



ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SALUD

PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE

2018

INTERGRANTES

**LAURA DANIELA BENAVIDES VESGA
AMPARO FAJARDO MONTOYA
CARLOS ALBERTO LLOREDA MOSQUERA
JUAN CARLOS CASTRO AMAYA**



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

1. Índice.....	2
	3
2. Introducción.....	4
.....	5 6
3. Justificación.....	7
4. Caracterización Hospital San José del Guaviare	8
4.1 Presentación	8
.....	9 10 11 12
4.2 Problema de investigación	13
.....	14 15
5. Objetivo general	15
.....	16
6. Marco referencial.....	16
6.1 Marco conceptual.....	16
.....	17 18 19
6.2 Marco Normativo.....	19
.....	20 21 22 23
7. Evidencias.....	23
7.1 Gerencia Estrategica y del servicio	23
7.1.1 Pregunta.....	23
7.1.2 Objetivos especificos.....	23
7.1.3 Aplicación y descripción de instrumentos propios.....	24
.....	25 26 27 28 29 30
7.1.4 Análisis de información.....	30
7.2 Auditoría y control de calidad en salud.....	31
7.2.1 Pregunta.....	31
7.2.2 Objetivos específicos.....	31



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

7.2.3 Aplicación y descripción de instrumentos propios.....	31
.....	32 33 34
7.2.4 Análisis de la información.....	35
.....	36
7.3 Desarrollo organizacional.....	37
7.3.1 Pregunta.....	37
7.3.2 Objetivos específicos.....	37
7.3.3 Aplicación y descripción de instrumentos propios.....	37
.....	37 38 39 40 41
7.3.4 Análisis de la información.....	42
.....	43 44
8. Conclusiones y recomendaciones.....	44
.....	45 46
9. Bibliografía/webgrafía.....	46
.....	47 48
10. Consideraciones legales.....	49



2. Introducción

El sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud (SOGCS) presenta dentro de sus objetivos, la gestión del riesgo asociado a la seguridad del paciente, desde su dependencia ha puesto a disposición unos lineamientos que buscan mitigar en gran medida los incidentes y eventos adversos que atenten contra la razón de ser de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que es brindar un servicio seguro y de calidad. (SOCIAL, 2018).

Estos lineamientos deben ser replicados en cada una de las organizaciones que brinden servicios de salud más allá de si pertenece al sector público o privado, al régimen contributivo o subsidiado y para ello es fundamental contar con un buen líder organizacional con suficiente preparación académica, profesional y sobre todo gran sentido humano, que sepa transmitir al interior de la entidad la filosofía del no daño; pilar fundamental de la política de seguridad del paciente.

No se puede pensar en calidad si no se brinda un servicio seguro, y esta seguridad involucra varios actores adicionales al paciente, la infraestructura hospitalaria, dotación y tecnología biomédica, insumos, medicamentos, personal médico-asistencial, personal administrativo, recursos económicos y financieros.

En la E.S.E hospital San José del Guaviare se percibe debilidad en la política de seguridad del paciente, tiene problemas en su estructura, se toma con preocupación que el número de



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

incidentes y eventos adversos en el hospital San José del Guaviare registrados desde el 2012 hasta el 2018 asciende a 1175 casos. (Martinez, 2018).

