisfacción al momento de recibir los servicios, la cobertura en los tratamientos participa con un 11 % con lo cual se evidencia que las personas conocen cuáles son los servicios odontológicos a los que tienen derecho según su plan de beneficios.

Relacionando las características que influyen con la elección del servicio odontológico se destaca el hecho de que el tratamiento sea efectuado por el mismo profesional desde el inicio el tratamiento hasta la culminación de este, así fue la distribución de las personas a las que se le aplicó la encuesta:

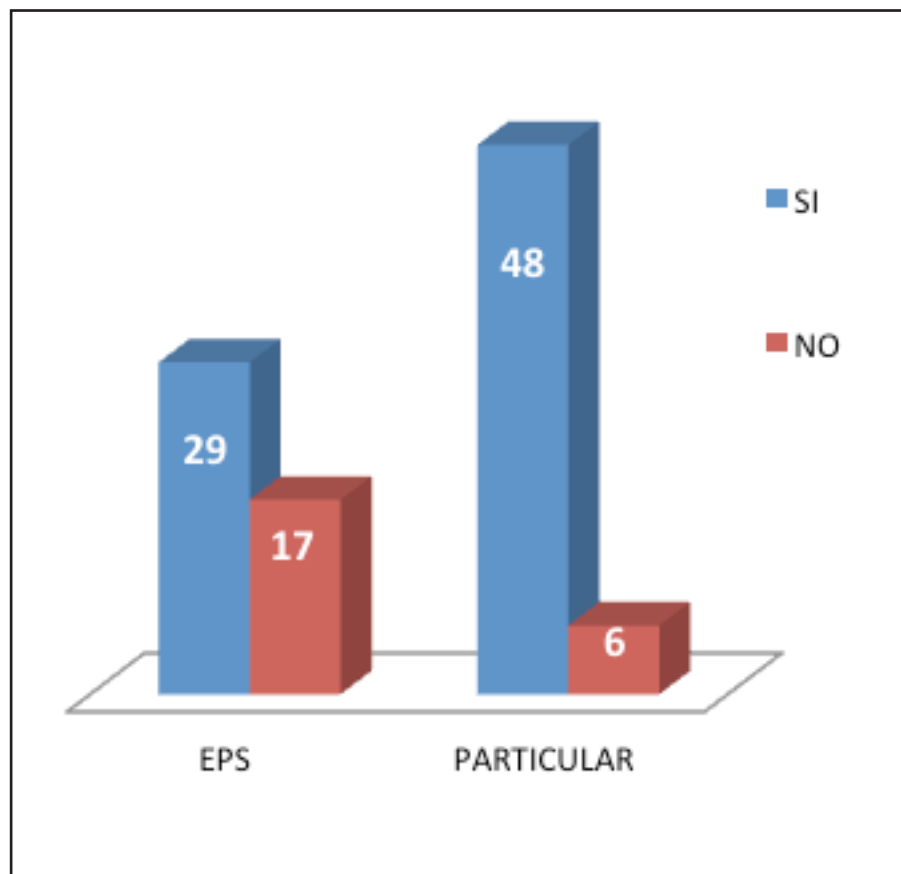


Gráfico 6

En el gráfico 6, se observa que en los tratamientos recibidos en las EPS, 29 personas fueron atendidas por dos o más odontólogos hasta la culminación del tratamiento, solo a 17 de ellas las atendió el mismo odontólogo; mientras que en la consulta particular 48 personas fueron atendidas por el mismo odontólogo desde el inicio del tratamiento hasta su culminación, esto relacionándose con los motivos que influyeron en la elección de este servicio como se muestra en el gráfico 1.

Uno de los atributos que percibe el usuario es la oportunidad en los servicios de salud ofrecidos, para lo cual la medida que predomina es el tiempo, por lo tanto se evaluó la percepción que tuvieron los usuarios durante su tratamiento y estos fueron datos arrojados por la entrevista.

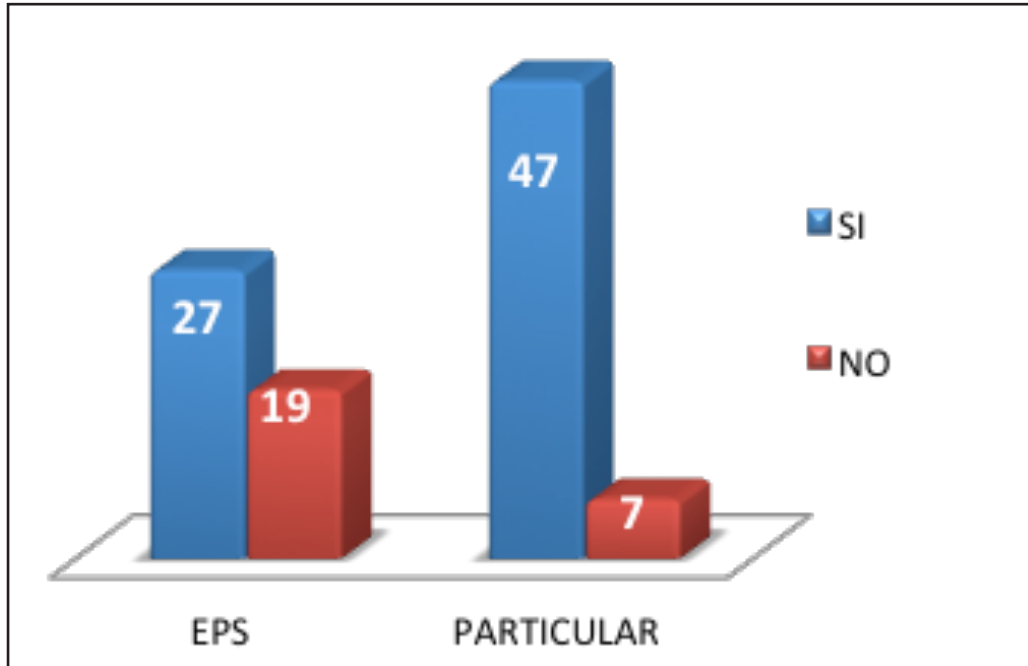


Gráfico 7

En el gráfico 7, se observa que de las 46 personas que recibieron el tratamiento odontológico en su EPS, 27 de ellas consideraron que el tiempo dedicado a su consulta fue el indicado para su tratamiento, ya que estos fueron realizados en los tiempos establecidos, frente a 19 que creen que el tiempo no fue el indicado, todo esto afectando directamente la percepción de la calidad en los servicios ya que esto influye en la accesibilidad y seguridad de los servicios de salud, estas personas manifiestan que las EPS imponen al profesional los tiempos de atención y como consecuencia prolongan los tratamientos, refiriendo la falta de oportunidad en los tiempos de asignación de citas.

De las 54 personas que recibieron tratamiento en consultas particulares, 47 de ellas creen que el tiempo dedicado a su intervención cumplió con los tiempos establecidos, resaltando la oportunidad, amabilidad y pertinencia del tratamiento; solo 7 personas creen que el tiempo dedicado no fue el indicado, los anteriores pacientes consultaron por urgencia.

Durante la encuesta se evaluó la disposición que el profesional de la consulta odontológica particular tuvo durante el tratamiento y lo que manifestaron las personas, y fue:

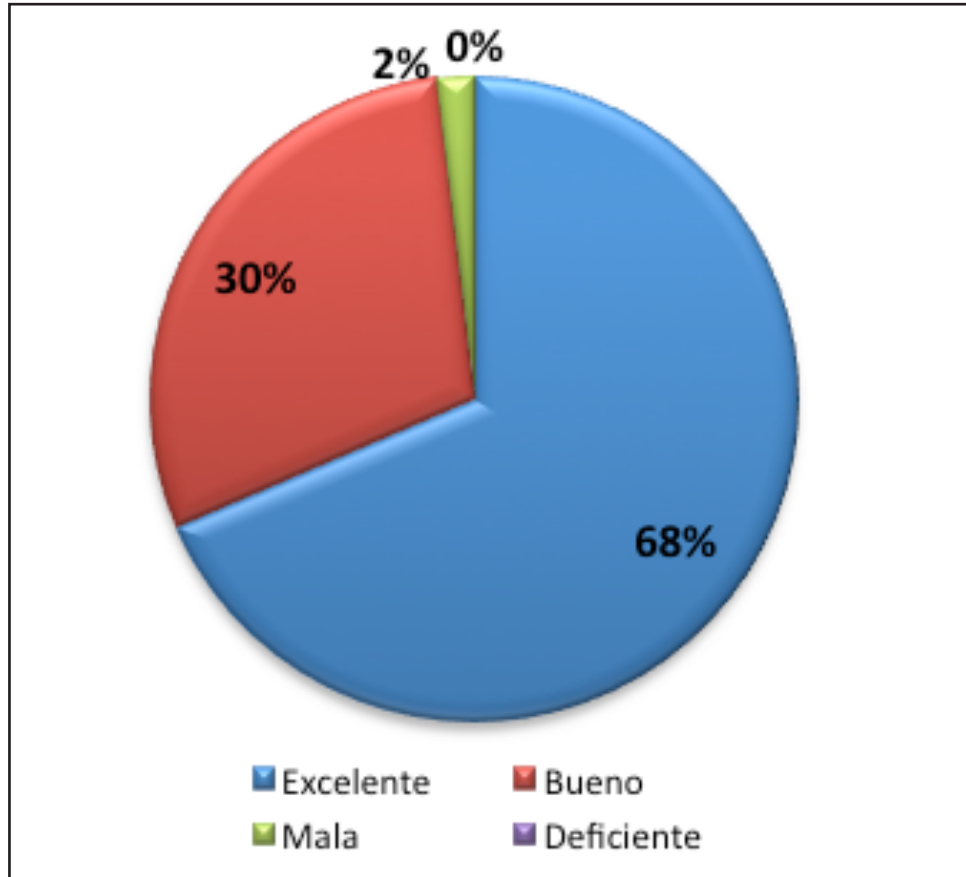


Gráfico 8

En el gráfico 8, se observa claramente que los usuarios que asisten a la consulta de odontología particular, perciben que la disposición de su odontólogo se encuentra en estándar de calidad, entre bueno y excelente.

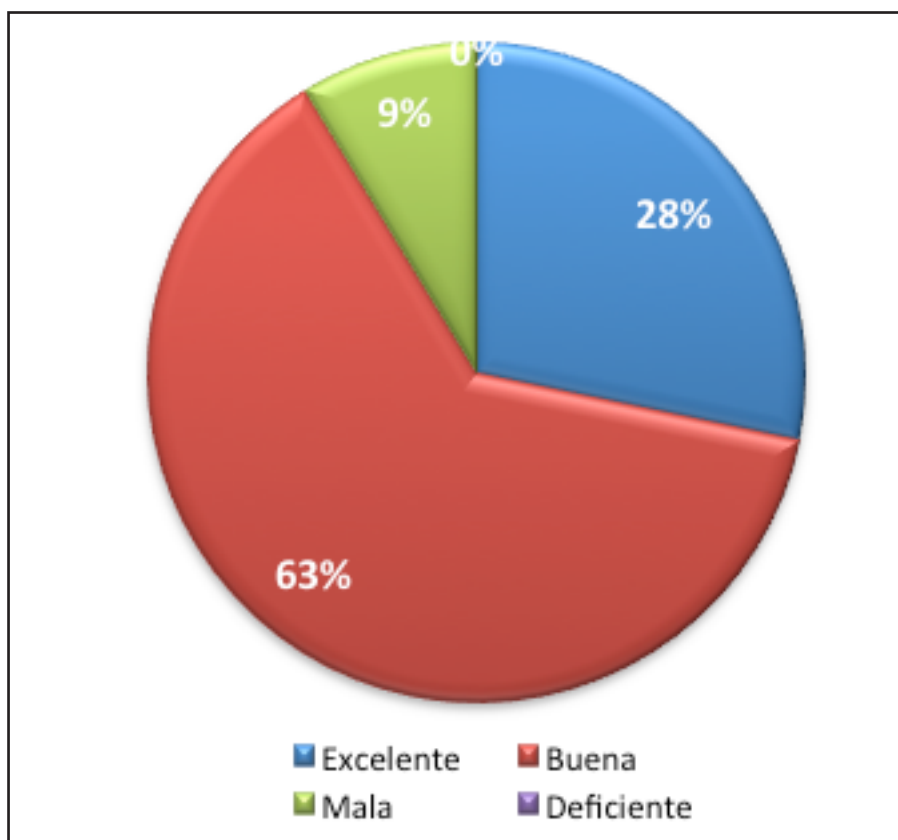


Gráfico 9

En el gráfico 9, se observa que los usuarios que asisten a la consulta de odontología ofrecida por su EPS, perciben que la disposición de su odontólogo se encuentra en estándar de calidad entre bueno y excelente.

Las personas cuando se someten a un tratamiento odontológico, siempre lo inician con una expectativa y es importante evaluar si el tratamiento que recibió cumplió con esta, por lo tanto relacionaremos a continuación los usuarios que recibieron consulta odontológica particular y en la EPS, identificando su nivel de satisfacción al culminarlo.

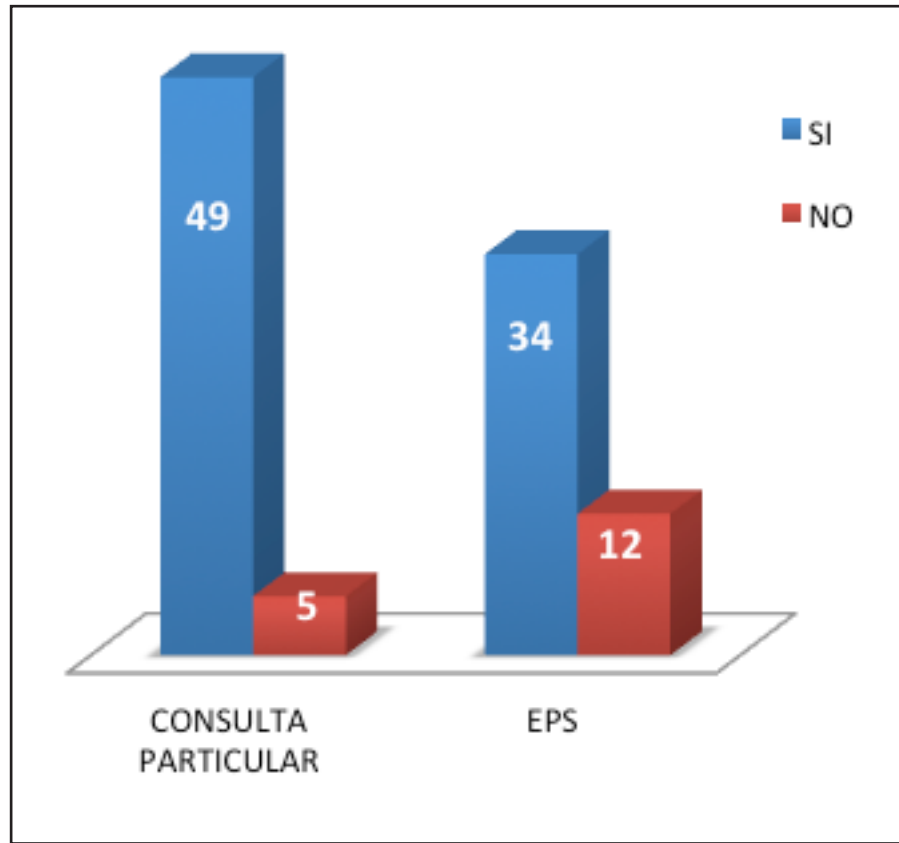


Gráfico 10

Las personas entrevistadas que asistieron a la consulta odontológica particular y en las que el tratamiento cumplió con las expectativas, fueron 49, lo que más resaltaron estas es la calidad en los servicios prestados atribuyéndoselo a la amabilidad, oportunidad, dedicación y resolución de la patología durante su tratamiento, manifestando también disminución del dolor y solución de su problema; frente a 5 personas a las que el tratamiento no cumplió con sus expectativas refiriendo poca disposición del personal auxiliar al momento de la consulta.

De las personas que asistieron a la consulta de la EPS, 34 percibieron que sus expectativas fueron cumplidas ya que los profesionales encaminaron y asesoraron a los usuarios para los tratamientos que no cubre el POS, el tratamiento recibido solucionó sus problemas odontológicos, frente a 12 personas que consideraron que no cumplieron sus expectativas durante el tratamiento, manifestando que no eran acordes con su patología ya que los tratamientos que necesitaban están fuera del POS; la prolongación de los tratamientos fue una de las causas de esta insatisfacción.

Discusión

EL desarrollo de los servicios de salud y su impacto a nivel socio-económico, se han caracterizado por la formación de modelos a partir de estructuras financieras sostenibles y planes de beneficios basados en capacidad de pago que proporcionen a la población un nivel de aseguramiento que garantice el mínimo de tratamientos que necesita un individuo para sobrellevar la enfermedad.

Sin embargo, en el concepto de calidad de la atención médica según Donabedian (1989), y aplicadas en área odontológica, las dimensiones situadas en los servicios de odontología deberían cumplir con el componente técnico de la atención, la dimensión interpersonal y el ambiente o entorno físico, como requisitos mínimos para que una consulta pueda considerarse de calidad hacia el individuo. Según los resultados de la investigación, aparentemente los afiliados al SGSSS no perciben estas dimensiones en su totalidad, debido a que los pacientes esperan que para la resolución de su patología se apliquen todas las herramientas tecnológicas y científicas, lo cual no es aplicable para nuestro sistema de salud dado que el plan obligatorio es limitado y en tratamientos odontológicos, en un gran porcentaje es ineficiente.

Al parecer la dimensión interpersonal es menos aún aplicable, dado el tiempo de consulta establecido y la variabilidad que se presenta entre impresión diagnóstica y plan de tratamiento diseñado por el odontólogo tratante, que no siempre será quien ejecute la totalidad del tratamiento; esto evidenciado en los resultados donde 29 personas de 46, que acudie-

ron a su EPS fueron atendidas por dos o más odontólogos, experimentando cambios en su conducta terapéutica, por ende tiempos prolongados de tratamiento y mayor número de citas para desarrollarlo.

El entorno físico que perciben los usuarios del SGSSS, se podría asociar aparentemente a tratamientos incompletos por ausencia de insumos o materiales que garanticen el desarrollo óptimo de su tratamiento, lo cual es inversamente proporcional al tiempo que debe asignar para su tratamiento odontológico; induciendo que los usuarios se dirijan hacia la consulta particular la cual aumenta en costo pero a su vez mejora en calidad y satisfacción.

En contraste con los hallazgos referidos por los pacientes usuarios del sistema, los resultados de quienes llevan a cabo sus tratamientos en consultorios odontológicos particulares evidencian niveles de satisfacción en su percepción de calidad, seguridad y pertinencia de tratamiento. La población que acude en las diferentes áreas de consulta especializada refiere que los tratamientos por los cuales acudió en primera instancia a su EPS no fueron realizados, y que la oportunidad de ejecución de estos fue en un tiempo mayor al estipulado al inicio de su valoración.

El acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, define que la consulta odontológica debe cumplir con la valoración y orientación brindada por un odontólogo a los problemas relacionados con la salud oral, además de tecnologías, procedimientos odontológicos en pacientes especiales que requieran sedación y prótesis totales para pacientes con edentu-

lismo total (pérdida total de los dientes) entre otros, según criterio del odontólogo tratante.

En esta investigación una hipótesis podría ser que la población usuaria del SGSSS que acude a consulta odontológica en su EPS, resalta la problemática en atención y desarrollo de tratamiento a sus pacientes, la percepción de inconformidad en gran parte de sus aspectos y como consecuencia la migración hacia consultorios particulares, que no se encuentran limitados en su conducta terapéutica, pero que aumentan sus gastos en un área que gran parte de la población acude cuando se presentan eventos avanzados y que los tratamientos que requieren son de un alto nivel especializado, por ende los servicios ofrecidos por su EPS no son suficientes.

Todo esto parte de un sistema que no ejerce gestión del riesgo, debido a esto los pacientes no son monitoreados y al acudir a consulta odontológica, sus impresiones diagnósticas requieren planes de tratamientos extensos que dado el tiempo de consulta y el plan de beneficios, no trasmite a la población el nivel de adherencia esperado; y da como resultado que la población disponga de sus propios recursos para su salud oral, o viva sometida a un sistema en el que su plan de beneficios es ineficiente.

Conclusiones y Recomendaciones

Las causas más relevantes de la preferencia de los usuarios a los servicios odontológicos son confianza y conocimiento de la institución y la de menos importancia son las urgencias odontológicas.

Se considera que los usuarios de consulta particular prefieren este servicio por la confianza que el profesional les brinda, podemos mencionar que el atributo de calidad que más se enfoca es la seguridad, dándole al paciente tranquilidad para que el odontólogo realice el tratamiento adecuado.

Los usuarios que asistieron al servicio odontológico particular refieren que otra de las opciones de acceder a este servicio es por conocimiento de las instalaciones, mostrando nuevamente que la seguridad es uno de los ítems de calidad de mayor elección.

La selección por parte de los usuarios de la EPS de la consulta odontológica ofrecida por su red de servicios radica en la reducción de costos y el recorrido que deben realizar para desplazarse a la realización de su tratamiento.

Es necesario estudiar las necesidades de los usuarios ante los servicios odontológicos para poder identificar los requisitos de los clientes y de este modo dar a conocer a los profesionales de odontología las herramientas para una prestación de servicio de alta calidad.

Los atributos de calidad como lo son seguridad, oportunidad, accesibilidad y continuidad son las características más relevantes en este estudio mostrando que son cualidades que se deben trabajar para prestar un buen servicio y enfocar la prestación del mismo con estos atributos.

Los usuarios de servicios odontológicos del SGSSS perciben la falta de oportunidad y continuidad como factores desencadenantes de abandono de tratamiento.

El costo-beneficio de los pacientes que acuden al servicio odontológico particular se ve evidenciado, en que ellos reflejan este costo a la satisfacción de acuerdo a la calidad del servicio prestado, garantía de materiales, etc., a diferencia del paciente que consulta a su EPS, quien acude a esta por no incrementar sus costos siendo este también un costo-beneficio.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración durante el proceso y culminación de esta investigación a los profesores Dr. Wilson Giovanni Jiménez y Dr. Fredy Rodríguez P., docentes de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, por sus aportes y guía durante el proceso de la investigación, y a todas las personas entrevistadas quienes nos permitieron llegar a un concepto más estimado de acuerdo al tema de investigación.

Bibliografía

- Abadía C. (2006). Los sistemas de seguridad y atención en América Latina y los efectos en el ejercicio de la odontología: Inequidad e injusticia. **Ética y Odontología. Una Introducción**. Editores: Cardozo de Martínez Carmen, Rodríguez E., Lolas F., Quezada A. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile. Editorial Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo; 1, 59-74.
- Acosta, L., Burrone, M. S., López de Neira, M. J., Lucchese, M., Cometto, C., Ciuffolini, B. (2011). Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enferm. glob.* [revista en internet]. Ene [citado 2013 Jun 23]; 10(21): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000100014>.
- Acosta, L., Burrone, M. S., López de Neira, M. J., Lucchese, M., Cometto, C., Ciuffolini, B., Didoni, M., Jure, H., Acevedo, G., Estario, J. C., Fernández, A. R. (2011). Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enferm. glob.* vol. 10 no. 21 Murcia ene. Scielo <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000100014>
- Agudelo, A. A., Valencia, L. Y., Oullon, E., Betancur, L. G., Restrepo, L. M., Peláez, L. V. (2008). Satisfacción y factores asociados en estudiantes usuarios del servicio odontológico de la institución prestadora de servicios de salud "IPS universitaria" (Medellín) *Satisfaction*

and associated factors in students who use the dental services of the health care institution. *odont.*

- Betin, A. (2009). Satisfacción de los pacientes respecto a calidad de la atención odontológica en una institución pública universitaria de la ciudad de Cartagena. *Duazary Revista de Facultad de Ciencias de la Salud.* 2009 Vol 6, No 2.
- Blumenthal, D. (1997). The future of quality measurement and management in a transforming health care system. *JAMA.* Nov. 19; 278(19):1622-5.
- Bucchi, C., Sepulveda, C., Monsalves, M. J., Bustos, L. (2012). Descripción de la satisfacción usuaria de pacientes que reciben atención de urgencia dental en cinco establecimientos de atención primaria de salud. *Int. J. Odontostomat.*6(3):275-280.
- Cadavid-Gallego, E. A., Valencia-Andrade, E., Ivorra-Valero, J. (2013). Programa de auditoría para el mejoramiento de calidad de la atención de salud en Estudios e Inversiones Médicas S. A.
- Cuasapaz-López, J. W., Pérez-Sandoval, M. D. (2012). Plan de Atención con Calidad y Calidez para los usuarios del subcentro de Salud Bolívar. (Doctoral dissertation).
- Daphne, Y. (2005). Evaluación de la calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la Corporación Merideña de Salud en el municipio Libertador del Estado Mérida. *Acta odontológica Venezolana;*(1):110-114.
- Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación.* México D. F.: Editorial La Prensa Médica Mexicana.
- Goetz, K., Campbell, S. M., Broge, B., Dörfer, C. E., Brodowski, M., & Szecsenyi, J. (2012). The Impact of intrinsic and extrinsic factors on the job satisfaction of dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology;* 40(5),474-480.
- Hincapié-Ramírez, A., Carvajal, F. A., Sánchez, L. A., Arias, R. O. (2001). Satisfacción de los usuarios frente a la calidad de la atención prestada en el programa de odontología integral del adolescente y ortodoncia; User´s satisfaction with the quality of care given the program of comprehensive dentistry for the adolescent and orthodontics. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq.,* 15(2), 5-11.
- Ibarra, Z. (2004). Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del Instituto de Previsión del Profesorado de la Universidad Central de Venezuela, durante el último trimestre del 2004; Venezuela.
- Jiménez-Cangas, L., Báez-Dueñas, R., Pérez-Maza, B., Reyes-Álvarez, L. (1996). Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online], vol.22, n.1 [citado 2013-01-29], pp. 15-16. Disponible en: <<http://>

scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

Lara, N., López, V., Morales, S., & Cortés, E. (2000). Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal. *Rev. ADM*; 52(5), 175-179.

Lee, W. I., Chen, C. W., & Wu, C. H. (2010). Relationship between quality of medical treatment and customer satisfaction-a case study in dental clinic association. *International Journal of Innovative Computing, information and Controls*;6(4)1805-1822.

López, D. (2013). Estrategias de Atención de Calidad y Calidez a Usuarios de la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Universidad regional autónoma Uniandes. <http://www.dspace.uniandesonline.edu.ec/bitstream/123456789/576/1/Tesis%20Uniandes.pdf>.

Márquez-Rodríguez, J. A., Navarro-Lizaranzu, M. C., Cruz-Rodríguez, D., Gil-Flores, J. (2004). Why are people afraid of the dentist? RCOE [revista en internet]. Abr [citado 2013 Jun 23]; 9(2): 165-174. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1138-123X2004000200003>

Preciado, P., Urbano, I. 2012. Barreras de acceso a los servicios preventivos y correctivos de Odontología. Biblioteca Minerva. Biblioteca Hidelbrando Perico Afanador. Especialización Administración Hospitalaria Universidad EAN <http://repository.ean.edu.co/handle/10882/2263>.

McAlexander, J. H., Kaldenburg, D. O., & Koenig, H. F. (1984). Service quality measurement, *Journal of Health Care Marketing*;14(3), 34-40.

Nordblad, A. (2012). Oral health quality indicators.

Quintero-Gutiérrez, L. M., Vizcaíno-Moreno, W., Gómez-Saavedra, E. (2013). Diagnóstico y propuesta de mejoramiento de los procesos de asignación-solicitud de citas y manejo de archivo de historias clínicas en una IPS de Saludcoop.

Ramos, M. C. P. (2005). Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS.

Rojas-Alcayaga, G., & Misrachi-Launert, C. (2004). The dentist-patient interaction and the psychological meaning of the mouth. *Av Odontoestomatol* [online], vol.20, n. 5 [cited 2013-01-30], pp. 239-245 from: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852004000500004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0213-1285. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852004000500004>.

Suárez, B., Jeannet, S. (2011). Percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en el sud centro de Salud Puengasí 3 durante los meses de julio y agosto de 2011.

Diplomado Superior en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud. Universidad Técnica Particular de Loja. <http://dspace.utpl.edu.ec//handle/123456789/2854>.

- Triana-Estrada, J. (2006). La ética: un problema para el odontólogo. *Acta bioethica*; 12(1), 75-80.
- Vargas, A. (2011). Aportes de la calidad del servicio en clínicas dentales. Universidad Politécnica de Madrid http://oa.upm.es/13058/1/INVE_MEM_2011_109163.pdf.
- Velandia-Salazar, F., Ardón-Centeno, N., Cardona-Uribe, J. F., & Jara-Navarro, M. I. (2005). Comparación de la forma cómo las encuestas de calidad de vida en Colombia indagan sobre la calidad de los servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*; 4(8).
- Weinstein, P., Milgrom, P., Ratener, P., Read, W., & Morrison, K. (1978). Dentists perceptions of their patients: relation to quality of care. *Journal of PublicHealthDentistry*; 38(1), 10-20.

Experiencias del modelo de atención de Javesalud IPS en el marco de la estrategia del cuidado primario

Carlos Guillermo Ávila Camelo*

Mónica Liliana Cornejo Jiménez**

Beatriz Eugenia Florez Sierra***

Tatiana Lasprilla Romero****

Yamileth Rodas Morales*****

* Odontólogo general, Universidad Nacional de Colombia. cgavilac@hotmail.com

** Médica y cirujana, Universidad Industrial de Santander. mlcornejoj@gmail.com

*** Médica general, Universidad Metropolitana de Barranquilla. beatrizfloressierra@hotmail.com

**** Enfermera profesional, Pontificia Universidad Javeriana. tatilasrom_84@hotmail.com

***** Administradora de empresas, Corporación Unificada Nacional. yathromo@yahoo.com

Agradecimientos

A Javesalud IPS por permitir referenciarlos en su modelo de atención para el desarrollo del presente trabajo.

Resumen

Marco conceptual: el modelo del sistema de salud ha ido adaptándose a cambios de las épocas en el contexto económico, social y político, que lo condicionan directamente. De ello se retoma la atención primaria en salud y cuidado primario buscando una mayor consecución de resultados en salud, y satisfacción del paciente.

Metodología: se realizó una revisión de documentos institucionales de Javesalud IPS, buscando identificar el desarrollo de cuidado primario analizándolo por atributos de atención primaria en salud.

Resultados: se evidenció el desarrollo de un modelo de atención en el marco del cuidado primario ambulatorio y la medicina familiar, teniendo como centro el tratamiento integral

del paciente, apoyándose en la prestación de servicios mediante las redes integradas de servicios de salud.

Conclusiones: a pesar del esfuerzo institucional para el desarrollo del modelo de atención basado en cuidado primario ambulatorio, ello depende de factores externos a la institución (normatividad, políticas en salud, etc.).

Palabras clave: atención primaria en salud (APS), cuidado primario (CP), redes integradas de servicios de salud (RISS), medicina familiar, atributos, modelo de atención.

Abstract

Background: The health system model has changed due to the pass of ages and the economic, social and political context, that makes conditional its development. Due to that, it has been taken up again de Primary Care/Primary Care concepts, searching for better outcomes in health and patients expectation.

Methodology: It has been carried out a review of institutional files of Javesalud IPS, trying to identify a Primary Care based attention model taking on an analysis by Attributes.

Results: It has been detected a development of a Primary Care based attention model focusing in the integral treatment of patient, supported in the delivery of health services on Integrated Health Services Net.

Conclusions: Although the institutional efforts on the Ambulatory Primary Care based attention model, it always will depend of external factors to the institute (normativity, health policies, etc.).

Keywords: primary health care (PHC), primary care (PC), integrated health care networks (RISS), family medicine, attributes care model.

Experiences care model Javesalud IPS within primary care strategy

1. Justificación

El modelo de salud implementado en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, junto con algunos aportes de lo que fue la Ley 10 de 1990 y lo que antecede a ello en cuanto al tema se refiere, ha venido incorporando en su estructura diversas modificaciones dado que los contextos social, político y económico no son ajenos a la forma como se desempeña dicho modelo, por el contrario, lo condicionan profundamente.

De esta manera se observa, que el ejercicio de las profesiones que se relacionan con los diversos niveles y actores del SGSSS, se ve enmarcado en un tipo de atención que apunta a la calidad desde costo-efectividad (Congreso de la República de Colombia, 1993) como también, procedimientos estandarizados para el tratamiento enfocado en la enfermedad (Ministerio de la Protección Social, MPS, 2006); y aunque se ha dicho que los beneficios del actual modelo de salud han llegado cada vez a una mayor cantidad de colombianos (Como lo demandan los principios de la Ley 100) (Congreso de la República de Colombia, 1993), la realidad suscita el preguntarse, ¿este modelo es lo que en realidad necesita el país?

Las dificultades del sector de la salud, tanto en lo económico, como en lo social, pueden depender en parte de un factor cultural histórico (la anomia¹ p. ej.), lo cual no desconoce que el modelo de la salud como tal no esté respondiendo adecuadamente a las necesidades de

la población; y en busca de mejorar dicha situación se ha retomado en la Ley 1438 el concepto de la atención primaria en salud (OMS, 1978), que otros países han adoptado como una estrategia promisorio, adaptándola a las particularidades de cada uno de ellos.

De esta manera se hace pertinente reflexionar un poco acerca de las experiencias obtenidas en este campo y cómo se articulan con las herramientas y exigencias dadas por la normatividad relacionada con la APS, como la Ley 1438, y así mismo como los diversos actores del SGSSS, han venido incorporando este modelo de atención mediante la ejecución de APS, teniendo en cuenta de igual forma que la APS está conceptual y operativamente fundamentada en los atributos que la constituyen (gobernanza, condiciones económicas, recursos, acceso, continuidad, coordinación, integralidad, calidad, eficiencia y equidad).

2. Marco Teórico

2.1 La atención primaria en salud de Alma-Ata

El 12 de septiembre de 1978, cada una de las 134 naciones por medio de sus representantes ante la OMS, lograron un producto que solicitaba a los gobiernos, a los actores del sector de la salud y del desarrollo de los países a los cuales representaban, que adoptaran medidas en pro de la salud de sus poblaciones. La conferencia define que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o en-

¹ Comprendida desde las ciencias sociales como la falta de normas o incapacidad de la estructura social de proveer a ciertos individuos lo necesario para lograr las metas de la sociedad.

fermedades, es un derecho humano fundamental”, y que este debe ser un objetivo a alcanzar por parte de las diversas sociedades, y siendo solo posible mediante el compromiso de todos los entes que lo integran, mediante la “intersectorialidad” entre diversos puntos tratados durante la misma.

2.2 Definición de APS

Hay variabilidad en el concepto de APS, entre todas ellas, se encuentra el que la define como “esencial, práctica, científicamente viable, socialmente aceptable, universalmente aceptable, viable en cuanto a costos, de función central y especialmente enfocada sobre todo el desarrollo social y económico, contacto en el primer nivel, elementos primarios y continuidad en los procesos de prestación de servicios de salud” (Starfield B., 1994). De igual forma y teniendo en cuenta que la APS no consta de unos “planos” para su interpretación y ejecución, en los diversos países que la han empleado, lo han hecho a su forma adicionando lo bueno de las experiencias obtenidas durante el proceso (Kekki). Existen comparaciones entre el “enfoque especialista” y el enfoque brindado por la atención primaria en salud (figura 1) y el cuidado primario como los realizados por la HEN (Health Evidence Network) donde se ha demostrado que en donde se ha fortalecido el cuidado primario, se han reducido cifras de morbilidad y mortalidad. Por otro lado, estudios realizados en países desarrollados han demostrado que cuando se implementan sistemas de salud especializados aumenta la brecha de inequidad en el acceso a los servicios de salud, mientras que en países con bajos ingresos con una orientación más fuerte hacia la APS, han demostrado ser más equitativos y con una mejor accesibilidad (Atun R., 2004).

Figura 1. Comparación entre atención primaria y especializada

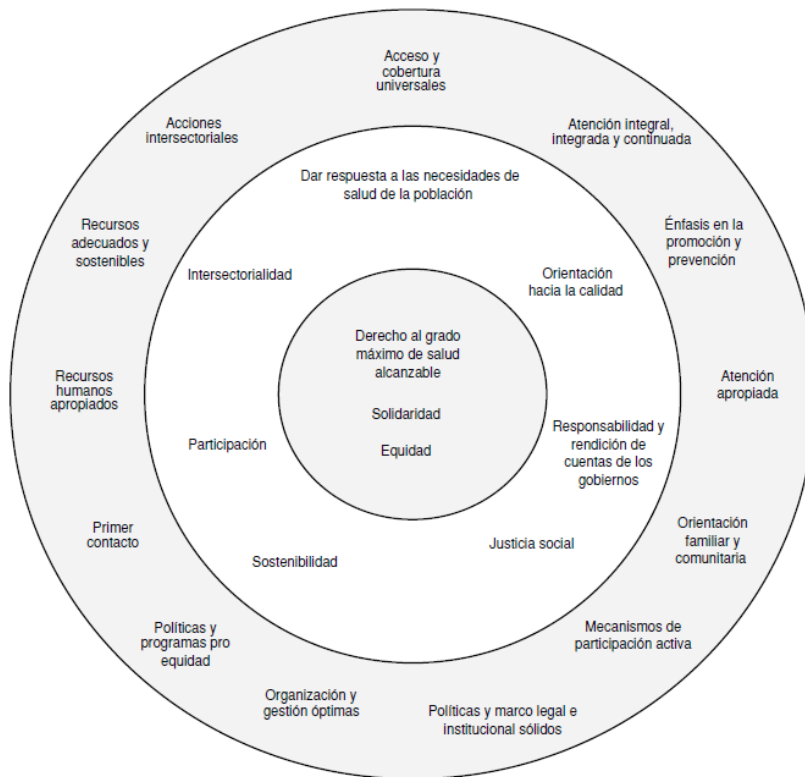
ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Atención centrada a la atención básica de salud efectiva de las personas y la comunidad. Debe ser de acceso universal.	Atención eficaz a enfermedades específicas. Ligado a necesidades y urgencias médicas.
Su objetivo es prevenir las enfermedades.	Su objetivo es mantener a las personas con vida.
La enfermedad se manifiesta en estadio más precoz.	La enfermedad se presentan en estadios más avanzados, cuando el paciente ha sido derivado.
Desarrolla actividades de prevención	Desarrolla actividades para el tratamiento de la enfermedad.
Capacitados para atender las enfermedades más prevalentes de la población, capaces de manejar varios problemas al mismo tiempo.	Capacitados para atender enfermedades específicas a profundidad, incluyendo las más raras.

Tomado de Rosas (2013).

Ya en el nivel operativo, se ha demostrado que en los sistemas de salud con enfoque de APS los profesionales de la salud generan un costo menor, con una mayor satisfacción por parte del paciente y sin tener evidencia alguna de una disminución en la calidad técnica del servicio prestado. Una dificultad para los estudios es que no se han estandarizado (o no se pueden es-

tandarizar) los equipos de salud, las definiciones mismas y programas que las componen, las diferencias que hay entre los diversos sistemas de salud en los países, dado que a diferencia de la atención secundaria que se encuentra claramente definida, la APS consta de más de 92 definiciones y varía su interpretación de país en país, aunque se fundamenta en unos valores, principios y elementos esenciales (figura 2).

Figura 2. Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la atención primaria de salud (Macinko, 2007)



2.3 Renovación de la APS sugerida por la OMS y la OPS

Mediante la resolución CD44,R6 de 2003 (OMS, 2003) el objetivo de la renovación de las APS (figura 3) es obtener resultados sostenibles de salud para todos, para lo cual se articula una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros (Macinko, 2007).

COMPARATIVO DE DEFINICIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Alma-Ata	Instituto de Medicina de Norte América	Documento APS renovada OPS/OMS
<p>“La atención primaria es la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un costo aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo”.</p>	<p>“Atención primaria es la provisión de servicios de salud integrados y accesibles, por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad”.</p>	<p>“La atención primaria es una de las vías más eficientes y equitativas de organizar un sistema. Su implementación exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención”.</p>

Tomado de (Rosas, 2013).

2.4 Camino a seguir

La OMS despliega para la ejecución de la APS los siguientes pilares (tomado de cada uno de los 6 tomos de la serie de “Renovación de la Atención Primaria en las Américas”).

Estrategias para el desarrollo de equipos de APS (OPS/OMS, 2008).

La formación en medicina orientada hacia la atención, acreditación de programas de formación de medicina orientada a APS y residencias médicas (OPS/OMS, 2008), (OPS/OMS, 2010), (OPS/OMS, 2011).

Redes integradas de prestadores de servicios (OPS/OMS, 2010).

Servicios farmacéuticos (OPS/OMS, 2013).

2.5 Despliegue de APS por atributos

Conforme se han realizado varios intentos para consolidar conceptual y operativamente la atención primaria en salud, esta ha sido definida mediante atributos que son necesarios para su aplicación desde su direccionamiento hasta el nivel operativo. De igual manera cada atributo pertenece a una dimensión, que varía dependiendo de la línea de investigación que haya desarrollado el estudio, aquí se exponen según una de ellas (Kringos et al, 2010):

2.5.1 Dimensión de estructura

2.5.1.1 **Gobernanza:** consiste en el direccionamiento que se da desde las políticas en salud a través de regulación, abogacía, recolectando y usando información. Se identifican 7 puntos importantes como objetivos o metas en salud: políticas para equidad en el acceso a servicios de cuidado primario (asignación de recursos, personal, etc.), descentralización de la gestión de cuidado primario y el desarrollo de servicios (ajuste de acuerdo a las necesidades propias de población en su ubicación geográfica), gestión de calidad de la infraestructura (mecanismos necesarios para que se dé la prestación de servicios con calidad), tecnología apropiada en cuidado primario (en términos de técnicas, medicamentos, equipamiento y procedimientos), abogacía del paciente (orientación del servicio al paciente), apropiación de las prácticas de cuidado primario e integración del cuidado primario en el sistema de salud.

2.5.1.2 **Condiciones económicas:** consta de 6 elementos: sistema de financiamiento de la salud (impuestos, aseguramiento en salud, o recursos privados), gastos en salud, gastos de cuidado primario, ocupación del recurso de trabajo de cuidado primario, remuneración del recurso de trabajo por incentivos a la oferta e ingresos por la prestación de servicios de cuidado primario.