En términos generales al interior de la organización no se refleja una cultura de seguridad del paciente posesionada, esto incluye falta de concientización y decisión para reportar incidentes y eventos adversos, información de gran importancia para tomar acciones preventivas o correctivas para la gestión del riesgo, en ocasiones el temor a ser juzgados o señalados pesa más que la ética profesional para aceptar equivocaciones o cuando se es testigo de alguna, también se tiene como factor influyente la gestión de un buen clima organizacional, el cual a pesar de ser prioridad como objetivo institucional, aún tiene mucho por mejorar, un buen clima laboral, facilitaría la comunicación en la organización y daría esa confianza y tranquilidad de que no se tomaran acciones punitivas frente a los reportes de incidentes o eventos adversos, por el contrario, se brindará acompañamiento, asesoría y capacitación, lo anterior se hace evidente en las evaluaciones que se le realiza al personal médico-asistencial durante las capacitaciones de uso y cuidado de equipos médicos e incidentes y eventos adversos, se determinó que la gran mayoría no discierne entre un evento y un incidente adverso, no comprende el funcionamiento de gran parte de los equipos biomédicos que usa a diario, los cuidados especiales, etc. En la última capacitación realizada, se esperaba una asistencia de 187 personas, asistieron 126, que representa el 67,7%, una cifra bastante por debajo de la anhelada, se necesita mayor compromiso y aprovechamiento de los espacios de capacitación y rigurosidad institucional para mejorar los preocupantes indicadores de incidentes y eventos adversos ocurridos en la institución.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Se ha determinado como objetivo principal plantear un protocolo de seguridad del paciente, como herramienta para reducir la tasa de incidentes y eventos adversos ocurridos en la ESE Hospital San José del Guaviare, con esta herramienta se espera sembrar bases para incrementar los índices de calidad, rentabilidad, oportunidad en el servicio, satisfacción de los usuarios, aumento del patrimonio institucional al mismo tiempo que se reduzca la tasa de morbilidad y mortalidad en la región.

la metodología utilizada fue la aplicación de instrumentos vistos en los diferentes módulos durante la especialización, como resultado del todo el trabajo realizado, se obtuvo una propuesta donde se establecen las actividades a realizar, cómo se piensan implementar, recomendaciones puntuales en torno a la problemática, al igual que un plan de mejoramiento para fortalecer la política de seguridad del paciente al interior de la institución.

Se concluye que existen falencias en la implementación del sistema de habilitación, algunos estándares requieren fortalecimiento y esto ha sido altamente influyente en los altos índices de incidentes y eventos adversos, de modo que en este sentido, se ha fallado en la auditoría y control de calidad, desde el desarrollo organizacional el frecuente cambio gerencial ha generado reprocesos y lentitud en materia de crecimiento, sumado a la falta de idoneidad profesional para liderar algunos procesos y ejercer algunas funciones.



3. Justificación

El planteamiento o propuesta de un protocolo de seguridad del paciente en la E.S.E Hospital san José del Guaviare, nace de la necesidad de estandarizar y documentar los procesos encaminados a proteger la integridad de los pacientes antes y durante el proceso de atención hospitalario, fortaleciendo de esta manera, la política de seguridad adoptada.

La identificación oportuna de riesgos inherentes a la atención y aquello que surja como producto de las intervenciones realizadas es vital para mejorar la seguridad del paciente.

Con el planteamiento de un protocolo se pretende reducir sustancialmente los incidentes y eventos adversos en el hospital San José del Guaviare, para disminuir la ocurrencia se hace imprescindible una muy buena gestión de estos, donde se aprendan de las experiencias vividas y se diseñen barreras que aporten a la solución del problema.

Se toma con preocupación que el motivo de incidentes y eventos adversos reportados años tras años son reiterativos, es necesario diseñar estrategias y contar con herramientas que ayuden en la reducción de los costos económico asociados a prolongadas estadías hospitalarias, mal uso de la tecnología biomédica, contratación de personal no idóneo, falta de sentido de pertenencia por la institución y demandas por no garantizar la seguridad del paciente, tema que requiere gran atención pues las pérdidas económicas para la institución podrían llegar a ser multimillonarias y además no se cumpliría con la razón de ser de la institución, prestar un servicio seguro y de calidad.



4. Caracterización Hospital San José del Guaviare

A continuación, se hará una breve descripción de la organización, donde se pueda visualizar los aspectos más relevantes.

4.1 Presentación

La empresa seleccionada es la E.S.E hospital San José del Guaviare ubicada en el municipio de San José del Guaviare, clima tropical, la mayoría de los meses del año están marcados por lluvias, con precipitación media aproximada de 2487 mm, su altitud es de 300msnm, temperatura promedio de 32° c, la topografía del terreno es plana con mínimas ondulaciones, el hospital actualmente está gerenciado y representado legalmente por el doctor Cesar Augusto Jaramillo Martínez, es el único hospital de II Nivel de complejidad en el Departamento del Guaviare constituyéndose como centro de referencia, no sólo del Guaviare sino del sur del Meta y departamentos circunvecinos.