2.5.1.3 **Desarrollo del recurso de trabajo:** consiste en el perfil de los profesionales que conforman los equipos de trabajo de cuidado primario. Consta de 6 elementos: perfil del personal de cuidado primario, reconocimiento y responsabilidades, educación y anclaje de

profesionales, asociaciones de profesionales, estatus académico del cuidado primario como disciplina y desarrollo para el futuro del recurso de trabajo de cuidado primario.

2.5.2 **Dimensión de proceso:** para efectos del presente trabajo, se hará énfasis en los atributos correspondientes a dicha dimensión que se definen a continuación.

2.5.2.1 **Acceso/primer contacto:** primer contacto de la población con el sistema sanitario. Supone la provisión eficiente de los servicios que se utilizan como primer contacto con el sistema sanitario siempre que surge una necesidad de atención. Asegurar la accesibilidad implica identificar las barreras (geográficas, económicas, culturales, organizacionales) y valorar las estrategias adecuadas para la consecución de la accesibilidad (Rosas, 2013). El acceso adecuado y filtro de los pacientes en atención primaria conllevará al rápido diagnóstico y tratamiento de las dolencias de los pacientes, así como también, disminuirá las referencias a los especialistas y por tanto disminuirá el tiempo de tratamiento, agilizará la consulta de los pacientes y se ahorrará más en salud.

2.5.2.2 **Continuidad/longitudinalidad:** Se define como el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios; este término tiende a confundirse con la continuidad, que es el seguimiento por el mismo médico de un problema específico del paciente, lo cual no exige una relación personal, médico-paciente estable, con adecuados registros se pueden concatenar los eventos de atención de

un episodio. Establece una relación personal duradera entre el profesional y los pacientes, la unidad de salud debe identificar su población objetivo definiendo una población de referencia; ya sea mediante la circunscripción territorial de usuarios o por inscripción voluntaria de los paciente en una unidad de salud, posibilitando una relación más humanizada y una atención más integral, lo que proporciona mayor satisfacción del paciente (Giovanella).

2.5.2.3 Integralidad: la integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud. (Starfield B., 1992). Este principio que rige la APS se aplica por medio de las redes integradas de servicios de salud que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales o colectivos, más eficientes, equitativos y continuos a una población definida.

2.5.2.4 Coordinación: la coordinación, otro atributo esencial de la atención primaria, implica la capacidad de garantizar la continuidad de la atención (acción ininterrumpida) al interior de la red de servicios. Para que el equipo de APS la lleve a cabo, necesita de tecnologías de gestión clínica, mecanismos adecuados de comunicación entre profesionales y registro adecuado de informaciones. La esencia de la coordinación consiste en disponer de información acerca de los problemas previos, para lo que se requiere de un registro médico de seguimiento longitudinal (a lo largo de la vida) del paciente que regrese al médico general luego de haber obtenido la atención del espe-

cialista, para apoyo en la elucidación del diagnóstico o en la decisión y manejo terapéuticos.

2.5.3 Dimensión de resultados

2.5.2.1 Calidad: es grado en el cual la prestación de servicios de cuidado primario logra satisfacer las necesidades de los pacientes como metas y estándares en salud.

2.5.2.2 Eficiencia: es el balance entre los recursos disponibles en el sistema para prestar servicios a los pacientes y la consecución de resultados y se aborda desde tres perspectivas.

2.5.2.3 Equidad en salud: se le asigna una importancia relativamente pequeña como atributo, y es la ausencia de diferencias evitables en el estado de salud a través de los diversos grupos poblacionales.

Comparación de distribución de atributos y dimensiones según las líneas
de investigación de atención primaria en salud

Línea del Bárbara Starfield - Instituto Americano de Medicina	Línea canadiense
<p><u>Dimensión de estructura</u></p> <p>Gobernanza, condiciones económicas, desarrollo de la fuerza de trabajo</p> <p><u>Dimensión de proceso (Nivel asistencial)</u></p> <p>Acceso-primer contacto, continuidad, integridad y coordinación-</p> <p><u>Dimensión de resultado</u></p> <p>Calidad, eficiencia y equidad.</p> <p>Tomado de (Kringos <i>et al.</i>, 2010).</p>	<p><u>Atributos de práctica clínica</u></p> <p>Accesibilidad-primer contacto, accesibilidad-acomodación, integralidad de los servicios, continuidad de la información, gerencia de la continuidad y calidad técnica del cuidado clínico.</p> <p><u>Dimensiones estructurales de la práctica</u></p> <p>Gestión de la información clínica, equipos multidisciplinarios, mejoramiento de la calidad de los procesos, integración de sistemas.</p> <p><u>Dimensiones orientadas a la persona</u></p> <p>Abogacía, continuidad relacional, sensibilidad cultural, cuidado centrado en la familia, comunicación interpersonal, respeto, cuidado integral de la persona.</p> <p><u>Dimensiones orientadas a la comunidad</u></p> <p>Participación comunitaria, equidad, equipos intersectoriales, orientación de la población.</p> <p><u>Dimensiones de desarrollo del sistema</u></p> <p>Disponibilidad, responsabilidad y eficiencia-productividad.</p> <p>Tomado de (Haggerty, 2007).</p>

3. Marco Legal

3.1 Ley 1438 de 2011 (Congreso de Colombia, 2011). Retoma el concepto de atención primaria en salud, integrándolo al actual SGSSS, solicitando acciones en salud integrales con transectorialidad, coordinación intersectorial, participación social, comunitaria y ciudadana haciendo énfasis en “la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios”. Además se regirá por principios de; universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

3.2 Plan decenal 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). La atención primaria en salud claramente es retomada en el plan decenal que es normativizado por la resolución 1841 de 2013, asociándose en cada una de las siguientes dimensiones:

- Hábitat saludable, modos y estilos de vida saludables, salud mental, prevención y atención integral en salud reproductiva, enfermedades reemergentes y desatendidas, condiciones y situaciones endemopandémicas, estrategias transversales a los componentes sobre enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas, endemoepidémicas e inmunoprevenibles, atención integral de niños, niñas y adolescentes, envejecimiento y vejez.

3.3 Proyecto de Ley 210 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Este busca reformar el SGSSS en el país, implementando como cambios relevantes la asignación del papel de pagador a solo una entidad estatal para todos los prestadores, y la distribución de la población mediante áreas de gestión sanitaria, buscando que los aseguradores y prestadores relacionados a cada zona, tengan un mayor conocimiento de los determinantes de la población de manera específica, lo cual permita dar mayor impacto a los resultados de las atenciones en salud.

4. Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de APS como estrategia aplicable a los sistemas de salud, y de manera inherente a esta, de CP, más específico para el nivel asistencial, desagregando estos términos conceptualmente en sus dimensiones y atributos. Luego realizó una detección, con base en los documentos institucionales desarrollados desde el 2011 a 2013 que hagan referencia al modelo de atención de Javesalud IPS, de elementos relacionados con los atributos correspondientes a la dimensión de proceso (que posee mayor relación con el nivel asistencial y el CP); acceso/primer contacto, continuidad/longitudinalidad, integralidad y coordinación.

5. Resultados

Tras revisión realizada a los documentos institucionales de Javesalud IPS, se encontraron referentes al CP como parte de su direccionamiento estratégico el cual identifica como una fortaleza el desarrollo de CP otorgándole mayor competitividad y se adosa a la misión y visión, objetivos estratégicos de la institución, sin embargo se denotan oportunidades de mejora en la visualización de la estrategia, dependiente de las RISS que requieren comunicación amplia, plural y efectiva para el desempeño y obtención de logros, para lo cual se proyecta a su vez como una red nacional de CP. También se busca enfocar el manejo integral de enfermedades por parte de varios especialistas, aportar a la formación de profesionales especializados en el ámbito del CP ambulatorio. Se busca consolidar un modelo propio con base en APS, centrado en el paciente, la medicina familiar y las RISS.

Algunos resultados alcanzados para el 2011 se presentan a continuación.

Figura 3

Diagnóstico temprano de cáncer de seno	9,5 %
Diagnóstico temprano de cáncer de cérvix	100 %
Tasa de rehospitalización de pacientes crónicos en 3 años	4,1 %
Tasa de bajo peso al nacer	13,3 por cada 1.000 nacidos vivos
Tasa de pacientes con HTA controlada	69,26 %
Tasa de pacientes con diabetes controlada	49,31 %

Se han gestionado oportunidades de mejora en cuanto al acceso y oportunidad, mientras que la satisfacción del paciente ha sido positiva en cuanto a la implementación de un modelo en el marco del CP ambulatorio dando como resultado una tasa de PQRS de 27,51 por cada 10.000 usuarios teniendo como meta 30. Javesalud ha implementado bajo el modelo de redes (figura 4) el SICSPA, constituyéndose como parte de una red (EPS) y como una red integrada de servicios en sí misma, creando sinergia entre sus diversas sedes. Ha establecido un modelo de atención integral centrada en el individuo y con prestación de servicios humanizada. En la matriz de identificación (figura 5) se disgregan elementos encontrados por cada uno de los atributos que se tuvieron en cuenta para el análisis.

Figura 4

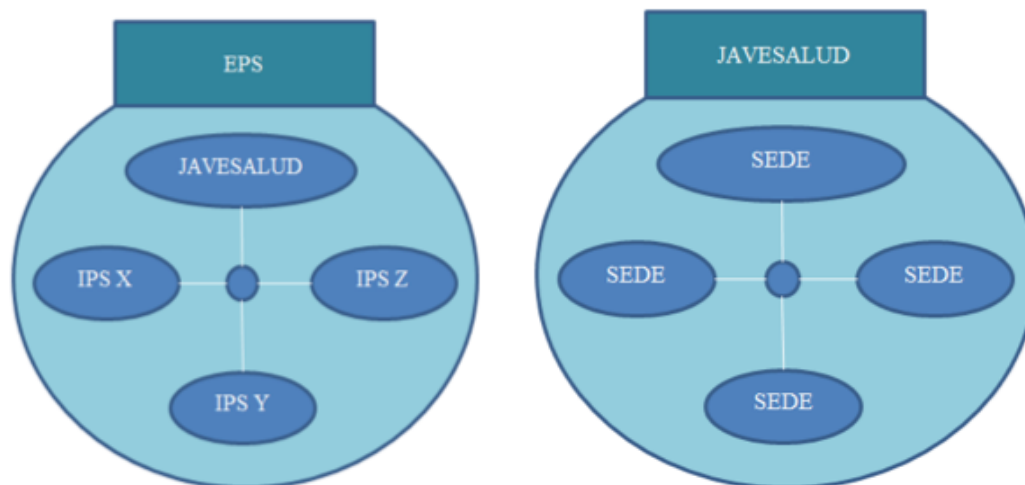


Figura 5

SICSPA	
Gestión de la seguridad y la calidad de la atención en el cuidado primario ambulatorio	Red, operaciones y atención al usuario
Modelo asistencial	Modelo de red y atención al usuario
Dirección médica	Dirección de red
Coordinadores médicos	Gerencia operativa, de acceso y servicio al cliente
Enfermeros	Coordinadores de sede
Personal asistencial	Supervisores
	<i>Back office y callcenter</i>

Javesalud ha integrado en su modelo de atención los principios de medicina familiar y preventiva, reconociendo los factores determinantes de la salud, condiciones biosociales, y perfiles de riesgo derivados del ciclo vital individual, género, ciclo vital familiar y ocupación dentro del marco de la promoción y la prevención, generando como resultados una atención integral y mayor satisfacción del paciente tras la resolución de sus necesidades de casos específicos que requieran el manejo por esta especialidad. A continuación se presenta la matriz mediante la cual se identificaron elementos pertenecientes a atributos de CP para cada dimensión.

Matriz para identificación de elementos referentes a atributos de Cuidado Primario en Javesalud IPS	
Atributo	Que elemento(s) se evidencia(n)?
ACCESO	Acceso bajo los principios de dignidad humana, excelencia
	Gestión del acceso oportuno a los servicios mediante monitorización los tiempos de atención
	Servicio al cliente brinda herramientas al usuario y su familia para el adecuado entendimiento de los trámites necesarios para su atención en salud
	Implementación del boletín del usuario en el que se da información importante sobre servicios y novedades
	Nuevo modelo de servicio busca mejorar el acceso, por otro lado, información estadística de tiempos de espera, volumen de personas por servicio, etc
	Ruta de Acceso a diferentes sedes en el norte de la ciudad
	Que elemento(s) no se evidencia(n)?
CONTINUIDAD/ LONGITUDINALIDAD	Asignación y cancelación de citas desde la página de intranet por cada uno de los usuarios
	Infraestructura facilitando acceso a usuarios con discapacidad
	Facilitadores de las diferentes EPS para autorización de servicios
	Cubrimiento de Ruta Circular en las sedes del centro
	Que elemento(s) no se evidencia(n)?
INTEGRALIDAD	Posibilidad de agendar citas de forma presencial y por vía telefónica
	Posibilidad de obtener información general por vía telefónica
	Orientadores, de puerta, sala y cañeros
	Cultura de trato al paciente, escucha del mismo para el direccionamiento en el servicio
	Sistemas de información
	Estandarización de procesos
	Ruta circular entre sedes
	Atención personalizada
	Demanda inducida
	Ciclo vital individual y familiar
Capacidad de direccionamiento interno y externo	
Boletín del usuario	
Que elemento(s) no se evidencia(n)?	
COORDINACIÓN	El sistema de salud condiciona a los relación medico-paciente y no permite generar vínculos estrechos en la misma
	No se cuenta con el personal suficiente para poder implementar un modelo completamente basado en APS y CP
	Que elemento(s) se evidencia(n)?
	El atributo se incluye en la Plataforma estratégica. La Visión proyecta para 2016 constituir una RISS en CP ambulatorio
	Ser una RISS se denota como objetivo estratégico
	El SICSPA esta estructurado bajo un modelo de redes compuesto por modelo asistencial y modelo de red y atención al usuario
	Las sedes operan bajo una única plataforma estratégica organizacional.
	El sistema de información permite integrar las diferentes sedes en línea ya que hay una única base de datos.
	Diseño de portafolios de las sedes para mejorar oferta respondiendo a las necesidades de los usuarios como red integrada de servicio.
	Canales dedicados de internet de fibra óptica; servidores estratégicos de alta disponibilidad como de datos como de aplicaciones.
Que elemento(s) no se evidencia(n)?	
COORDINACIÓN	No tienen implementado en el modelo de atención técnicas y procedimientos para brindar cuidados paliativos.
	No se evidencia atención en todas la etapas del ciclo vital individual y familiar, ya que no se brinda atención especializada para pacientes geriátricos
	No se evidencia en los niveles de atención técnicas y procedimientos para la atención extramural.
	Que elemento(s) se evidencia(n)?
	Red de servicios interinstitucionales unida por un sistema de comunicación entre sus sedes.
Cuenta con una adecuada relación extra institucional que les garantiza la prestación de servicios en forma oportuna y eficiente	
Dentro de sus valores corporativos se encuentra la coherencia y con base en este principio se desarrolla la planeación estratégica del año 2012	
SICSPA integra y articula la ejecución de procesos y el desempeño de las áreas a nivel institucional	
La gestión en red busca garantizar el funcionamiento de la cadena de producción de servicios, recurso humano, físico, insumos, dispositivos etc	
Que elemento(s) no se evidencia(n)?	
Se evidencia insuficiencia de la pátan eléctrica en los servicios de radiología y odontología para afrontar una contingencia en varias de sus sedes.	

6. Discusión

Se encontraron elementos en la ejecución de la plataforma estratégica, y que los procesos y áreas están dirigidos al desarrollo de la estrategia del CP a nivel institucional evidenciando el esfuerzo por establecer un modelo de atención humanizado, basado en la medicina familiar dirigido a satisfacer las necesidades en salud de la población que trata. Dado que el presente estudio se centró en una institución prestadora de servicios, se realizó el enfoque en los atributos de la dimensión de proceso, aclarando que no se puede aplicar el atributo de longitudinalidad, dado que, no se puede asignar el recurso humano para que se presencie dicho atributo. Eso va estrechamente relacionado a que por más que funcionen o sean empleados elementos referentes al CP, se debe tener en cuenta que el Sistema de Salud suele presentar cambios normativos relativamente acelerados que afectan la capacidad de respuesta de los actores frente a las

necesidades de la población, y que en la actualidad, se vislumbra un período de incertidumbre dadas las iniciativas de reforma por parte de los entes rectores, y aunque se están dando iniciativas que vendrían a soportar la dimensión de estructura de APS, aún no son lo suficientemente claras para permitir la ejecución de esta estrategia por parte de los actores que participan en el Sistema de Salud, resaltando que los atributos de gobernanza, economía y recursos de trabajo, interpretados como la voluntad política y de diversas entidades para el buen desempeño del sistema de salud, la intersectorialidad y la disponibilidad tanto de personal humano como de infraestructura y consolidación de RISS, impiden que la intervención para este caso, de los prestadores de servicios de salud, haga parte de la estrategia de APS como parte de un todo y del CP en el desarrollo de sus modelos de atención.

7. Conclusiones

- Las entidades rectoras del sistema de salud deben ser garantes, mediante políticas en salud de la viabilidad de la APS como estrategia. Sin embargo se debe llegar a un punto de equilibrio entre la APS como concepto y lo aplicable en el SGSSS.
- Las IPS, en este caso, Javesalud, a pesar del desarrollo intrainstitucional que evidencien en el marco del CP, requieren del apoyo político e intersectorial que incentiven y viabilicen el desarrollo de dicha estrategia y logren un impacto significativo en la población.

Bibliografía

- Atun R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Europa.
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993., (pp. Artículo 2, literal a).
- Giovanella, L. (n.d.). *Atención APS*.
- Haggerty, J. (2007). Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *Annals of family medicine*, 336-344.
- Kekki, P. (n.d.). *Primary health care and the Millennium Development Goals: issues for discussion*. Helsinki, Finland.
- Kringos *et al.* (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, 1-13.

- Macinko, J. (2007). La renovación de la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2012). Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS (versión final ajustada). Convenio 485 MPS y OPS/OMS línea de Gestión Integral en Salud Pública. Bogotá.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social, MPS. (2006). Decreto 1011 de 2006.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2013). Proyecto de ley (ordinaria) 210. Bogotá.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2013). Resolución 1841 de 2013.
- OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. Kajastán.
- OMS. (2003). Resolución CD44,R6. Washington D.C., USA.
- OMS. (2008). La atención primaria en salud más necesaria que nunca, informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza.
- ONU. (2000). Resolución 55/2, Declaración del milenio.
- OPS/OMS. (2008). Estrategias para el desarrollo de equipos de APS. Washington D.C., USA.
- OPS/OMS. (2008). La formación de la medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Washington D.C., USA.
- OPS/OMS. (2010). La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS. Washington D.C., USA.
- OPS/OMS. (2010). Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en Las Américas. Washington D.C., USA.
- OPS/OMS. (2011). Residencias médicas en América Latina. Washington D.C., USA.
- OPS/OMS. (2013). Servicios farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud. Washington, USA.
- Rosas, A. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta médica peruana*, 42-47.
- Starfield, B. (1992). Atención Primaria: Concepto, Evaluación y Política. *Oxford University Press*.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 1129-1133.



Factores influyentes en la satisfacción del cliente interno de la ESE Nuestra Señora del Carmen de Santa María – Huila

María Fernanda
Osorio Beltrán*

Resumen

Poco se ha tratado sobre la satisfacción del cliente interno en el área de la salud, desconociendo en alguna medida la importancia del bienestar del trabajador en su rendimiento laboral así como las repercusiones que esta podría generar en la misma satisfacción del cliente externo en los servicios de salud. El presente estudio da valor e indaga sobre los diferentes factores que inciden en la satisfacción e insatisfacción del cliente externo. Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo en el municipio de Santa María – Huila, se seleccionó la ESE Nuestra Señora del Carmen, la técnica empleada para la obtención de datos fue la encuesta la cual fue aplicada al total de los trabajadores de la institución divididos en 4 grupos, donde se destaca la influencia del entorno físico, el reconocimiento y las relaciones humanas dentro de la institución como factores clave para la satisfacción como clientes internos.

Palabras clave: satisfacción, cliente interno, salud, rendimiento laboral, servicios de salud, bienestar del trabajador.

* Psicóloga, Universidad Surcolombiana
mariafernandaosoriops@hotmail.com

Abstract

Little effort has been put forward concerning the satisfaction of the internal client in the health care industry, not knowing in some measure the importance in the well being of the worker on their performance, just like the repercussions that this one could generate in the same satisfaction of the external client within health care services. The earliest research is giving value and digging into the different factors that cause the satisfaction and dissatisfaction of the external client, a type of descriptive research took place in Santa María-Huila, where the ESE Nuestra Señora del Carmen was selected, and the technique that was used to obtain the data was a survey. All the workers of the institution were divided in 4 groups where the influence of the physical surrounding (environment), the recognition, the human relationships in the institution were clearly the stand out as key facts that contribute to the satisfaction of internal clients.

Keywords: satisfaction, internal customer, health, work performance, health, worker welfare.

Factors influencing internal customer satisfaction at ESE Nuestra Señora del Carmen of Santa María – Huila

Introducción

El cliente interno es aquel que pertenece a la organización, y que no por estar en ella, deja de requerir de la prestación del servicio por parte de los demás empleados.¹ La satisfacción del usuario interno, proveedor de servicios o trabajador, ha sido un gran desafío para las instituciones y organizaciones del siglo XX y es un desafío mayor para las instituciones del nuevo milenio. El sistema de salud tiene por tarea entregar un servicio de buena calidad a los usuarios externos, que constituyen la población sobre la cual recaen todas las actividades realizadas por sus funcionarios, pero también debe preocuparse por generar las condiciones para que cada uno de los profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares, realicen su actividad en un clima laboral óptimo que asegure el ejercicio de su función en forma efectiva y que dignifique aún más su condición de ser humano.