En el departamento son pocas las IPS que ofrecen servicios especializados, las que lo hacen son de carácter privado, destacamos a medicenter ips, fisiomed ips, y medsalud.

El hospital San José del Guaviare es una Empresa Social del Estado, que ofrece servicios de salud de baja y mediada complejidad, está habilitado como hospital de segundo nivel, fue creada según ordenanza 002 del 20 de marzo del 1996 de la asamblea del departamento dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. (AUTORIA INSTITUCIONAL, 2016)



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Su misión está orientada a ofrecer servicios de salud, con gran calidad humana fundamentada en los principios de oportunidad, eficiencia y eficacia, se proyecta para el 2020, ser reconocida a nivel nacional como una de las mejores organizaciones sociales del estado con modelos diferenciales de atención integral, con equilibrio financiero, gran compromiso ambiental, líder en investigación en la Orinoquía y Amazonía. (AUTORIA INSTITUCIONAL, 2016)

En la búsqueda del cumplimiento de la misión y visión, se han planteado unos objetivos misionales, estos son:

- Asegurar la viabilidad financiera de la E. S. E Hospital San José del Guaviare.
- Mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud. Adaptar la empresa a los retos y exigencias del mercado.
- Iniciar un proceso de modernización en la gestión administrativa, financiera, tecnológica y de prestación de servicios.
- Mejoramiento del clima organizacional y satisfacción del cliente interno. (AUTORIA INSTITUCIONAL, 2016)

Esta institución tiene a disposición de sus usuarios los siguientes servicios de salud:

Cirugía, Esterilización, Urgencias, pediatría, fisioterapia, farmacia, consulta externa, imagenología, apoyo psicosocial, terapia respiratoria, laboratorio clínico, partos y UMI. (AUTORIA INSTITUCIONAL, 2016)



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Para provisión de estos servicios de salud tienen una ruta, que se conoce como cadena de valor, está conformada de la siguiente manera:

- Llegada del paciente: Momento en el cual el paciente ingresa a las instalaciones del hospital.
- Admisión: Aquí se validan los datos del paciente, se recibe una solicitud de servicio y según el caso se da la admisión o no, y posterior asignación del servicio solicitado.
- Atención: Dependiendo de las necesidades del paciente, se le presta el servicio de salud más indicado.
- Egreso: Una vez finalizada la atención se procede a dar salida al paciente, en ocasiones esta salida es condicionada.

Es necesario establecer una serie de proveedores que permitan el abastecimiento de insumos, medicamentos, equipos, consumibles etc. para hacer posible una adecuada prestación del servicio y cumplimiento de estándares de habilitación en el ESE hospital san José del Guaviare, destacamos los siguientes proveedores:

- COMPU BYTES SAS. Proveedor de servicios de internet
- C&Y MEDICAL SUMINISTROS EU. Proveedor de medicamentos
- BRETONLAB SAS. Proveedor de insumos para laboratorio clínico y transfusión sanguínea



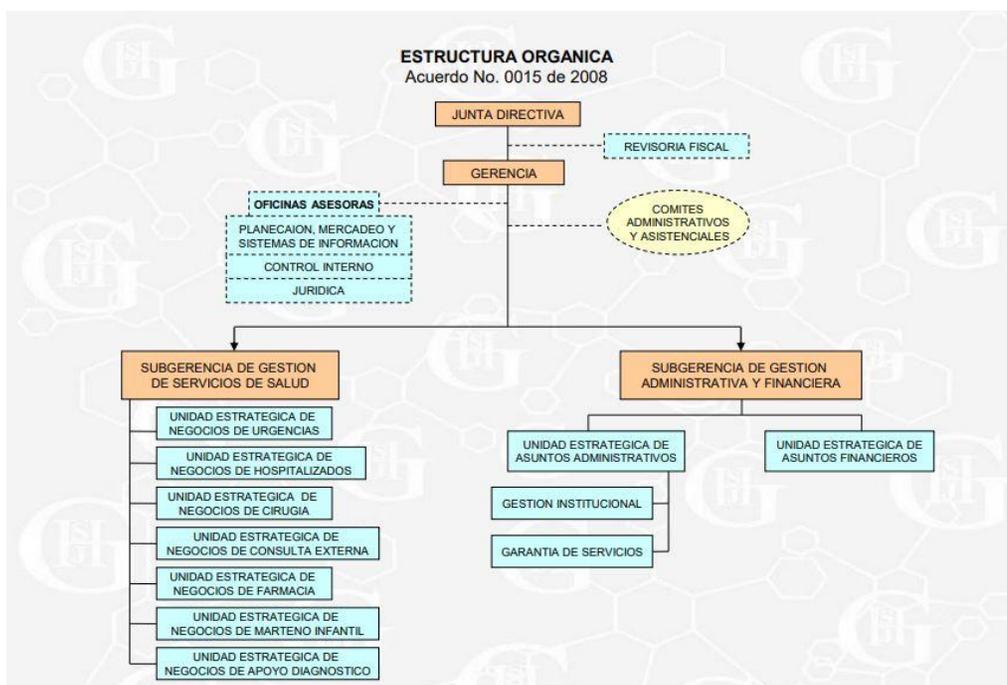
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

- DISCOLMEDICA SAS. Proveedor de medicamentos y material médico-quirúrgico.
- COMERCIALIZADORA HERMANOS LÓPEZ SAS. Proveedor de productos de aseo.
- ENERGUAVIARE. Proveedor de energía eléctrica
- EMPOAGUA. Proveedor de acueducto.

Toda la prestación del servicio está precedida de una forma de contratación, esta organización, funciona bajo la modalidad de contratación por evento, por lo tanto, se constituye alrededor de un conjunto de servicios incluidos en un plan de beneficios para un grupo de personas con derechos definidos por el contratante. El contratista acepta un listado de eventos de atención que puede brindar, el precio se constituye sobre el costo de los eventos de atención (intervenciones, pruebas, procedimientos y medicamentos) atribuibles al consumo de una persona durante su proceso de atención. Usualmente se paga en forma retrospectiva, a partir de una factura generada por el hospital y puede estar predefinido un conjunto de precios para los servicios acordados.

En la institución están muy bien definidos sus clientes o usuarios, estas son personas que están vinculadas a un régimen de salud y requieren fundamentalmente servicios de urgencias y especializados, debido a que es un único hospital del departamento que ofrece servicios de segundo nivel de complejidad, su población objetivo es bastante considerable brindando incluso atención a habitantes de regiones cercanas.

La estructura organizacional está conformada por las siguientes dependencias:



Tomado de <https://esehospitalguaviare.gov.co/talento-humano/> 21 oct de 2018

- Gerencia. Esta dependencia tiene la función de ejecutar labores de dirección, gestión, formulación de estrategias institucionales en la administración de la Entidad; mediante la adopción de políticas, programas, proyectos y cumplimiento de los objetivos misionales que deriven en la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad.
- Oficinas asesoras: Le corresponde liderar procesos de planeación, mercadeo, sistemas de información, control interno, gestión jurídica y contratación.
- Subgerencia de gestión de servicios de salud. Encargada de liderar todos los procesos relacionados con los servicios de salud que ofrece la organización.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Subgerencia de gestión administrativa y financiera. Desde esta dependencia se gestionan procesos como gestión institucional, gestión del talento humano, garantía de servicios, archivo, atención al cliente, suministros y medicamentos y farmacia, contabilidad y costos, presupuestos, tesorería, facturación, auditorías de cuentas médicas, se realizan los balances generales de forma anual, análisis financiero, costo y presupuesto de los servicios y/o dependencias. (AUTORIA INSTITUCIONAL, 2016)

4.2 Problema de investigación

Tras la estabilidad gerencial luego de varios periodos de intermitencia, donde el gerente era cambiado de forma prematura, la E.S.E hospital San José del Guaviare ha venido en crecimiento exponencial, lo que implica que crece cada vez más rápido en el tiempo, fortaleciendo día a día su misión y acercándose a lo establecido en su visión, ha mejorado en cobertura, adquisición de nuevas tecnologías biomédicas, ha encaminado esfuerzos por mejorar la infraestructura hospitalaria, atención al usuario, disponibilidad de profesionales especializados, clima organizacional, situación financiera y administrativa para cumplir con los estándares de habilitación; sin embargo aún hay mucho por mejorar y procesos por fortalecer, como es el caso de la política seguridad del paciente, si bien existe una intención organizacional por hacerla exitosa, a la fecha no existe una ruta clara, documentada y firme que cree cultura y consecuentemente permita mejorar los índices de seguridad en el servicio.