Según Arellano (2004) lo que motiva al trabajador es el deseo por cumplir necesidades más allá de las básicas y es por esto que logra mantenerse en un puesto de trabajo cumpliendo metas y requerimientos, algo muy parecido a lo que plantea Maslow en su pirámide cuando explica que el ser humano después de dar cumplimiento a sus necesidades básicas, contempla la posibilidad de realización en otros campos, de esta manera podría aspirar al reconocimiento y aprobación a nivel laboral como una fuente de recompensa que va más allá del salario.

Todo esto tiene que ver con la calidad de los servicios de salud percibida por el usuario externo,² pues si bien es cierto, la preparación del personal, así como la pericia e idoneidad es lo que principalmente buscarían al recibir un tratamiento o inclusive una consulta, vemos aspectos como la empatía generada en la interacción paciente-personal de salud, es tan importante como la facultad de acertar en el diagnóstico.

Material y Método

Se realizó un estudio cuantitativo-descriptivo de corte transversal en el municipio de Santa María, Huila, específicamente en la ESE Nuestra Señora del Carmen; empresa social del estado de primer nivel de complejidad, fue tomada como población objeto los trabajadores de la IPS en su totalidad como el universo del presente estudio, se incluyeron empleados de planta de la institución así como contratistas para realizar la investigación; para la clasificación de la población se tuvo en cuenta el área de desempeño laboral, como fuente de datos clave para obtener información sobre la afectación de esta variable sobre la satisfacción del cliente interno, al realizar la clasificación quedó dividida en 4 grupos de la siguiente manera:

- Grupo 1: profesionales (médicos, jefes de enfermería, psicólogos, odontólogos...).
- Grupo 2: técnicos en servicios de salud (auxiliares de enfermería, auxiliares de laboratorio, de higiene dental...).

1 Zeithaml A. Valarie. (2000). Marketing de servicios un enfoque de integración del cliente a la empresa, México, McGraw-Hill, 3pp.

2 Mejía, Carlos. (2004). Estudio de satisfacción de los usuarios. Resumen ejecutivo. Unisalud. Bogotá.

- Grupo 3: administrativos.
- Grupo 4: personal no profesional o técnico (conductores, vigilantes, personal de servicios varios).

El total fue de 78 trabajadores divididos en los anteriores grupos para categorizar y observar la afectación de cada área a evaluar. Se utilizó una adaptación de instrumento tipo encuesta Total Management Improvement, este instrumento es una escala tipo Likert que evalúa actitudinalmente al sujeto objeto de investigación frente a su satisfacción como usuario interno de la institución de salud, mide diferentes áreas que influyen en la satisfacción del cliente externo en las empresas puntuando con 5 a la opción si esta totalmente de acuerdo con la afirmación, hasta llegar a una puntuación de 1 para estar totalmente en desacuerdo con la afirmación. Los ítems fueron categorizados de esta forma:

- Conocimiento de los objetivos de su servicio.
- Desempeño funcionario.
- Eficacia/eficiencia/productividad.
- Toma de decisiones.
- Delegación de actividades y funciones.
- Comunicación y coordinación interna.
- Comunicación y coordinación externa.
- Infraestructura y entorno físico.
- Conocimientos sobre calidad de servicio.
- Creatividad.
- Compromiso.
- Reconocimiento y refuerzos o recompensas.
- Capacitación.
- Relaciones interpersonales en el ambiente laboral.

Se realizaron las encuestas escritas a cada uno de los trabajadores, cada encuesta viene con un sencillo manual y consentimiento informado en el cual se aclaran las condiciones y el compromiso del investigador a la hora del manejo y reserva de la información obtenida.

Resultados

En cuanto al personal se encuentra que la mayoría (93 %) tiene como modalidad de contratación ser contratista de la institución, como lo muestra la figura 1 (Distribución de la contratación).

Las puntuaciones más altas se obtuvieron de las áreas de desempeño del funcionario, compromiso y conocimiento de los objetivos del servicio

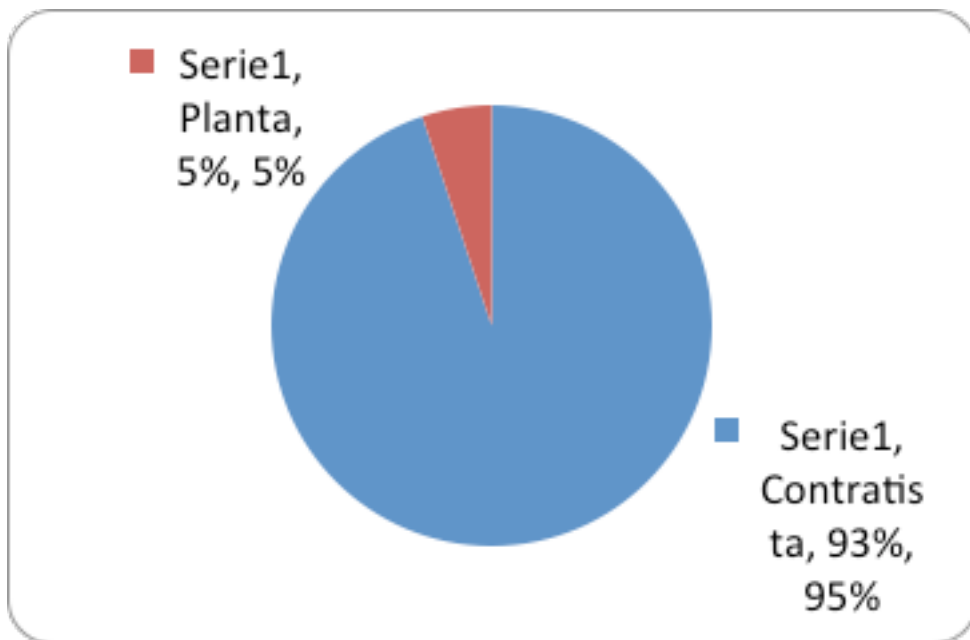


Figura 1. Distribución de la contratación

El 92 % de los funcionarios encuestados, indican que están claramente definidos los objetivos de la institución así como tienen conocimiento de los mismos. El 83 % está de acuerdo con los objetivos que tiene planteados la ESE Nuestra Señora del Carmen.

El 93% de los funcionarios encuestados, está de acuerdo o totalmente de acuerdo en que hacen realmente todo lo que está a su alcance para cumplir con las labores encomendadas. El 81 % de los funcionarios que contestan la encuesta manifiestan estar de acuerdo al decir que, todos trabajan para impulsar mejoras y desarrollar el servicio. De los encuestados, el 95 % manifiesta estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con estar dispuestos a hacer un esfuerzo extra para lograr el cumplimiento de una meta, esto lo podemos ver reflejado en las distribuciones de la encuesta en la figura 2 (Puntuaciones más altas).

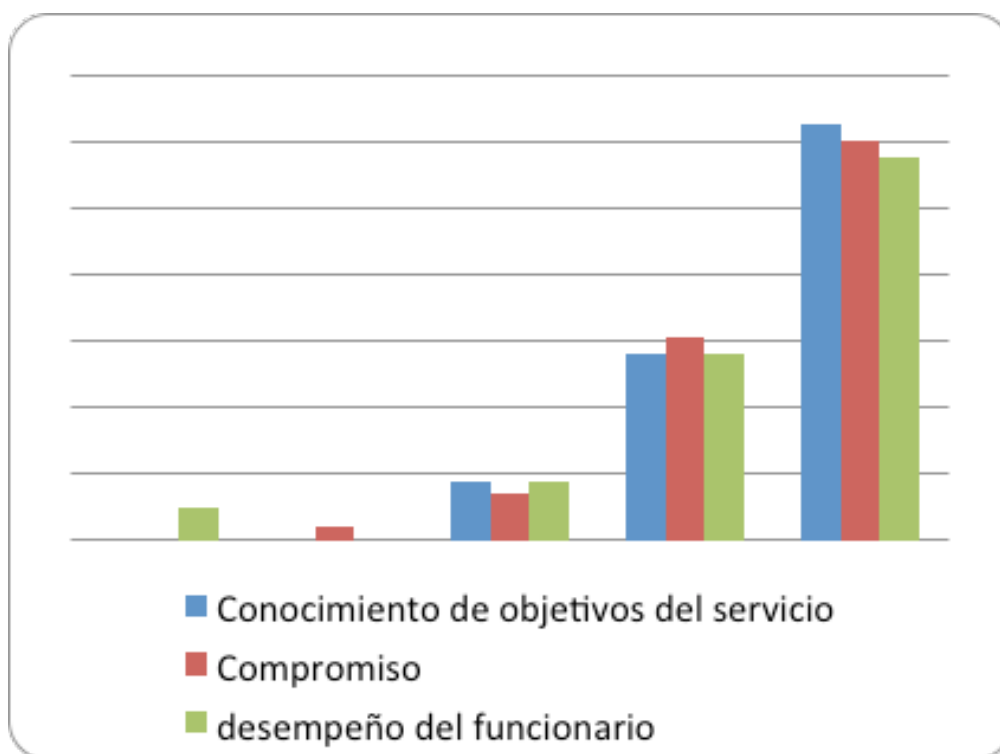


Figura 2. Puntuaciones más altas

De las catorce áreas o factores evaluados, tres obtuvieron la más baja puntuación. Estas están relacionadas con el entorno laboral, reconocimiento y recompensas, y capacitación del funcionario.

Infraestructura y entorno físico

Solo el 35 % está totalmente de acuerdo o de acuerdo con su entorno físico. Los subfactores peor evaluados son el espacio físico y la iluminación, el 50 % y el 43 % de los encuestados, respectivamente, considera no estar de acuerdo o totalmente en desacuerdo. El 53 % de los encuestados considera que el entorno físico mejora el bienestar y la eficacia de su servicio.

El 58 % considera que el nivel de ruido interfiere significativamente con el desarrollo de sus funciones y el 20 % considera no estar de acuerdo con que el ruido interfiere en la realización correcta de sus funciones.

El 45 % responde estar de acuerdo con que su área de trabajo o servicio cuenta con los equipos e insumos necesarios, y el 14 % considera no estar de acuerdo con la disponibilidad de equipos e insumos en su área o servicio.

Reconocimiento y recompensas

Solo el 15 % de los funcionarios encuestados está totalmente de acuerdo o de acuerdo respecto a la afirmación sobre si los funcionarios son más elogiados que criticados o corregidos. El 74 % opina que ha sido partícipe de los buenos resultados de la organización, el 11 % respondió no estar de acuerdo y el 0 % estar totalmente en desacuerdo. El 65 % refiere no estar de acuerdo con que las actuaciones de calidad sean gratificadas, mientras que el 19 % manifiesta estar de acuerdo, dado que su actuación de calidad es gratificada. El 48 % de los encuestados manifiesta que la gerencia se fija siempre y frecuentemente, más en los puntos débiles mientras que el 30 % opina lo contrario.

En cuanto al tema de capacitación, las puntuaciones han quedado de la siguiente forma:

El 53 % de los encuestados responde que se estimula la capacitación de los funcionarios y el 23 % no se encuentra de acuerdo con la afirmación. El 77 % reconoce que existe un plan de capacitación para ellos. El 47 % opina estar de acuerdo con que se ofrecen posibilidades para el desarrollo personal de los funcionarios. El factor con peor evaluación es el de equidad en el acceso a la capacitación, ya que el 37 % refiere estar de acuerdo con equidad a la hora de otorgar permisos y posibilidades de capacitación para todo el personal y sólo el 9 % manifiesta estar totalmente en desacuerdo con lo anterior.

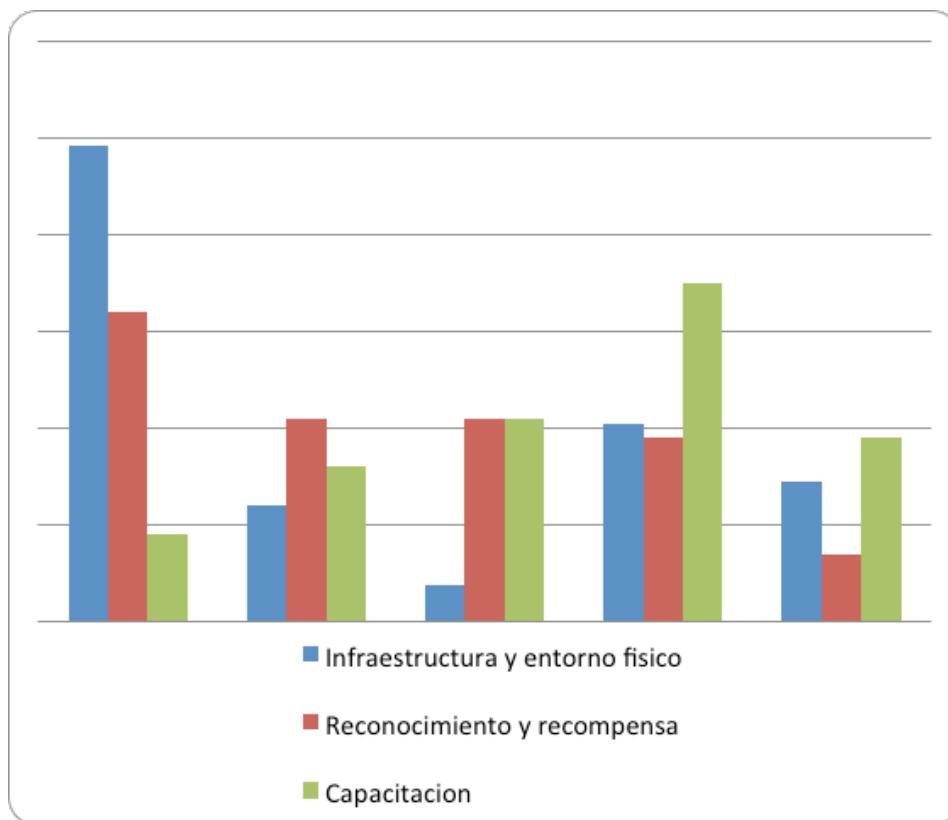


Figura 3. Puntuaciones más bajas

Las puntuaciones más bajas como lo muestra la figura 3, son las de infraestructura y entorno físico; con respecto a las áreas de reconocimientos, refuerzos y recompensas, y la capacitación, es curioso encontrar en el área de recompensas, reconocimiento y refuerzos que los funcionarios consideran estar poco motivados por la gerencia, debido a que se enfocan más en las fallas que en los aciertos del personal, pero en el punto de autorreconocimiento por la labor cumplida, el personal en su mayoría reconoce su participación e importancia del papel que juega dentro de la institución para el logro de metas y proyecciones de la ESE Nuestra Señora del Carmen.

El índice de satisfacción del cliente interno se calculó basado en el indicador de satisfacción laboral, de esta forma su cálculo se realizó bajo una sencilla operación:

$$I.S. = \frac{\sum \text{puntuaciones preguntas de satisfacción}}{5 \times \text{número de preguntas} \times \text{número de funcionarios}} \times 100$$

Obteniendo como resultado un índice de satisfacción del 78,5 %, si bien es cierto un porcentaje que no se percibe como alto para hablar de la satisfacción de nuestro cliente interno en esta organización, afectando factores como los antes mencionados donde se obtuvieron puntuaciones bastante bajas en las áreas de infraestructura, reconocimiento y recompensas y capacitación, así como las puntuaciones más altas no sobrepasaron el porcentaje del 80 % en las opciones para respuestas positivas de la escala. Es bastante importante resaltar que el área de reconocimiento, recompensas y capacitación es bastante influyente en la motivación y satisfacción de

nuestro cliente interno.³ Quizás es este punto el que más estaría afectando la satisfacción del cliente interno en la IPS.

Se realiza cálculo de pruebas no paramétricas debido a que los grupos no cumplen con los criterios de análisis paramétricos, se hace cruce entre las variables de tipo de contratación e índice de satisfacción del cliente interno hallando una correlación de .362* (no paramétrica de Spearman), por lo tanto se puede decir que las puntuaciones entre satisfacción del cliente interno tienen una asociación positiva respecto al tipo de contratación.

Discusión

Si bien es cierto que muy pocos le han dado importancia en el campo de la calidad en salud a la satisfacción del cliente interno, algunos han incursionado desde finales del siglo XX para contribuir con el estudio de este ingrediente tan importante como la misma satisfacción del cliente externo. Giraldo y Cadena (2010), realizaron una especial contribución al resaltar que los resultados que son obtenidos por la institución son influidos por las dinámicas que existen entre la satisfacción de los clientes internos y externos en una institución de salud.⁴ No tan alejado de esto, los diagnósticos sobre la satisfacción el cliente in-

3 García Álvarez, A. y Ovejero Bernal, A. (1998). Feedback laboral y satisfacción. Revista Electrónica Iberoamericana de Psicología Social. REIPS, 1. Consultado el 26 de octubre de 2013 de la fuente www.psyco.uniovi.es

4 Cadena Barón, Giraldo Olarte y Mora. (2010). Evaluación de la Satisfacción del Cliente Interno en la IPS Oral Medic SAS. Consultado el 30 de octubre de 2013. Disponible en <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/975/2/Evolucion%20satisfacion.pdf>

terno como la presente investigación, nos ayudan a enfocarnos en el aumento de condiciones optimas para la prestación de servicios de salud por parte de cada funcionario, inclusive por los administrativos, con una satisfacción del cliente interno del 78,5 % en la ESE Nuestra Señora del Carmen, vemos también que existen factores clave que están afectando a la fuerza laboral de la institución como lo son: el entorno físico y las recompensas que se ofrecen, existe una clara falta de elogios y reconocimiento para el usuario interno, quien da sentido a la prestación del servicio de salud y con quien tienen contacto los usuarios externos.



4

Habilidades gerenciales que tienen los directivos de la clínica Los Andes de la ciudad de Cúcuta (año 2013)*

Ingrid Sherley Burgos Villamizar*

Kelly Yohana Hernández Montero**

Leidy Andrea Duran Remolina***

Leidy Karime Cifuentes Meneses****

María de los Ángeles Tiria Maldonado*****

Agradecimientos

Los investigadores expresan sus más sinceros agradecimientos a los directivos de la Clínica Los Andes por el apoyo brindado en la ejecución del presente trabajo de investigación, al doctor Wilson Giovanni Jiménez asesor de metodología de investigación, a los demás profesores por sus contribuciones y a su vez también a las universidades Francisco de Paula Santander y Jorge Tadeo Lozano por la formación académica brindada con la cual fue posible la terminación de este trabajo investigativo.

Resumen

El gerente es la persona que dirige y gestiona los asuntos en una empresa. En el área de la salud estudios realizados por la Organización Panamericana de Salud revelan que la mayoría de los

* Enfermera. Clínica Los Andes. San José de Cúcuta.
E-mail: shergrid30@hotmail.com

** Enfermera. E.S.E. Imsalud. San José de Cúcuta.
E-mail: kellyhernandezmontero@hotmail.com

*** Enfermera. E.S.E. Imsalud. San José de Cúcuta.
E-mail: leidy-hurse@hotmail.com

**** Enfermera. Hospital Universitario Erasmo Meoz. San José de Cúcuta.

***** Enfermera. E.S.E. Imsalud. San José de Cúcuta.
E-mail:angelicus1988@hotmail.com

* El presente artículo corresponde al trabajo de investigación presentado para optar al título de Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud. Convenio Universidad Francisco de Paula Santander (UFPS)– Universidad Jorge Tadeo Lozano. San José de Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.

dirigentes tienen contacto por primera vez con la gerencia cuando son nominados para el cargo, esta condición compromete directamente la satisfacción de los usuarios y la calidad de la atención.

De esta relación se conforma un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal con el objeto de identificar las habilidades gerenciales que tienen los directivos de la Clínica Los Andes de la ciudad de Cúcuta encaminado a la formulación de estrategias de mejoramiento y fortalecimiento.

El estudio se realizó a los funcionarios de la institución que tienen autoridad sobre un grupo de empleados: subgerente, coordinador de quirófano, coordinador médico de consulta externa y enfermera de hospitalización, y se logró concluir que los tres grandes grupos de habilidades gerenciales que debe dominar un gerente para ser exitoso están relacionados con las habilidades técnicas, humanas y conceptuales, habilidades que están ligadas a toda clase de competencias, por ejemplo, la administración del tiempo y la empatía con los demás, y son fundamentales para ejercer un liderazgo efectivo. Así mismo, un buen gerente debe poseer capacidad de análisis y de síntesis, capacidad de negociación, gestión de proyectos, toma de decisiones y trabajo en equipo.

Palabras clave: habilidades, habilidades gerenciales, directivos, clínica.

Abstract

The manager is the person who directs and manages the affairs of a company. In the area of health studies conducted by the Pan American Health Organization reveal that most leaders have first contact with management when they are nominated for the position, a condition that compromises user satisfaction and quality of care.

In this respect a quantitative cross-sectional descriptive study in order to identify the management skills that managers have Clinic Los Andes city of Cúcuta aimed at developing strategies for improvement and strengthening is formed.