Entrando en detalle sobre los últimos dos años, tenemos que en el 2017 se presentaron 137 casos de incidentes o eventos adversos, de los cuales 32 corresponden a incidentes y 105 a eventos adversos, los 32 incidentes tienen un mismo motivo, caídas, estas se presentaron en



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

distintos servicios, de 105 casos de eventos adversos, 44 corresponden al evento adverso por flebitis, siendo el de mayor frecuencia.

Hasta el último registro del 2018, septiembre, en el área de estadística se registró un total de 110 casos, donde 23 pertenecen a incidentes adversos por caídas en distintos servicios, y 87 a eventos adversos, donde la mayor ocurrencia se da por flebitis (Martínez, 2018).

La anterior información permite inferir 2 situaciones muy preocupantes, la primera es que la ocurrencia de incidentes adversos siempre se repite en cuanto motivo, la segunda que la mayor parte de eventos adversos se dan por flebitis, deja en evidencia que no se ha hecho una adecuada gestión a los incidentes y eventos adversos ocurridos años tras año o que no ha sido efectiva la estrategia adoptada, de otro lado es notoria la ausencia total de registros de incidentes y eventos adversos ocurridos por el uso de dispositivos médicos, cuando es de general conocimiento que en las instituciones prestadoras de salud, el uso de la tecnología biomédica tiene asociado un alto riesgo de incidentes y eventos adversos, lo que hace pensar que no se realizan reportes del número real de estos casos, probablemente por desconocimiento de cuando se denomina evento o incidente adverso por uso de dispositivo médico o una simple falta de afianzamiento de un componente esencial de la política de seguridad del paciente, el programa de tecnovigilancia.

No reportar la totalidad de las ocurrencias, sumado a la baja efectividad y eficiencia en la gestión de los casos, ha empeorado la situación, pues mientras no se identifiquen falencias y se generen barreras, la probabilidad de incurrir en incidentes o eventos adversos no disminuirá.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Las causas son diversas, muchos casos se han presentado por mal estado de la infraestructura, falta de insumos, disponibilidad de los equipos médicos e inexperiencia del personal médico-asistencial, negligencia, ineficiencia de las capacitaciones, desconocimiento técnico etc. Por lo que se ha fallado desde la auditoría y control de la calidad en salud, proceso garante de las condiciones mínima de la institución para la prestación del servicio, el desarrollo organizacional en los procesos de selección y capacitación del personal y la planeación estratégica en la identificación y correctivos frente a las fallas en el servicio.

Como consecuencia de la situación, se presentan extensas estadías hospitalarias, enfermedades nosocomiales, mayores gastos en medicamentos, insumos, mantenimientos correctivos de equipos biomédicos, un alto flujo de demandas, muertes que pudieron ser evitadas con una mejor atención en salud etc.

5. Objetivo General

Plantear un protocolo seguridad del paciente, pedagógico, coherente y financiable tomando como base los lineamientos establecidos a nivel nacional, que permita contribuir a la reducción de incidentes y eventos adversos registrados en la E.S.E hospital San José del Guaviare hasta lo que va del 2018.

6. Marco referencial

6.1 Marco conceptual

Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. (MINSALUD, 2018)

Política integral en salud

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2016)

Seguridad del paciente

Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2018)

Tecnovigilancia.

Es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la cualificación de efectos adversos serios e indeseados producidos por los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a estos efectos o características, con base en la notificación, registro y evaluación sistemática de los efectos adversos de los dispositivos médicos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de estos para prevenir su aparición. (INVIMA, 2012)

Evento adverso.

Lesión no intencional causada por el manejo médico, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente. (MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2007)

Incidente adverso.

Es aquel suceso inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas materiales y que al no haberse corregido oportunamente o si se hubiese presentado en circunstancias distintas habría podido terminar en un accidente e implicar problemas al paciente. (MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2007)

Falla en la atención en salud.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Es una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, en las fases de planeación o ejecución. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2018)

Barrera de seguridad.

Acción o circunstancia que reduce las probabilidades de la presentación de un evento o incidente adverso. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2018)

Gestión del evento o incidente adverso.

Conjunto de herramientas, procedimientos y acciones, utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción del daño al paciente con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2018)

Promoción y prevención

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejore sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos. (COOMEVA, 2018)

Atención en salud

Según la Ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad.
(MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2018)

Cuadro de mando integral.

Es un modelo de gestión que traduce la estrategia en objetivos relacionados entre sí, medidos a través de indicadores y ligados a unos planes de acción que permiten alinear el comportamiento de los miembros de la organización con la estrategia de la empresa. Se trata de una herramienta de control de gestión, cuya función primordial es la implantación y comunicación de la estrategia a toda la empresa. (Cmigestion, 2018)

6.2 Marco Normativo

- Ley 100 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1993)

Es muy importante entender el origen y los fines del sistema de seguridad social, como está conformado, quienes intervienen, como funciona en sistema general de salud, aseguradoras



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

de riesgos profesionales, sistema pensional etc. Recordando que a partir de un evento adverso se puede presentar un, accidente laboral, una incapacidad, indemnización, y hasta una pensión según la gravedad de los hechos.

- Resolución 1446 del 2006.

“Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”

Los eventos adversos son uno de los principales elementos a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del Sistema pueden verificar si los procesos estandarizados o las acciones de mejoramiento efectivamente se están traduciendo en resultados en la calidad de los servicios que recibe el usuario.

Es supremamente importante que se dé cumplimiento a esta resolución, puntualmente porque permite establecer lineamientos para la vigilancia de eventos adversos, y poder ofrecer soluciones que permitan reducir los índices a su mínima expresión, aquí integramos aspectos relevantes en la seguridad al paciente como son:

Sistema Único de Acreditación: El ente acreditador debe exigir en los formularios de aplicación para la acreditación en salud que la institución haga una descripción de cómo vigila el comportamiento y gestiona el mejoramiento de los procesos involucrados en la ocurrencia de eventos adversos. Los evaluadores del ente acreditador deben buscar de manera activa durante sus evaluaciones la existencia de eventos adversos y la evidencia de las acciones de mejoramiento derivadas de la vigilancia de estos en la institución,



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

correlacionándolos con el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación. Durante el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación (o de mejoramiento) la vigilancia de los eventos adversos sirve a las instituciones para orientarse hacia la medición de la efectividad de sus procesos de mejoramiento y de la validez de la evidencia que aportarán ante el ente acreditador relacionada con el cumplimiento de los estándares de acreditación.

En la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad la vigilancia de eventos adversos se encuentra planteada como una de las recomendaciones de las “Pautas de Auditoría”, para el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. La ocurrencia de eventos adversos le aporta información a la institución para la definición de los procesos prioritarios hacia los cuales debe enfocar su programa de auditoría la vigilancia de la ocurrencia de los eventos adversos permitirá evaluar la medida en la cual la atención en salud ofrecida por la IPSs o EAPB está consiguiendo los resultados centrados en el usuario de que trata la norma.

En el Sistema Único de Habilitación el análisis de la ocurrencia de los eventos adversos, en especial los que están asociados a muerte o lesiones graves del paciente, debe correlacionarse con la prevención de los riesgos hacia los cuales apuntan los estándares de este componente del SOGCS.

El evento adverso se caracteriza por que las causas que lo originan pueden estar asociadas a deficiencias en la calidad de la atención. Su existencia no indica con certeza fallas en la calidad, pero sí es señal de que hay una alta probabilidad de que alguno o varios de los procesos de atención asociados a la ocurrencia del evento no estén funcionando



correctamente. En consecuencia, en la vigilancia de los eventos adversos trazadores es vital el análisis de la ruta causal a través de la cual se dio su ocurrencia. (MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2016)

➤ **Resolución 1740 de 2008**

El sistema de administración de riesgos constituye en una valiosa herramienta para la institucionalización del protocolo de seguridad al paciente, dado que en el análisis de la causalidad de los incidentes y eventos adversos se pueden identificar factores atribuibles al asegurador, cuya intervención debe darse de manera coordinada con las instituciones de su red en lo referente a las fallas que involucren a ambos actores, igualmente, en su relación contractual con los prestadores deben evitarse prácticas que antes que favorecer el mejoramiento, puedan incentivar el ocultamiento como las glosas indiscriminadas de situaciones calificadas unilateralmente como evento adverso sin previo análisis con el prestador, análisis de la recurrencia o de la existencia de programas efectivos de seguridad del paciente, al igual que el establecer procedimientos punitivos o que desincentiven el reporte de los eventos adversos por parte del prestador. (MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, 2008)

➤ **Resolución 1043 del 3 de abril de 2006**

Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios.