The study was performed at the institution officials who have authority over a group of employees: deputy coordinator operating room, medical coordinator of outpatient and inpatient nurse, and it was possible to conclude that the three groups of management skills you must master a manager to be successful are related to technical skills, human skills, and conceptual skills, skills that are linked to all sorts of skills, such as time management and empathy with others, and are essential to exercise leadership effective. Also a good manager must possess ability to analyze and synthesize. Negotiation skills, project management, decision making and teamwork.

Keywords: management, management skills, managers, clinic.

Having the management skills clinic Los Andes manager's of the city of the year 2013 Cúcuta

Introducción

En contexto actual los servicios que se ofrecen en las instituciones de salud deben preocuparse por la satisfacción de sus usuarios para garantizar que sean sostenibles y viables en el tiempo, por ello deben estar coordinados por personal con capacidades y habilidades gerenciales.

En el ámbito contemporáneo el recurso humano de las organizaciones de salud es un elemento imprescindible en la gerencia. Es por esto que el gerente y demás trabajadores que

a su vez tienen a su cargo una dependencia o lideran procesos en las organizaciones, deben poseer aptitud, pericia o habilidad que los haga dirigir una determinada tarea con la consecución de óptimos resultados. Por dichas razones en el sector salud se busca el uso de estas habilidades gerenciales para el logro de la calidad en los servicios de salud.

Materiales y Métodos

El presente es un estudio de tipo cuantitativo y cualitativo así como descriptivo de corte

transversal. Cuantitativo en su primera etapa en la cual se miden y se califican los ítems del instrumento, cualitativo ya que posterior a la calificación se analizan de tipo subjetivo: los enunciados calificados, descriptivo porque va a analizar y valorar la información obtenida por los coordinadores de área entrevistados en la clínica Los Andes, acerca de las habilidades gerenciales en su ejercicio profesional; y transversal porque estudió las variables en el año 2013.

La población está conformada por los funcionarios de la institución que tienen autoridad sobre un grupo de empleados. subgerente, coordinador de quirófano, coordinador médico de consulta externa y enfermera jefe de hospitalización.

Para la recolección de la información se utilizó el test de Autodiagnóstico sobre habilidades directivas, inspirado en David Whetten y Kim Cameron, el cual permite conocer el perfil general de los diferentes coordinadores de área. Consta de 12 ítems que valoran las habilidades gerenciales.

Objetivos

General

Establecer que habilidades gerenciales que tienen los directivos de la clínica Los Andes de la ciudad de Cúcuta en el año 2013.

Específicos

- Realizar una revisión teórica con el fin de establecer los conceptos de habilidades gerenciales en los servicios de salud.

- Evaluar las habilidades gerenciales de los directivos de la clínica Los Andes.
- Realizar recomendaciones encaminados al fortalecimiento de las habilidades gerenciales de los directivos de la clínica Los Andes.

Resultados y Discusión

Análisis cuantitativo

Habilidades técnicas

1) Cuando yo estoy intentando construir y dirigir un equipo efectivo, responden:

El 75 % ayuda a los miembros del equipo a que aprendan diversos roles que les permitan tanto desempeñarse efectivamente en tareas como construir buenas relaciones interpersonales.

El 50 % ayuda a los miembros del equipo a establecer una base de confianza entre ellos mismos y con relación al líder.

2) En situaciones en las cuales tengo oportunidad de facultar a otros, responden:

El 100 % ayuda a la gente a ser y sentirse competente en su trabajo al darle *coaching* (tutoría) y también reconoce y celebra sus pequeños éxitos.

El 100 % ofrece retroalimentación y apoyo necesario de forma sistemática.

El 100 % da toda la información que la gente requiere para lograr sus tareas.

3) Cuando delego trabajo a los demás, responden:

El 100 % especifica claramente los resultados que desea.

El 50 % permite la participación de aquellos que aceptan las tareas con relación a cuándo y cómo se hará el trabajo.

El 50 % da seguimiento y mantiene la responsabilidad de las tareas asignadas regularmente.

4) Con relación a habilidades de algunas funciones del desarrollo del talento humano, responden:

El 100 % es capaz de entrevistar para la selección de personal, en forma técnica y tomando decisiones sin discriminación injusta a nadie.

El 50 % sabe cómo diseñar un puesto, analizando y valorando sus méritos para el desarrollo humano y el reconocimiento social y económico.

Habilidades humanas

5) Con relación a mi comunicación con otros para autoconocerme, responden:

El 75 % está muy consciente de cuál es su estilo de aprendizaje para aprender cómo aprender.

El 50 % busca información acerca de sus fortalezas y sus debilidades tal como lo perciben otras personas.

El 50 % puede mantener una relación de confianza con otro compañero de trabajo a quien pueda compartir sus frustraciones o problemas con plena honestidad.

6) Cuando trato de fomentar más la comunicación para la creatividad y la innovación entre aquellos con los cuales trabajo, responden:

El 75 % trata de que haya diversos puntos de vista representados en todos los grupos que organiza para resolver problemas difíciles.

El 75 % trata de recoger la información sincera y válida de parte de los clientes internos (el otro que recibe su servicio dentro de la empresa), o usuarios externos para conocer sus preferencias y expectativas.

7) En situaciones donde yo tengo que dar retroinformación o información de retorno en el sentido de asesoría correctiva, responden:

El 100 % mi información de retorno siempre es específica y va al grano, en vez de que sea genérica y vaga.

El 50 % tiende a compartir el poder en la conversación, rara vez domino.

El 50 % casi siempre da información de retorno o retroinformación que está enfocada a los problemas y las soluciones, no sobre las características personales.

8) Cuando otra persona del grupo necesita ser motivada, responden:

El 50 % consistentemente envía notas personales de felicitación o de alguna forma un reconocimiento a los colaboradores cuando logran algo significativo.

El 25 % se asegura de que la persona obtenga a tiempo una información de retorno de parte de aquellos que son afectados por su desempeño en el trabajo.

El 25 % se asegura de que la gente se sienta tratada con justicia y equidad.

9) Cuando alguien del grupo se queja de algo que yo he hecho, responden:

El 75 % muestra genuina consideración e interés, incluso cuando ellos están en desacuerdo.

El 50 % registra información adicional mediante preguntas que buscan encontrar información específica y descriptiva para aprender de la crítica.

Habilidades estratégicas

10) Con relación a mi habilidad para diseñar un plan estratégico y operativo de desarrollo de la organización, responden:

El 100 % diseña una misión, visión y valores estratégicos para que pueda motivar al personal a entregarse al trabajo con alta motivación.

El 75 % genera objetivos operativos a mediano y corto plazo en este aspecto.

11) Con relación a mi habilidad para analizar problemas organizacionales y proponer o tomar decisiones para solucionarlos, responden:

El 100 % determina las causas de los problemas antes de tomar una decisión para solucionarlos; en especial, si las causas o las raíces son de diseño estratégico organizacional o si son problemas debidos al desempeño de los ocupantes actuales disponibles para los cargos.

El 75% crea diferentes alternativas de solución para lograr los objetivos planteados en el diseño organizacional estratégico.

12) Cuando lidero un cambio organizacional, responden:

El 100 % frecuentemente da retroalimentación positiva a la gente cuando logra cambiar.

El 75 % generalmente enfatiza un propósito o significado más alto asociado con el trabajo que realiza.

Análisis cualitativo

Perfil subgerente

Habilidades técnicas

Cuando trata de construir un equipo efectivo ayuda a que se tengan confianza entre sus miembros, cree que la conducta negativa de otros puede influir en este grupo, aclara periódicamente las expectativas que se tienen, cuando faculta a otros responsabilidades ofrece asesoría y retroalimentación pero no hace seguimiento; se contradice cuando responde después que cuando delega trabajo a los demás les hace seguimiento. Al seleccionar su equipo de trabajo lo hace en forma técnica sin discriminar a ninguno, no domina la entrevista ni retroalimenta.

Habilidades humanas

A pesar de que está **consciente** de cuál es su estilo de aprendizaje se comunica abiertamente con otros para autoconocerse manteniendo confianza. Cuando trata de fomentar

más la comunicación para la creatividad y la innovación al enfrentarse con un problema, aporta para la solución y recoge la información sincera y válida de los clientes internos o externos dando asesoría específica, y correctiva retroalimentándolos en las soluciones del problema no dominando la conversación. Cuando otra persona del grupo necesita ser motivada se asegura de que la gente se sienta tratada con justicia y equidad, pero no da incentivos y si alguien del grupo se queja de algo que él ha hecho mal, muestra interés buscando información adicional para aprender y aceptar las críticas.

Habilidades estratégicas

Diseña un plan estratégico y operativo de desarrollo de la organización controlando y monitoreando los resultados obtenidos, pero no sabe cómo hacer que la gente se comprometa con la visión de cambio positivo. Al analizar los problemas busca la causa para solucionarlos diseñando diferentes alternativas para lograr los objetivos planteados pero no evalúa las consecuencias. Cuando hay cambios en la organización da retroalimentación de aspectos positivos y cuando hay personas que se enfrentan al dolor y a las dificultades del proceso expresa compasión.

Perfil coordinador quirófano

Habilidades técnicas

Cuando construye su equipo de trabajo lo elige por conocimientos técnicos siendo imparcial, sin discriminación, no aclara periódica-

mente las expectativas que se tienen de abajo hacia arriba y viceversa; cuando delega trabajo hacia abajo según líneas de mando específica claramente en el momento la expectativa pero no hace seguimiento. Se resalta que tiene en cuenta la expectativa hacia los inferiores y nunca permite que se deleguen de abajo hacia arriba las funciones.

Habilidades humanas

Está consciente de cuál es su estilo de aprendizaje para autoconocerse y en ocasiones busca información de la percepción que tienen los compañeros hacia él, pero no confía en estos y cuando estos se quejan de algo que el haya hecho mal, busca información adicional específica y descriptiva para aprender de la crítica. Cuando se trata de fomentar la comunicación para la creatividad y la innovación en la empresa, trata de que haya diversos puntos de vista sinceros entre el cliente interno y externo para resolver problemas, pero a pesar de que estos aportan no se ve el reconocimiento. Brinda asesoría específica y correctiva sobre un problema, pero no es flexible, domina la asesoría; y cuando quiere motivar a su equipo trata de que se obtenga a tiempo una información de retorno de parte de aquellos que son afectados por su desempeño en el trabajo, no da reconocimiento.

Habilidades estratégicas

Diseña un plan estratégico y operativo de su área, pero no lo monitorea; al buscar las causas a los problemas no tiene en cuenta las consecuencias antes de tomar decisiones para la solución. En cuanto a los cambios que plantea

en su área, tiene su objetivo planteado, frecuentemente da retroalimentación positiva a la gente cuando logra cambiar teniendo claro cómo hacer para que sus compañeros se comprometan, pero cuando hay dificultades en el cambio organizacional nunca les expresa compasión a los implicados.

Perfil coordinador medico

Habilidades técnicas

En esta característica este jefe ayuda a los miembros del equipo a que aprenden diversos roles que permitan desempeñarse efectivamente en las tareas, faculta y enseña a los subalternos a sentirse competentes en su trabajo dando tutoría, retroalimentación y reconociendo cuando consiguen sus logros y metas establecidas. Da especificaciones a los subalternos de las tareas que deben realizar y los resultados que se desean, esta persona está facultada y es capaz de realizar una selección de personal idóneo, identificar de forma técnica para la toma de decisiones el perfil adecuado para los cargos. No se siente de acuerdo dominando la entrevista, dando un seguimiento y evaluación del aprendizaje en cuanto a capacitaciones y otras relacionadas.

Habilidades humanas

Esta persona es consciente del estilo de aprendizaje y la forma en que debe capacitarse en relación a la comunicación con los demás, no tiene en cuenta a los otros compañeros para indagar acerca de sus fortalezas y debilidades, definitivamente no comparte sus problemas

personales ni frustraciones con los compañeros de trabajo, mantiene un aprendizaje muy específico e individual. En cuanto a la manera de resolver conflictos establece unos puntos de partida de los diferentes compañeros para deducir las causas y así conseguir las soluciones. Este perfil no es flexible a las opiniones de los demás, sin embargo, las ordenes o información que entrega es específica, por lo cual espera que sean así dichos resultados, estos se ven motivados cuando realiza algún reconocimiento por este logro. En cuanto a las críticas que realicen las demás personas cuando este realice alguna cosa, muestra consideración y escucha las críticas, sin embargo no toma en cuenta estas críticas y no considera que deba escuchar las sugerencias de los demás. Se muestra cerrado a las sugerencias en cuanto a la manera de actuar y de toma de decisiones.

Habilidades estratégicas

Esta persona está facultada para diseñar, implementar toda una plataforma estratégica, ser capaz de determinar las necesidades, realizar un autodiagnóstico, proponer objetivos, es capaz de motivar al personal a trabajos encaminados a estos objetivos teniendo claros los propósitos o resultados deseados.

Perfil jefe de hospitalización

Habilidades técnicas

Es fácil para esta persona ayudar a los miembros del equipo de trabajo a desempeñarse efectivamente, realiza consultoría y apoyo para desarrollar sus roles. Da órdenes especí-

ficas a los subalternos de las tareas que deben realizar y los resultados que se desean, esta persona es capaz de realizar una evaluación mediante entrevista para iniciar nuevos cargos, sin embargo no se siente totalmente facultada para diseñar cargos y evaluación del aprendizaje a otros.

Habilidades humanas

Este perfil tiene claramente definida la manera de aprendizaje, sin embargo está sujeto a escuchar de sus compañeros las fortalezas y debilidades para establecer cambios positivos, manteniendo discreción y distancia sin comprometerse más allá de las relaciones laborales. Con relación a la comunicación con los demás, trata de desenvolverse de manera democrática, escuchando los puntos de vista de los otros y sus posibles soluciones y así reconocer sus aportes en las ideas dadas. Cuando debe dar información o actividades, las da de manera específica de lo que se debe hacer y el resultado esperado, no es flexible al escuchar las opiniones de los demás. Realiza motivación al personal mediante reconocimientos de metas cumplidas mediante publicaciones o algún tipo de premiación. Cuando hay juzgamientos por algo que ha hecho, trata de buscar los diferentes puntos de vista aceptables, para determinar errores y tomar dirección de las decisiones, sin embargo cuando tiene la razón se rehúsa a escuchar las críticas de los demás sin justificación alguna.

Habilidades estratégicas

Esta persona es capaz de establecer una visión, misión, plataforma estratégica y objetivos, e

implementarla, dirigir un grupo de compañeros y encaminarlos a cumplir los objetivos, motivar al personal a cumplir los propósitos y conseguir los resultados deseados.

Conclusiones

Las habilidades gerenciales están ligadas a toda clase de competencias, por ejemplo, la administración del tiempo y la empatía con los demás, y son fundamentales para ejercer un liderazgo efectivo. Así mismo, un buen gerente debe poseer capacidad de análisis y de síntesis, capacidad de negociación, gestión de proyectos, toma de decisiones y trabajo en equipo.

Gran parte de los líderes actuales ya no son aquellos íconos inalcanzables a los que solo se debía obedecer. Y es que la irrupción de nuevas generaciones ha requerido el manejo de habilidades directivas que quizá antes no eran tan necesarias, pero que hoy son indispensables al momento de dirigir equipos en entornos cada vez más cambiantes.

También deja en claro que las habilidades gerenciales no crean empresas competitivas, contribuyen a que una empresa sea competitiva. Por eso, considera importante la capacitación, porque explica que no solo es tener el conocimiento de lo que se debe hacer, sino hay también que saber hacer, es decir, hay que llevar la teoría a la práctica, la repetición y la experiencia desarrollará la habilidad.

Además puntualiza que las habilidades gerenciales se pueden mejorar continuamente,

“nada es estático, el entorno cambiante y más en los tiempos actuales, obligan a desarrollar nuevas habilidades y a que mejoremos las que ya se tienen, porque es una exigencia del ritmo empresarial. Para ello, existen diferentes técnicas y modelos que se pueden utilizar, dependiendo de la habilidad que se requiera”.

Los tres grandes grupos de habilidades gerenciales que debe dominar un gerente para ser exitoso, son:

Habilidades técnicas: involucra el conocimiento y experiencia en determinados proce-

sos, técnicas o herramientas propias del cargo o área específica que ocupa.

Habilidades humanas: se refiere a la habilidad de interactuar efectivamente con las personas. Un gerente interactúa y coopera principalmente con los empleados a su cargo; muchos también tienen que tratar con clientes, proveedores, aliados, etc.

Habilidades conceptuales: se trata de la formulación de ideas, entender relaciones abstractas, desarrollar nuevos conceptos, resolver problemas en forma creativa, etc.

Bibliografía

- Acosta, E. C. (2009). Habilidades gerenciales en directivos. *Revista Universidad EAFIT*, Vol. 45. No. 155. pp. 94-102.
- Amaro C. M. (2003). Gestión administrativa en medicina familiar. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2003 Ago [citado s2008 Abr 23]; 19(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400008&lng=es
- Altisent, R. (2010). La ética del desarrollo profesional continuado en la promoción de la calidad asistencial. (Spanish). *Acta Bioética*, 16(2), 155-164.
- Arias, J., & Hernández, G. (2008). Gerencia y competencias distintivas dinámicas en instituciones prestadoras de servicios de salud. *Rev Gerenc Polit Salud*; 7 (15):131-154.
- Bernain A. (1998). Habilidades gerenciales: Análisis de una muestra de administradores en Chile. *Rev. Abante*; 1 (2): 213-233.
- Castaño S. (2002). ¡La disminución de costos en salud no es ninguna estrategia! El costo como la real dimensión de la calidad. *Revista Hospitalaria*; 4 (25):16-24.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122, Capítulo I Disposiciones generales. Santafé de Bogotá, D. C., 9 días de enero de 2007.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Capítulo I, Principios Generales. Santafé de Bogotá, D. C., a los 23 días de diciembre de 1993.

- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.
- Guerrero, Omar. (1997). Principios de Administración Pública, La Teoría de La Administración Pública. Santa Fe de Bogotá, D. C., septiembre 8 de 1997.
- Hernández, R., Silvestri, K., Añez, S., & Gamboa, L. (2008). Realidad de la formación gerencial en las pequeñas y medianas empresas venezolanas. *Rev Venezolana Gerencia*; 13 (41):107-125.
- Índice de Percepción de la Corrupción (2007). Transparency Internacional. The global coalition against corruption.
- Informe Nacional de Competitividad. (2007). Colombia.
- Marconi, Jorge A. (2012). Habilidades y funciones gerenciales. (17 de agosto de 2012). Extraído el 16 de marzo de 2013 desde <http://www.monografias.com/trabajos93/habilidades-y-funciones-gerenciales/habilidades-y-funciones-gerenciales.shtml>
- OMS, Servicios sanitarios, (2013). [en línea http://www.who.int/topics/health_systems/es/]
- Organización Panamericana de la Salud. (1996). Tendencias contemporáneas en la gestión de la salud. Serie Paltex, vol. I. Washington: OPS.
- Pacheco, L. (2008). Perfil gerencial para las instituciones prestadoras de salud en Barranquilla. (Spanish). *Pensamiento & Gestión*, (25), 139-160.
- Pacheco, L. (2008). Perfil gerencial para las instituciones prestadoras de salud en Barranquilla. (Spanish). *Pensamiento & Gestión*, (25), 139-160.
- Pacheco, Leonor Alicia. (2008). Perfil gerencial para las instituciones prestadoras de salud en Barranquilla. *Pensam. gest.* [online]. 2008, n.25 [cited 2013-12-02], pp. 139-160
- Pedraja-Rejas, L., Rodríguez-Ponce, E. & Rodríguez-Ponce, J. (2009). Gestión del conocimiento, eficacia organizacional en pequeñas y medianas empresas. *Rev Venez Gerencia*; 14(48):495-506.
- Revista Panorama Administrativo (2008). Año 3 No. 5 agosto-diciembre 2008. Página 193.
- Ruelas González, M. G., & Pelcastre Villafuerte, B. (2010). Perfil gerencial de los directivos de los servicios de salud. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 15, núm. 2, pp. 59-64.
- Tafurt, J., Sanín, H., Dorado, D., Salas, J., & Rojas, L. (2003). *Identificación y análisis de competencias gerenciales en Colombia*. Ministerio de Comercio, Industrias y Turismo. edit. Colombia: Bogotá.



5

Cultura de la seguridad del paciente en los trabajadores de una IPS de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá D. C., Colombia

Leydi Tatiana Velandia Garavito*

María Paola Cuenca Tovar**

Víctor Jovani Moreno Yepes***

Diego Alexis Corredor Peñaranda****

Edgar Jhonaider Fonseca Rincón*****

* Ingeniera biomédica.

** Odontóloga.

*** Médico.

**** Enfermero jefe.

***** Instrumentador quirúrgico.

Resumen

En la actualidad la *seguridad del paciente* es un tema de gran importancia en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de todos los niveles de complejidad; y entendiendo la *cultura de seguridad del paciente* como el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización, se realizó un estudio descriptivo exploratorio, no experimental, para una IPS de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá D. C. Se tomó como base la encuesta desarrollada por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención en Salud (AHRQ), realizando un análisis de las diferentes percepciones del personal asistencial y administrativo, se estableció que, dentro de los principales hallazgos el fortalecer la cultura del reporte de incidentes, la adecuada retroalimentación de los reportes y la respuesta no punitiva al error serán factores clave de éxito en el mejoramiento de la calidad de servicios de salud.

Palabras clave: seguridad del paciente, calidad de la atención, evento adverso, error, incidente.

Abstract

Nowadays Patient Safety is a major issue in the institutions providing health services (IPS) of all levels of complexity; and understanding the Patient Safety Culture, as a set of beliefs, values and attitudes shared by members of an organization, a not experimental exploratory descriptive study, was made, to an (IPS) of tertiary complexity, in Bogotá, DC. This study was based on the survey developed by the Agency for Healthcare Research and Quality Health Care, performing an analysis of the different perceptions from the service and administrative staff, and was established that within the major findings are, strengthen the culture of incident reporting, adequate feedback reports and a non punitive answer regarding the error, will be the success key factors to improve the quality of health services.

Keywords: patient safety, quality of care, adverse event, error, failure.

Culture of patient safety workers in an IPS third level of complexity in the city of Bogotá, Colombia

Introducción

En la actualidad la seguridad del paciente es un tema de gran importancia en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de todos los niveles de complejidad, en las distintas aseguradoras y por parte de quienes hacen intervención dentro del sistema financiero, bien sea como administrador de los recursos de la salud o como los entes de control. Dentro del sistema de salud los diferentes entes se encuentran adoptando medidas para la generación de indicadores, reforzar la cultura de reporte del evento adverso (EA) y controlar las variables que intervienen en la seguridad del paciente. En general, independiente de la posición en que cada persona o institución se encuentre dentro del sistema de salud, se aprecia que uno de los temas de actualidad es la prestación de servicios de salud dentro de entornos de seguridad clínica, inclusive para algunos, este enfoque gira en torno a un problema de salud pública.

En general el contexto de seguridad del paciente (SP) implica dos grandes grupos de factores que componen este concepto: a) los encaminados hacia la prevención o disminución de fallas que lleven a la ocurrencia de eventos adversos y, b) los factores que apuntan hacia el reparo o mitigación cuando el evento adverso se ha presentado.

El factor “prestación de servicios dentro del marco de los recursos disponibles” está relacionado directamente con el área asistencial de prestación de servicios de salud, motivo por el cual, encontrar la manera de cuantificar, organizar, evaluar, analizar e interpretar accio-

nes de naturaleza humana tiene una complejidad, lo que resulta siendo una verdadera barrera de acceso en el análisis objetivo de esta información con relación a los procesos de SP y los procesos de atención.

La prestación de servicios de salud se ve influenciada por variables tanto internas como externas que no son propias del desarrollo clínico asistencial, como son las administrativas, financieras, políticas, etc. Para realizar un abordaje integral de SP, se requiere obviar dichas variables, por lo que nos queda enfocarnos en un sistema teórico para realizar un abordaje integral. Esto no quiere decir que no se puedan estandarizar procesos para reducir la aparición de eventos adversos, sino que, podría resultar impredecible en qué momento el error humano pone en riesgo la vida de un ser humano.

Con el propósito de contar con un referente más claro del asunto, se generó un estudio orientado a conocer las características de la cultura de la seguridad de una institución de tercer nivel en la ciudad de Bogotá D. C.

Marco conceptual y estado del arte

La calidad de los servicios de salud y en particular la SP, son asuntos de creciente preocupación tanto a nivel mundial como a nivel nacional, de acuerdo con la reglamentación dada en el decreto 1011 de 2006. En Colombia esta preocupación ha llevado a establecer un conjunto de acciones legislativas que buscan regular la cultura, el comportamiento, o más precisamente, las prácticas de los agen-

tes que prestan los servicios en las instituciones de salud (Perdomo, 2010).

La cultura laboral que históricamente ha rondado las instituciones de salud ha sido la de la punición, es decir, cuando sucede un error el culpable es castigado, sin embargo, es claro ahora en el ámbito de la salud, que la cultura punitiva genera más perjuicio que beneficio. Por otro lado, teniendo en cuenta que siempre van a existir los errores en la prestación del servicio, la acción más lógica y necesaria para la organización se debe dirigir hacia la creación de una cultura institucional educativa y no punitiva, que tenga su punto de partida en el informe y análisis de los errores y eventos adversos (EA) (Kerguelén, 2010).

El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La calidad tiene un valor tan importante como la salud; es por ello que el personal asistencial y no asistencial como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad en la prestación de los servicios de salud (Kerguelén, 2010); en este sentido, con el objetivo de contar con una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de EA, a fin de fomentar la creación de programas para la SP, se debe contar con:

- La creación de un sistema de reporte de “incidentes” y de eventos adversos (EA).
- La generación en los funcionarios la cultura del reporte, ya que el análisis juicioso de cada caso permite establecer barreras de

seguridad óptimas para prestar un servicio seguro y con calidad.

- La reducción en la incidencia de incidentes y EA.
- El fomento o creación de un entorno seguro de la atención.
- La educación, capacitación, entrenamiento y motivación al personal para la SP.
- Institucionalización de una cultura de SP, transversal en los procesos y procedimientos: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Integración con procesos institucionales de las diferentes áreas (p. ej.: calidad, talento humano e informática, entre otros).

Se ha llegado a reconocer a la SP como el eje de la calidad de un sistema de salud, el cual requiere:

- Crear un ambiente de seguridad y de manejo de riesgos, que incluya: control de infecciones, uso seguro de medicamentos y equipamiento seguro.
- Promover que todos los actores de la salud tengan: alto nivel de comprensión del problema y sus repercusiones, manejo multidisciplinario del o los problemas y evaluación de los riesgos.

La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de EA, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una

práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicios de salud y de la comunidad, para un cuidado seguro y de calidad (Aranaz, 2011).

La SP también se define como un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promover aquellas prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que propicia un cambio cultural en la actitud de los profesionales de la salud frente a los EA (Aranaz, 2011).

La SP implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio, práctica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), así como en la autodeterminación y en la autorregulación.

El término EA puede ser interpretado de manera errónea por las personas que trabajan en salud y se confunde muy fácil con el de complicaciones. Aquellos resultados adversos de los procedimientos clínicos o quirúrgicos que no se asocian con error de las personas o de los procesos, se llaman "complicaciones" y cuando son por reacciones a los medicamentos propias de los pacientes, se deben llamar "reacciones adversas". Es importante hacer notar que al hablar de error se hace referencia al proceso y el EA hace referencia al resultado. Actualmente se observa que los EA en su gran mayoría no son reportados por el personal de salud y que, siendo los profesionales de la salud las personas más importantes en

el proceso, ellos no reportan oportunamente por miedo a las acciones punitivas en su contra. (Gómez, y otros, 2011).

Es importante que todo el personal este comprometido con su labor, con las buenas acciones, con tener la actitud de informar cualquier anomalía presentada en el servicio EA, con brindar un servicio con calidad, todo ello para generar la cultura del reporte. Este reporte debe fomentar el mejoramiento y aprendizaje, pero ante todo un reconocimiento a la capacidad de aceptar el error como una oportunidad de mejora (Kerguelén, 2010).

En general el contexto de SP implica dos grandes grupos de factores que componen este concepto: a) los que van encaminados hacia la prevención o disminución de fallas que lleven a la ocurrencia de EA y, b) los factores que apuntan hacia el reparo o mitigación cuando el EA se ha presentado.

La SP hoy por hoy ha tenido un avance significativo dado que los múltiples EA nos llevan a plantear interrogantes sobre ¿cómo mitigar los mismos?; partiendo desde este punto de vista de centrar actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables que son generados como consecuencia del proceso de atención en salud y así, poder tomar las prácticas más seguras para fortalecer el sistema y brindar un servicio con calidad.

Se puede plantear, que la SP dentro de los programas de garantía de calidad, no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud; por el contrario, es una responsabilidad

profesional implícita en el acto del cuidado. La construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras, es el punto de partida para disminuir al mínimo posible la incidencia de EA.

(Singer, 2003) y (Hellings, 2007) mencionan la necesidad de implementar estrategias de educación en el ámbito de la SP y específicamente, en el reporte oportuno de EA, para lograr una eficacia y una eficiencia encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado. Se hace énfasis en las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la SP y así, generar valor agregado tanto para el servicio como para el paciente (Fundación Santa Fe de Bogotá, 2007).

Una cultura de SP implica: liderazgo por parte de los jefes, apoyar la práctica de comportamientos y motivar al personal a alcanzar una atención más segura por medio de trabajo en equipo y colaboración. Lo podemos traducir como una combinación exitosa de los talentos y habilidades de cada miembro del equipo, se retoman las prácticas basadas en la evidencia y así poder estandarizar los manejos adecuados para cada evento, a *grosso modo* se definiría la calidad de la salud y la SP en siete pasos fundamentales:

1. Construir una cultura de seguridad.
2. Liderazgo del equipo de personas.
3. Integrar las tareas de gestión de riesgos.

4. Promover que se informe.
5. Involucrarse y comunicarse con pacientes y público.
6. Aprender y compartir lecciones de seguridad.
7. Implementar soluciones para prevenir daños.

Seguridad clínica y calidad de la atención. La seguridad clínica forma parte integral de la dimensión técnica de la calidad de atención. El decreto 2309 de octubre de 2002 determinó que la seguridad de la atención en salud juega un papel preponderante en la evaluación de la calidad y señala al índice de EA como el indicador básico. La medición de EA al interior de las organizaciones de salud significa: a) establecer un sistema de reporte de EA basado en acciones que estimulen su implementación y mejoramiento, b) establecer un sistema de auditoría de resultados clínicos no esperados que permita definir la proporción real de EA relacionados; es decir, de los resultados clínicos no esperados presentados, cuántos se habrían podido prevenir y, c) establecer un sistema de mejoramiento continuo de la calidad tendiente a disminuir la incidencia de EA. Es decir, diseñar, implementar y gerenciar un programa de seguridad clínica (Franco, 2005).

Este decreto reglamentó la calidad de atención en salud en Colombia y consideró la SP como una de las características fundamentales de la calidad de la atención, junto con el acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia del enfoque clínico y la continuidad de la atención.

Cultura de seguridad y prácticas seguras. Por cultura organizacional se entiende el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y que se reflejan en sus acciones diarias. De acuerdo con esta definición, resulta lógico pensar que la incidencia diaria de múltiples EA en clínicas y hospitales, algunos de ellos fatales, es el resultado de la ausencia de una cultura de seguridad que genere rutinariamente en el personal hábitos y prácticas seguras.

La cultura de la seguridad corresponde a un grupo de creencias y actitudes, que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, y se encuentran encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado. Este término abarca, tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas, que respondan a los lineamientos de seguridad de los pacientes, vigentes en Colombia, estos lineamientos se hayan contenidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) (Gómez, y otros, 2011).

El Proyecto **Ibeas** fue el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y, los ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Entre los resultados relacionados con la cultura de SP, se resaltan la necesidad de reforzar la cultura de la notificación de los sucesos adversos y el clima de la SP (Gómez, y otros, 2011). Estos resultados sugieren que en las instituciones se trabaje por la reflexión interpersonal acerca de la calidad de los servicios asistenciales, así como en el establecimiento

de redes de trabajo que permitan el intercambio de experiencias y trabajos posteriores.

Así mismo se destacan los resultados del estudio realizado en el artículo "What is patient safety culture?" (Sammer, 2010) el cual indica la existencia de siete subculturas de comportamiento profesional que aportan al entendimiento de la cultura de SP: liderazgo, trabajo en equipo, práctica basada en evidencia (EBP), comunicación, actitud de aprendizaje, justicia y práctica centrada en el paciente. Las autoras llaman la atención al considerar la cultura de seguridad como un fenómeno complejo, que en el ejercicio profesional cotidiano no es fácil de operacionalizar, el cual debe estudiarse continuamente dentro de las organizaciones y sistemas de salud a escala mundial (Gómez, y otros, 2011).

La cultura de SP está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no se experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud. La preocupación por la SP surge a partir de la documentación de la incidencia de EA que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud.

Se debe fomentar en el personal de salud el reporte adecuado de los EA, por ser una herramienta que permitirá crear procesos de atención adecuados para los usuarios de la institución.

Normatividad seguridad del paciente. Colombia impulsa una política de SP, manifiesta en el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud, resolución 1446 de 2006 y resolución 1740 de 2008, cuyo objetivo

es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la SP, reducir y de ser posible, eliminar la ocurrencia de EA, para contar con instituciones seguras y competitivas en el mercado actual. Los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente esto signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien, hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas.

Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas, donde en una atención en salud sencilla, pueden ocurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del paciente se hace necesario que cada proceso que interviene se realice de forma adecuada y coordinada con los demás; en este sentido, la normatividad colombiana hace relevante implementar unos principios que orienten todas las acciones a implementar, los cuales son:

- Enfoque de atención centrada en el usuario: lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de SP.
- Cultura de seguridad: debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad.
- Integración con el sistema obligatorio de la calidad de la atención en salud:

parte integral del sistema obligatorio de la calidad de la atención en salud y es transversal a todos sus componentes.

- Multicausalidad: es un problema sistémico y multicausal, en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- Validez: se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas con la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia: debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlas en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud: 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.

Debido a la importancia de la SP como una herramienta del mejoramiento continuo de la calidad en las IPS que desarrollan procesos de acreditación, y que para ello se requiere establecer el nivel de cultura de la SP existente, se propuso la aplicación de una encuesta que tomó como base la realizada sobre cultura de seguridad del paciente, desarrollada por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención en Salud, con el fin de caracterizar la cultura institucional relacionada con: a) la cultura de seguridad en cada unidad, b) lo relacionado con la cultura de manera global en el hospital y, c) aspectos de resultado.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo exploratorio, no experimental, para una institución prestadora de salud de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá D. C., Colombia.

A la hora de seleccionar la muestra se garantizaron dos condiciones:

Representatividad: la muestra se definió según las características de la población general. Se seleccionaron las variables que permitieron asemejar el total de empleados que tiene la clínica, las condiciones marcadas o identificadoras hicieron referencia a factores como distribución o cargos que desempeñan dentro de la institución; se tuvo en cuenta que la distribución reflejara el porcentaje que corresponde a cargos asistenciales y cargos administrativos, con el propósito de evitar un sesgo en la investigación.

Tamaño: se aplicó la encuesta (cuyo análisis y fundamentación se describen más adelante) a una población de 113 personas que corresponden al 23,6 % del personal que trabaja en una clínica de tercer nivel, esta muestra es representativa para este estudio y su escogencia fue de manera aleatoria estratificada para garantizar la representatividad de la población.

Universo

Población: 477 empleados

Error máximo aceptado: 8 %

Nivel de confianza deseado: 95 %

Tamaño de la muestra: 113 personas

Muestreo estratificado por cargos. Homogéneos entre sí, heterogéneos entre los demás. La muestra se dividió de cara a la atención del paciente, quien tiene más contacto e interacción: 70 % asistencial, 30 % administrativo.

Instrumento recolección de la información: para el desarrollo del estudio se utilizará la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente, desarrollada por la AHRQ.

Esta encuesta estudia la cultura de seguridad desde una perspectiva global del equipo de trabajo de un hospital, por lo que puede ser diligenciada por personal de servicios generales o seguridad, así como por enfermeras y médicos.

La Encuesta evalúa tres aspectos generales: los relacionados con la cultura de seguridad en cada Unidad (que contempla siete dimensiones), los relacionados con la cultura de manera global en el hospital (que contempla cinco dimensiones) y dos aspectos de resultado.

1. *Aspectos de cultura de seguridad a nivel de cada unidad:*

- Expectativas y acciones del supervisor para promover la cultura de seguridad – 4 preguntas: B1, B2, B3, B4
- Aprendizaje organizacional-mejoramiento continuo – 3 preguntas: A6, A9, A13
- Trabajo en equipo al interior de las unidades – 4 preguntas: A1, A3, A4, A11
- Actitud de comunicación abierta – 3 preguntas: C2, C4, C6
- Retroalimentación y comunicación sobre el error – 3 preguntas: C1, C3, C5

- Respuesta no punitiva al error – 3 preguntas: A8, A12, A16
 - Suficiencia de personal – 4 preguntas: A2, A5, A7, A14
2. *Aspectos de cultura de seguridad a nivel de todo el hospital:*
- Compromiso y apoyo del hospital y de la dirección del hospital a la SP – 3 preguntas: F1, F8, F9
 - Trabajo en equipo entre las unidades – 4 preguntas: F4, F10, F2, F6.
 - Transiciones en el hospital – 4 preguntas: F3, F5, F7, F11
 - Percepciones generales de seguridad – 4 preguntas: A15, A17, A18, A10.
 - Frecuencia de reporte de eventos adversos – 3 preguntas: D1, D2, D3
1. *Variables de resultado:*
- Grado de SP en el Hospital o Unidad – 1 pregunta: E1
 - Número de eventos adversos reportados – 1 pregunta: G1

Se utilizó la versión española del instrumento “Hospital Survey on Patient Safety Culture”, adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia, concebido como una herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la SP, y permite obtener información acerca de la cultura de seguridad y posteriormente identificar fortalezas y debilidades.

Se trata de un cuestionario autoadministrado. La valoración de cada ítem se realiza por medio de la escala de Likert, en 5 grados de acuerdo a cada sección, para las secciones A y B: 1 muy en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 indiferente; 4 de acuerdo; 5 muy de acuerdo, y para las secciones C y D: 1 nunca; 2 casi nunca; 3 a veces; 4 casi siempre; 5 siempre. Inicialmente agrupa las preguntas bajo cuatro criterios: “Su servicio/unidad”, “su hospital”, “comunicación en su servicio/unidad” e “información complementaria”.

Resultados

Se encuestaron 79 personas del área asistencial divididos en: 47 enfermeras que corresponden al 60 %, 16 médicos que corresponden al 20 % y 16 de otras profesiones de la salud que corresponden al 20 %; por el área administrativa se aplicó la encuesta a 34 personas.

De la población encuestada el 30,97 % lleva trabajando de 1 a 5 años, seguido del 28,32 % de 16 a 20 años en la institución, y de 6 a 10 años con un 22,12%. El 81,42 % de la población encuestada trabaja entre 40 y 59 horas a la semana.

1. Aspectos de cultura de seguridad a nivel de cada unidad

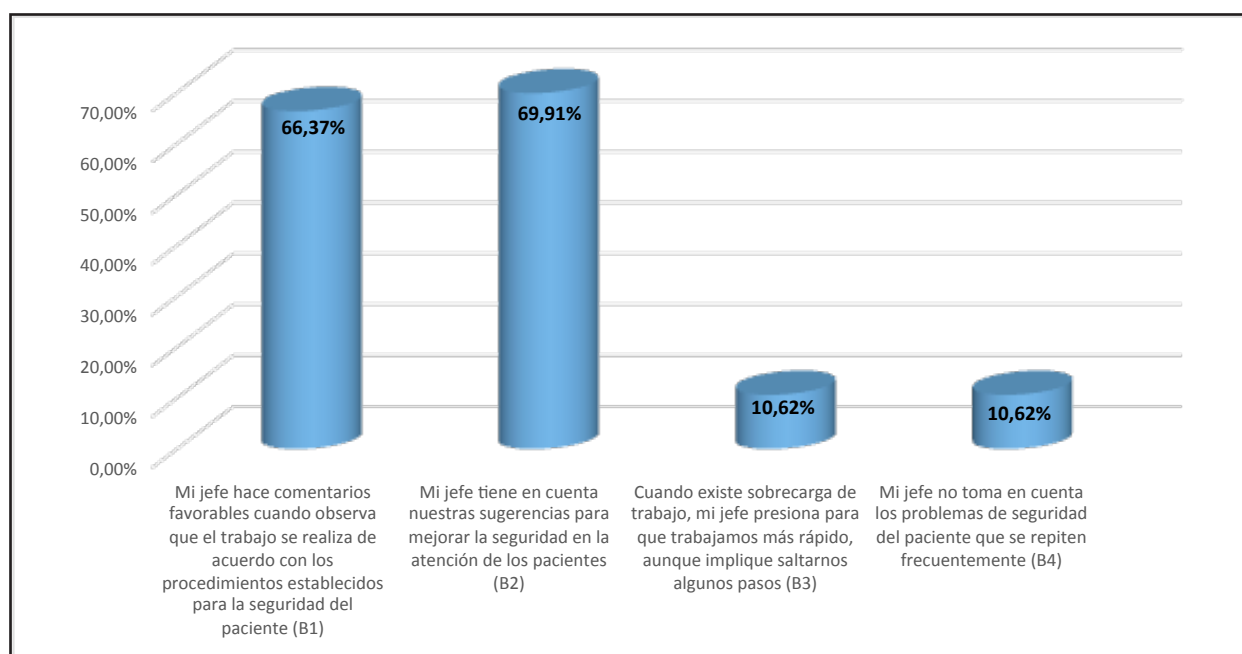


Gráfico 1. Expectativas y acciones del supervisor para promover la cultura de seguridad

De acuerdo al gráfico 1, el 69,91 % de los empleados afirman que el jefe tiene en cuenta sus sugerencias para mejorar la seguridad en la atención de los pacientes, complementado con un 66,37 % acerca de los comentarios favorables cuando se observa que el trabajo se realiza de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente, solo el 10,62 % afirma que el jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad que se repiten frecuentemente y cuando existe sobrecarga de trabajo, este presiona para trabajar más rápido.

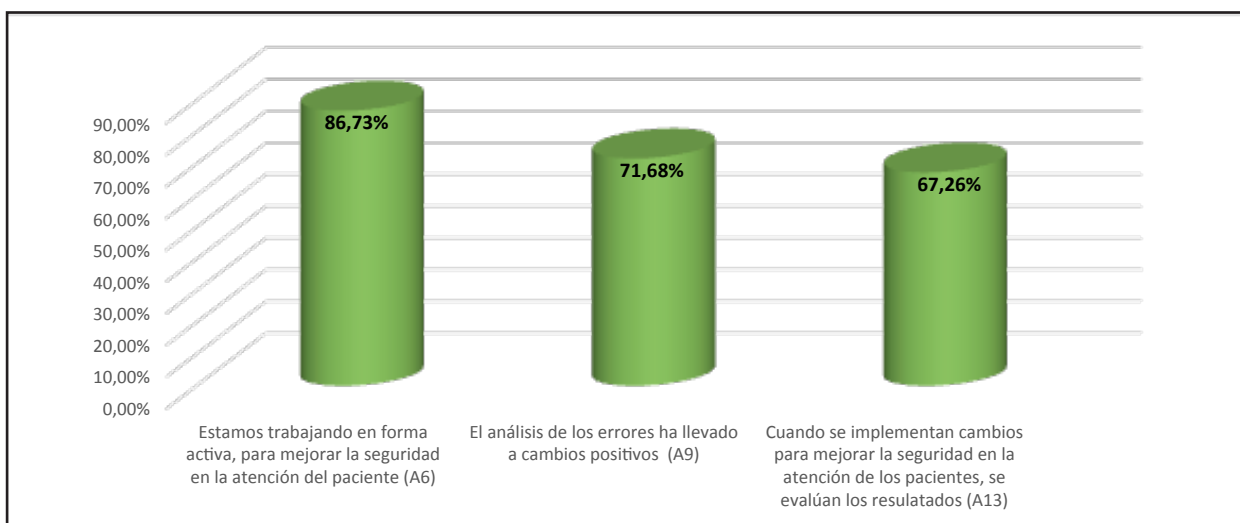


Gráfico 2. Aprendizaje organizacional-mejoramiento continuo

En el gráfico 2 el 86,73 % de la población encuestada percibe que se está trabajando de forma activa para el mejoramiento de la seguridad en la atención de pacientes, evidenciado en un 71,68 % que están de acuerdo en que el análisis de los errores ha llevado a cambios positivos, de la mano cuando se implementan cambios para mejorar la seguridad en la atención de los pacientes y la evaluación de los resultados, reflejado en un mejoramiento continuo que lleva a cambios positivos.

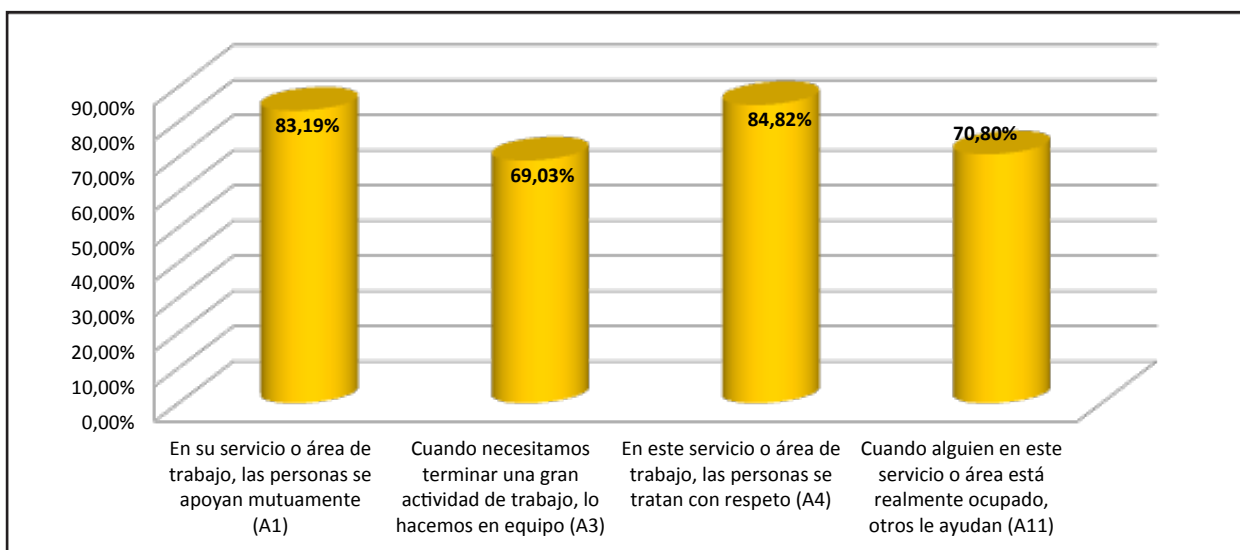


Gráfico 3. Trabajo en equipo al interior de las unidades

Se observa en el gráfico 3 que el 84,82 % afirma que al interior del área de trabajo las personas se tratan con respeto, se apoyan mutuamente 83,19 %, se ayudan cuando alguien está realmente ocupado 70,80 % y cuando necesitan terminar una gran actividad de trabajo lo hacen en equipo 69,03 %.

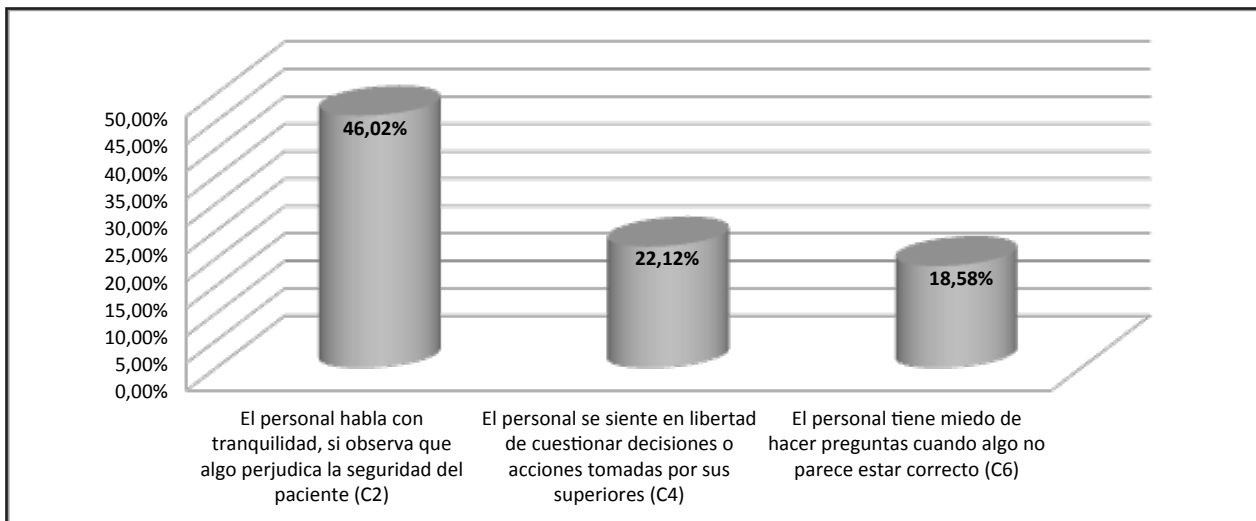


Gráfico 4. Actitud de comunicación abierta

De acuerdo al gráfico 4 el personal no habla con tranquilidad si observa algo que perjudica la SP reflejado en un 46,02 %, solo el 22,12 % se siente en libertad de cuestionar las decisiones tomadas por sus superiores y el 81,42 % tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece correcto.

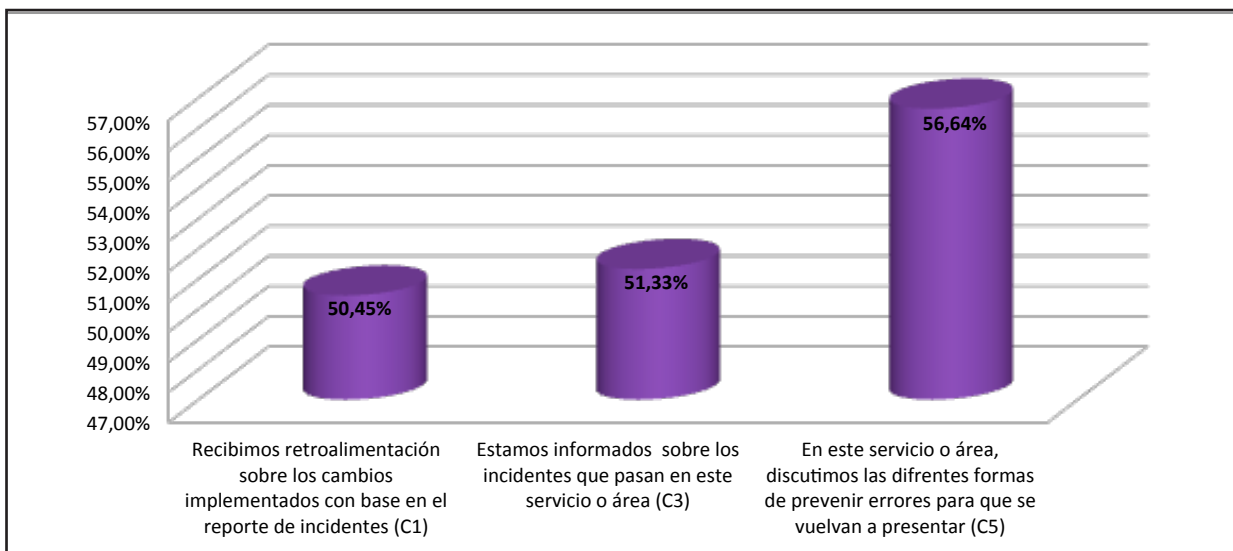


Gráfico 5. Retroalimentación y comunicación sobre el error

Como se evidencia en el gráfico 5 el 56,64 % de los encuestados refiere que en su área se discuten las diferentes formas de prevenir los errores, el 50,45 % del personal recibe retroalimentación sobre los cambios implementados con base en el reporte de incidentes y el 51,33 % está informado sobre los incidentes que pasan en el servicio.

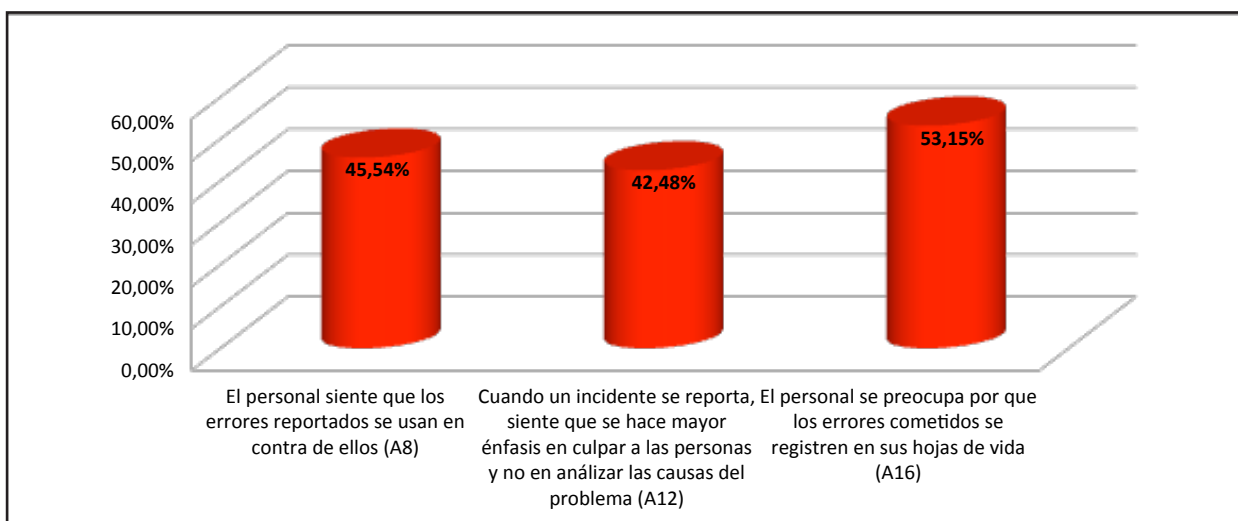


Gráfico 6. Respuesta no punitiva al error

El personal se preocupa por que los errores cometidos se registren en sus hojas de vida de acuerdo de acuerdo al gráfico 6 un 53,15 %, solo el 45,54 % siente que los errores reportados se usan en contra de ellos y el 42,48 % de los encuestados siente que cuando un incidente se reporta se hace mayor énfasis en culpar a las personas y no en analizar las causas del problema.

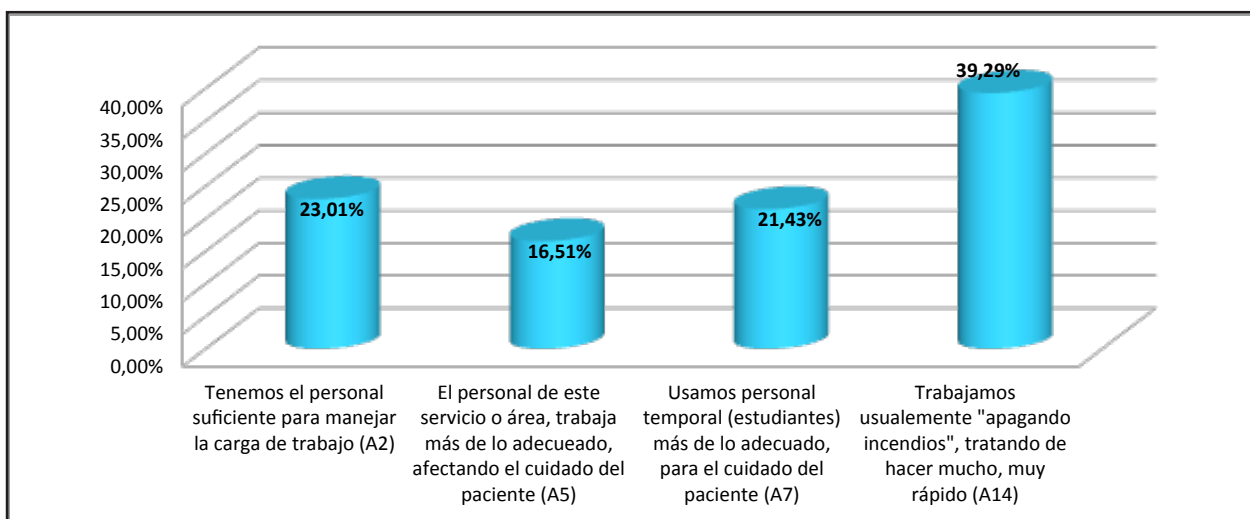


Gráfico 7. Suficiencia de personal

Se observa en el gráfico 7 que solo el 23,01 % piensa que se tiene suficiente personal para manejar la carga de trabajo, el 16,51 % del personal del área trabaja más de lo adecuado, afectando el cuidado del paciente, el 21,43 % opina que se usa personal temporal más de lo adecuado, para el cuidado del paciente y el 39,29 % considera que trabaja "apagando incendios" tratando de hacer todo mucho muy rápido.

2. Aspectos de cultura de seguridad a nivel de todo el hospital

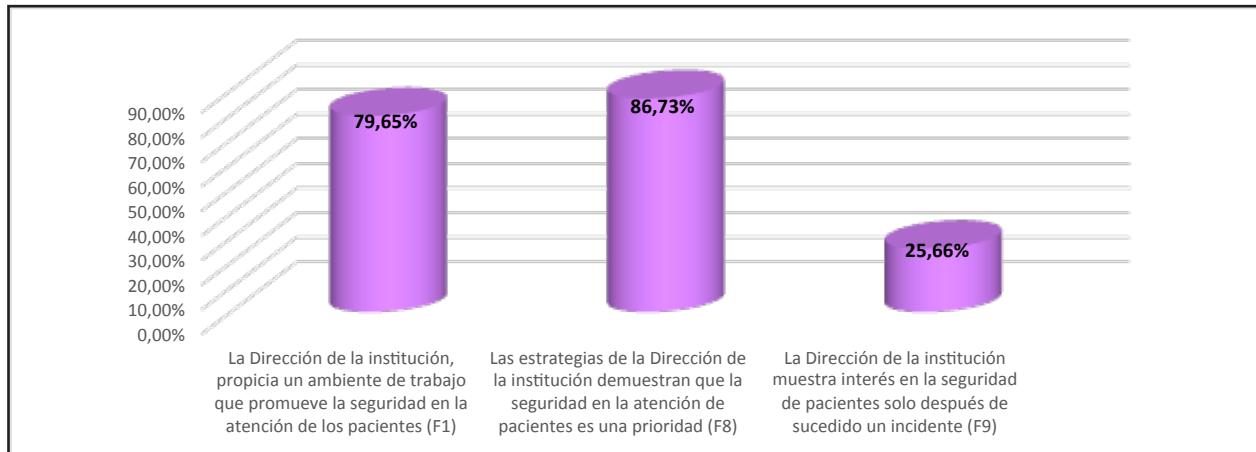


Gráfico 8. Compromiso y apoyo del hospital y de la dirección del hospital a la seguridad del paciente

En el gráfico 8 se evidencia que el 86,73 % de encuestados piensa que las estrategias institucionales demuestran que la seguridad en la atención de pacientes es una prioridad, el 79,65 % de los encuestados opinan que la dirección propicia un ambiente de trabajo que promueve la SP, y solo el 25,65 % percibe que la dirección muestra interés en la SP después de sucedido un incidente.

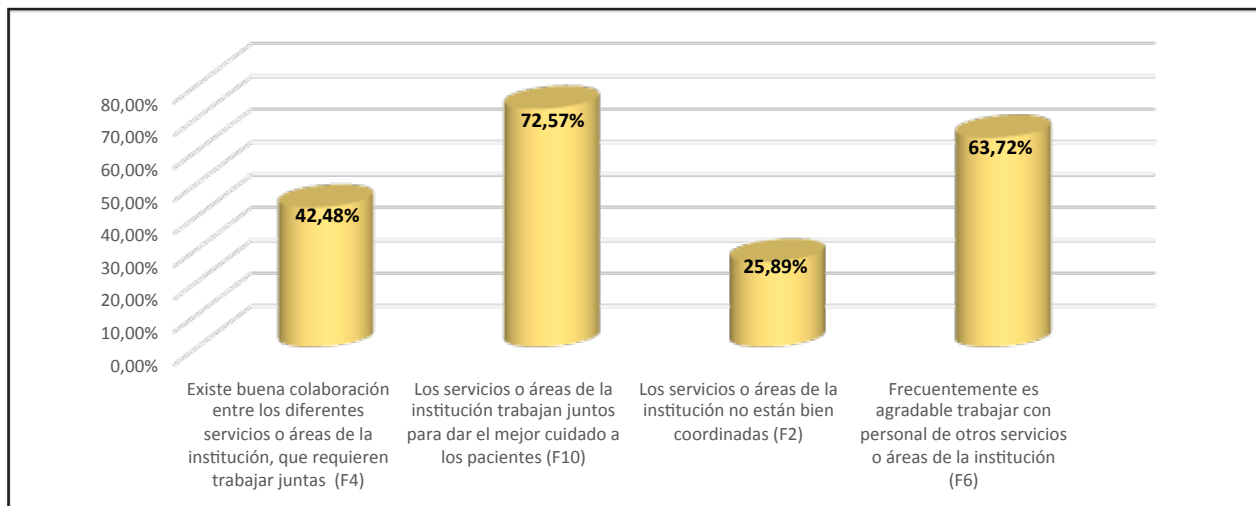


Gráfico 9. Trabajo en equipo entre las unidades

De acuerdo al gráfico 9 el 72,57 % considera que las áreas de la institución trabajan juntas para dar un mejor cuidado al paciente, el 63,72 % de la población piensa que frecuentemente es agradable trabajar con personal de otras áreas, el 42,48 % opina que existe una buena colaboración entre las diferentes áreas que requieren trabajar juntas y solo el 25,89 % cree que las áreas no están bien coordinadas.

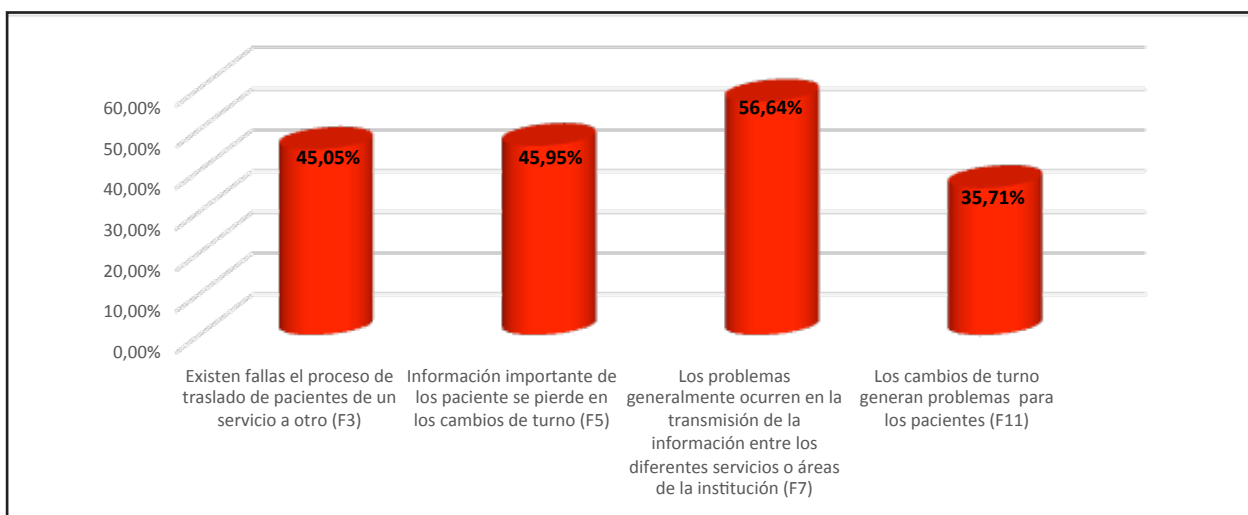


Gráfico 10. Transiciones en el hospital

Se observa en el gráfico 10 que el 56,64 % de los encuestados considera que los problemas generalmente ocurren en la transmisión de información entre los diferentes servicios o áreas, el 45,95 % detecta que información importante se los pacientes se pierde en el cambio de turno, el 45,05 % considera que existen fallas en el proceso de traslado de pacientes de un servicio a otro, y solamente el 35,71 % piensa que los cambios de turnos generan problemas a los pacientes.

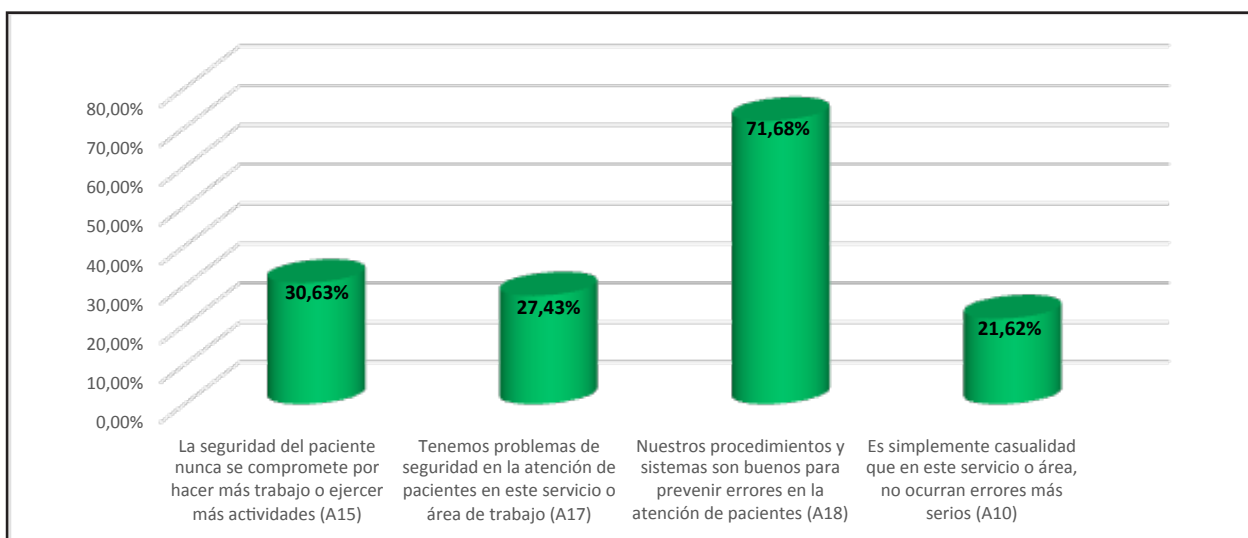


Gráfico 11. Percepciones generales de seguridad

Para el gráfico 11 el 71,68 % de los trabajadores tiene la percepción de que los procedimientos y sistemas institucionales son buenos para prevenir errores en la atención del paciente, 30,63 % opina que la seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo o ejercer más activida-

des, el 27,43 % cree tener problemas de seguridad en la atención del paciente en su servicio y finalmente el 21,62 % piensa que es simple casualidad que en su servicio no ocurran errores más serios.

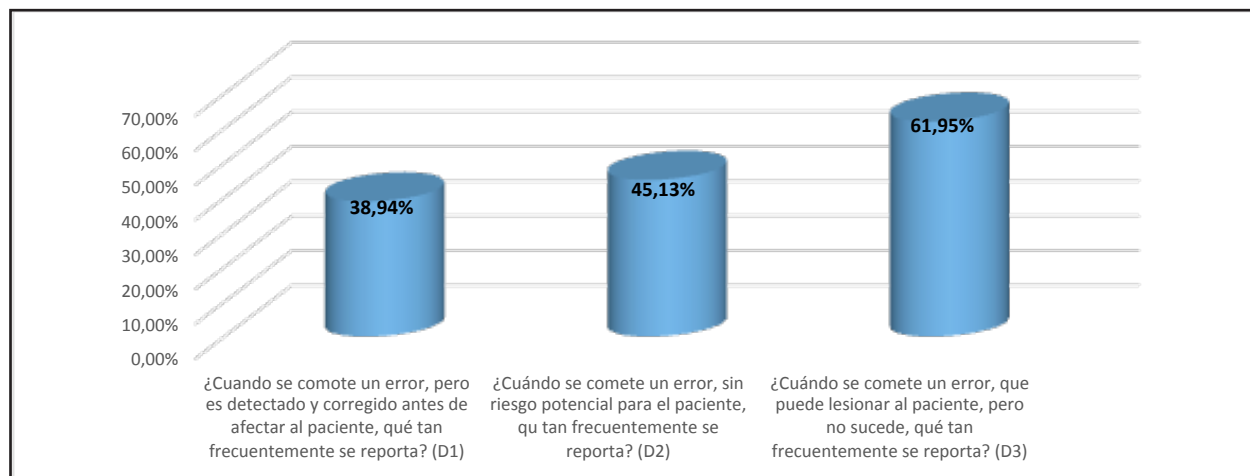


Gráfico 12. Frecuencia de reporte de eventos adversos

En el gráfico 12 se refleja que el 61,95 % de las personas reporta con frecuencia el error que puede lesionar al paciente, el 45,13 % frecuentemente reporta un error sin riesgo potencial para el paciente, y sólo el 38,94 % reporta cuando se comete un error, pero es detectado y corregido antes de afectar al paciente.

3. Variables de resultado

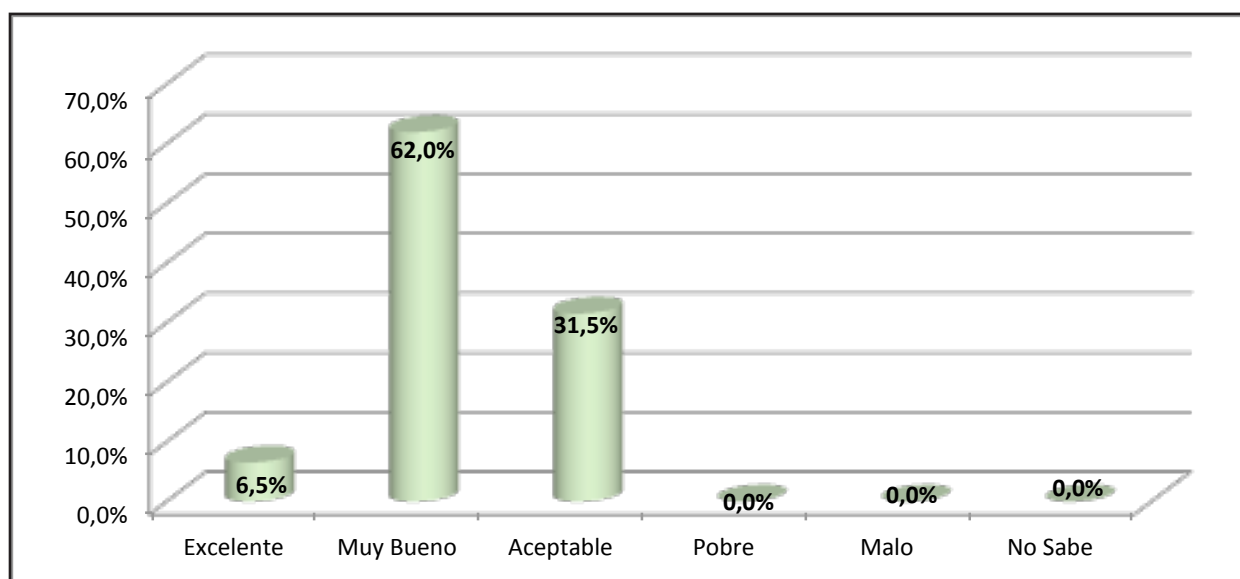


Gráfico 13. Grado de seguridad del paciente en el hospital o unidad

De acuerdo al gráfico 13 de las 113 personas encuestadas, el 62 % calificó como muy bueno el grado de seguridad del paciente en la clínica y el 6,5 % con un excelente frente a un 31,5 % como aceptable.

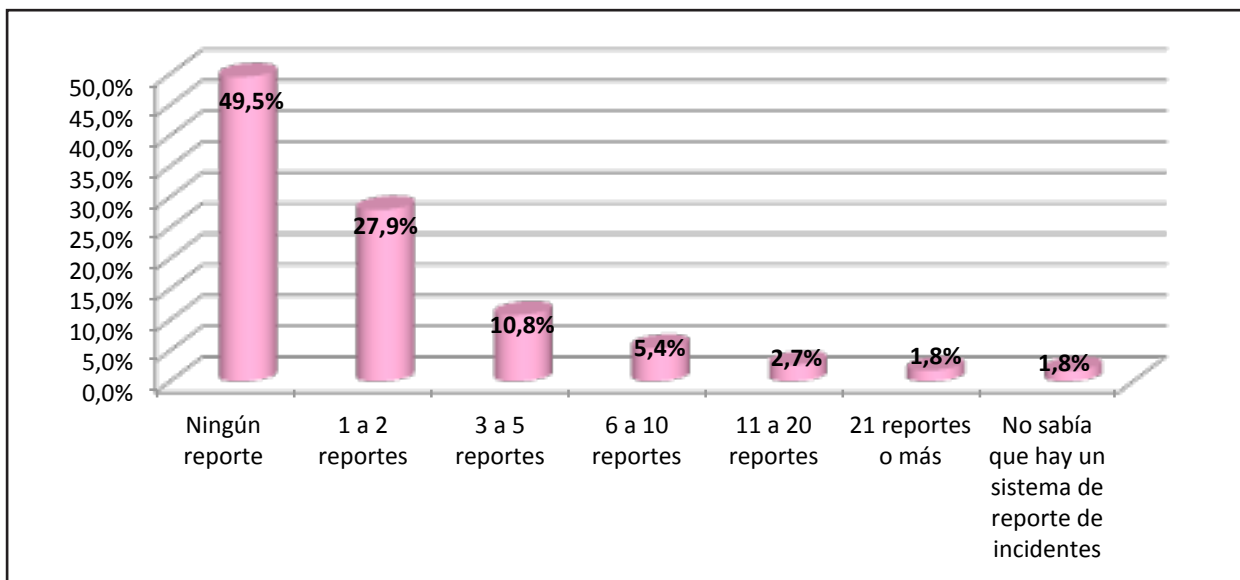


Gráfico 14. Número de eventos adversos reportados

Se observa que en el gráfico 14 el 48,6 % de los encuestados realizan reporte de EA con un reporte representativo del 27,9 % por persona de 1 a 2 reportes, frente a un 49,5 % que no realiza ningún tipo de reporte.

Discusión

Entendiendo la cultura de seguridad del paciente como el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y que se reflejan en sus acciones diarias para evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud, este estudio identificó la cultura de seguridad del paciente referida por el personal asistencial y administrativo de una institución de III nivel en Bogotá, se identificaron algunos de los aspectos más favorables y problemáticos, que forman parte fundamental de la cultura de seguridad.

El análisis producto de la sección “Aspectos de cultura de seguridad a nivel de cada unidad” reveló que los empleados afirman que el jefe tiene en cuenta sus sugerencias para mejorar la seguridad en la atención de los pacientes como una expectativa positiva para promover la cultura de la seguridad.

En esta misma sección sobresale que la población encuestada percibe que se está trabajando de forma activa, para el mejoramiento de la seguridad en la atención de pacientes, que al interior del área de trabajo las personas se tratan con respeto, se apoyan mutuamente, se ayu-

dan cuando alguien está realmente ocupado y cuando necesitan terminar una gran actividad de trabajo lo hacen en equipo.

El personal que labora en las diferentes unidades detecta que no habla con tranquilidad si observan algo que perjudica la SP por que no sienten la libertad de cuestionar las decisiones tomadas por sus superiores, refiriendo miedo de hacer preguntas cuando algo no parece correcto, reflejado en la baja frecuencia de reporte (48,6 %).

La respuesta no punitiva al error se destaca ya que la discusión de las diferentes formas de prevenir los errores solo alcanza el 56,64 % reflejando una limitada retroalimentación del reporte de incidentes.

De acuerdo a la respuesta no punitiva al error, es significativo el hecho de que el personal se preocupa por que los errores cometidos se registren en sus hojas de vida de acuerdo a un 53,15 %, siente que los errores reportados se usan en contra de ellos porque se hace mayor énfasis en culpar a las personas y no en analizar las causas del problema.

Es de resaltar que la opinión de los encuestados en cuanto a la suficiencia de personal para manejar la carga laboral para garantizar la prestación de los servicios de manera óptima, lo cual se traduce en aumento de la carga laboral e impacta negativamente en la percepción del personal en cuanto al ambiente propicio para desarrollar conductas que favorezcan la cultura de seguridad (Singer, 2003).

A su vez los resultados de la sección "Aspectos de cultura de seguridad a nivel de todo el hospital" muestran que el compromiso y apoyo institucional y de la dirección a la seguridad

del paciente es muy positivo, pues las estrategias institucionales demuestran que la seguridad en la atención de pacientes es una prioridad, propiciando un ambiente de trabajo que promueve la SP. Las áreas de la institución trabajan juntas para dar un mejor cuidado al paciente, se observa que frecuentemente ven como agradable trabajar con personal de otras áreas, es claro que se debe trabajar en la percepción de la coordinación de las áreas o servicios ya que como se mencionó anteriormente, existe temor de hablar con tranquilidad porque no sienten la libertad de cuestionar las decisiones tomadas por sus superiores, refiriendo miedo de hacer preguntas cuando algo no parece correcto.

Se debe fortalecer la transmisión de información entre los diferentes servicios para evitar la ocurrencia de problemas como pérdida de información importante para la atención de los pacientes.

Es de resaltar que los trabajadores tienen la percepción de que los procedimientos y sistemas institucionales son buenos para prevenir errores en la atención del paciente, pues la seguridad de este nunca se compromete por hacer más trabajo.

Se resalta que el reporte de eventos se realiza cuando se puede lesionar de alguna forma al paciente pero no sucede, por el contrario cuando existe un error y este es detectado y corregido antes de afectar al paciente, es reportado solo por el 38,94 % lo cual obstaculiza cualquier posibilidad de aprender de estos, limitando el acceso a información que apoye el aprendizaje de la experiencia con el fin de promover los sistemas de prevención de errores, pero esta

actividad es sustentada con el hecho de que el personal se preocupa por que los errores cometidos se registren en sus hojas de vida.

El análisis de la sección “Variables de resultado” mostró un patrón en el cual los mayores porcentajes de la muestra califican el grado de seguridad como muy bueno y excelente; al indagar respecto a los EA reportados el último año, un gran porcentaje de ellos afirmó que no había reportado ningún EA, y tan solo el 27,9 % de la muestra manifestó haber reportado de 1 a 2 EA o incidentes; esto puede ser un indicio de las debilidades en la cultura del reporte de incidentes y EA pues, a pesar de que se está en contacto directo con el sujeto de cuidado, no se reportan 49,5 % de los EA en el cuidado cotidiano, lo que se puede deber a la percepción que tienen estos encuestados respecto de las acciones punitivas que puede llevar a cabo.

Conclusiones

La aplicación de la encuesta de la cultura de la seguridad (CS) a una institución de tercer nivel en la ciudad de Bogotá D. C., permitió evidenciar las creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de esta organización acerca de los aspectos de CS a nivel de cada unidad, aspectos de CS a nivel de todo el hospital y variables de resultado, generando un aporte importante para el mejoramiento continuo en la atención segura de los pacientes, destacando el buen clima organizacional, el trabajo en equipo, el aprendizaje organizacional, las estrategias implementadas por la dirección de la institución, dando prioridad a la atención segura de los pacientes, aspectos que la orga-

nización debe tener en cuenta como fortalezas en la construcción de una cultura institucional en seguridad clínica que genere en el personal de salud la adopción de prácticas seguras, como punto de partida para disminuir la posible incidencia de los eventos adversos.

Los aspectos que se destacan como oportunidades de mejoramiento son la libertad de cuestionar las decisiones tomadas por sus superiores, refiriendo miedo de hacer preguntas cuando algo no parece correcto, la retroalimentación de los reportes de incidentes, la respuesta no punitiva al error y la coordinación de las áreas, actividades de gran importancia para prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, se percibe la necesidad de mejoramiento de los sistemas de comunicación y escucha, actitud positiva de aprendizaje, mejora en la coordinación entre unidades y servicios, como herramientas necesarias para establecer relaciones de confianza y trabajo en equipo siendo aspectos clave de éxito para el clima organizacional, constituyendo un aporte importante, cuando se documentan y respaldan las acciones con el propósito de buscar un ambiente agradable de trabajo reflejado en una práctica clínica segura que no sea punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad.

De acuerdo a los resultados queda por fortalecer la cultura del reporte de incidentes, siendo este un pilar fundamental para la base del conocimiento científico, con el propósito de lograr acercamientos reales y lógicos de cómo gestionar y dar solución a las variables que puedan llevar a cometer errores que en muchos casos, pudieron haber sido evitables.

Referencias

- Aranaz, J. (2011). Seguridad del Paciente y calidad asistencial. *RevCalidAsist.*, 26(6):331-332.
- Franco, A. (2005). La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colombia Medica Vol. 36 N°2*.
- Fundación Santa Fe de Bogotá. (2007). Seguridad del Paciente: implementación de una cultura [internet] Bogotá. encolombia.com/medicina/enfermeriaVol104, web.
- Gómez, R. O., Arena, G. W., González, V. L., Garzón, S. J., Mateus, G. E., & Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería XVII*, (3): 97-111.
- Gómez, R. O., Soto Gámez, A., Arenas Gutiérrez, A., Garzón Salamanca, J., González Vega, A., & Mateus Galeano, É. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Open Journal Systems*.
- Hellings, J. S. (2007). Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur International*, 20 (7): 620-632.
- Kerguelén, C. A. (2010). Reporte y análisis de eventos adversos: la necesidad de estructurar sus relaciones. *centro de gestion hospitalaria*, 8-15.
- Perdomo, R. A. (2010). Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá. *Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 150-178.
- Sammer, C. L. (2010). What is patient culture? A review of the literature. *J. nurs. scholarsh*, 42(2):156-165.
- Singer S, G. D., & Sinaiko A, H. S. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospital. *Qual Saf Health Care*, 12: 112-118.

Anexo 1

Terminología

Seguridad del paciente: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científica probada que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el procesos de la atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Atención en salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Indicio de atención insegura: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un accidente o evento adverso.

Falla de la atención en salud: una deficiencia para realizar un acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto. Las fallas son por definición no intencionales.

Riesgo: es la probabilidad que un incidente o un evento adverso ocurra.

Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

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 riesgo: conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente.

Pautas para colaboradores de la revista

La Revista de Gestión, Salud y Trabajo E + B, publicación electrónica del área de posgrados de Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social, de la Facultad de Ciencias Económicas-Administrativas de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, considerará para su publicación trabajos inéditos, ensayos, revisiones de tema y resúmenes de investigaciones, en español y/o inglés, que sean propuestos por estudiantes de pregrado y posgrado, profesores, egresados y todos los interesados en aportar al avance del conocimiento en las temáticas de economía, gestión, salud y trabajo. La revista tiene una periodicidad trimestral.

Las personas interesadas en colaborar con la publicación deben tener en cuenta las siguientes pautas:

La recepción de los artículos se realizará durante todo el año.

Los trabajos serán evaluados de acuerdo con los siguientes criterios: rigor conceptual y metodológico, redacción, claridad y coherencia en la argumentación y uso de fuentes bibliográficas. Los resultados de la evaluación se le enviarán al autor, informándole si su artículo ha sido aceptado o las causas de su no aceptación.

El autor deberá enviar el artículo mediante un archivo electrónico en formato Word al correo electrónico: marthai.rianoc@utadeo.edu.co

Los artículos se deben presentar en formato Word, con un máximo de 15 páginas, tamaño carta, incluyendo tablas, ilustraciones, notas y referencias bibliográficas. Debe tener espacio interlineado 1.5, Letra Times New Roman, 12 puntos.

Las referencias bibliográficas deben estar en formato APA (quinta edición).

El autor debe incluir los siguientes datos: nombre completo, correo electrónico, títulos académicos y si lo desea empresa donde labora. También deberá enviar una foto de perfil en formato .jpg (máximo 2 MB).

El resumen debe tener una extensión máxima de 150 palabras. Debe especificar mínimo cuatro y máximo seis palabras clave. El mismo deberá ser presentado en los idiomas español e inglés.

Las tablas deben tener un encabezado específicamente descriptivo, estar citadas en el texto, y las abreviaturas y símbolos explicados al pie de la tabla.

Los gráficos deben enviarse en formato .jpg, .ai o .ps con una resolución de 1028 x 1200.

Los encabezados de cada sección se escribirán en negritas, a la izquierda y en mayúscula sostenida.

El Comité Editorial se reserva el derecho de realizar las modificaciones pertinentes para la edición y diagramación del artículo.



www.utadeo.edu.co



UTADEO

UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

Área de Posgrados en Gestión de
Servicios de Salud y Seguridad Social

estarbien