De capacidad tecnológica y científica.



Suficiencia Patrimonial y Financiera.

De capacidad técnico-administrativa

El cumplimiento de los estándares de habilitación se puede tomar como un indicador de seguridad en el servicio, es relevante que se centren esfuerzos por mantener en orden cada estándar, pues son condiciones que se requieren no sólo en el momento de la habilitación sino para la prestación del servicio de salud. (MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, 2006)

El protocolo de seguridad del paciente difícilmente tendrá éxito sin el aporte de estos estándares.

7. Evidencias

7.1 Gerencia Estratégica y del servicio

7.1.1 Pregunta.

¿Qué actividades definidas en un plan, se requerirían para dar cumplimiento a la estrategia planteada?

7.1.2 Objetivo específico.

- Diseñar un cuadro de mando integral para evaluar la pertinencia, efectividad y eficiencia del protocolo de seguridad del paciente, precedido de un análisis situacional.



7.1.3 Aplicación y descripción de instrumentos propios.

Para soportar el análisis y posterior respuesta de la pregunta planteada, se consideró que el instrumento más acorde es el cuadro de mando integral, traducido al inglés como “balance score scard “, es una metodología que permite alinear la estrategia con las actividades de la organización.

El balance Score Card se basa en las cinco perspectivas del mapa estratégico:

Perspectiva Financiera

Perspectiva del Cliente

Perspectiva de los Procesos Internos

Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento.

Al diseñar un cuadro de mando integral, podemos verificar paso a paso el desarrollo de la estrategia en la organización y dar información sobre el cumplimiento o no de lo planteado, es importante tener en cuenta principios básicos para la implementación de la estrategia como son:

- Diseñar acciones concretas para el logro de los objetivos planteados en el mapa estratégico.
- Asociar tareas a las acciones diseñadas.
- Asignación de un entregable o prueba que garantice el cumplimiento de las acciones.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

- Asignar un presupuesto para cada una de las actividades y tareas propuestas.
- Determinar metas, indicadores y fechas de cumplimiento.

Estas actividades son las que se alinearían con la estrategia, y es donde el instrumento seleccionado se hace importante.

Se elige este y no otro porque esta fase de la planificación estratégica desde el contenido se ajuste más a la pregunta planteada, éste instrumento será útil para el protocolo porque permite definir responsables y administrar la gestión del cumplimiento a través de indicadores que asociados a unos umbrales dejan ver a la alta dirección si se están logrando o no los objetivos propuestos, éste establece el método de evaluación tras la implementación y va marcando el camino a través de indicadores de cumplimiento, esto permite hacer pivotes, cambios o mejoras y lograr que el servicio de salud sea seguro y de calidad.

A continuación, se realiza la aplicación del instrumento seleccionado:

Cuadro de mando integral: A través de este, se hará seguimiento y control a la estrategia diseñada para implementar el protocolo de seguridad al paciente, pedagógico, coherente y financiable con los lineamientos establecidos a nivel nacional, una vez pasado por la fase de diseño, para ello se eligen unos indicadores y se plantea un objetivo el cual es la razón fundamental para llevar a cabo esta investigación pues la seguridad del paciente se puede medir con el número de incidentes y eventos adversos ocurridos y reportados de manera formal y reducirlos a su mínima expresión se convierte en un gran éxito institucional.

Objetivo	Indicadores	Meta	Cumplimiento		
			Bajo	Medio	Alto
Reducir los índices de incidentes y eventos adversos, al igual que los costos asociados, a través del planteamiento de un protocolo de seguridad al paciente y posterior implementación de este.	Número de incidentes adversos	<5	>20	5- 20	0 - 4
	Numero de eventos adversos.	<5	>20	5 - 20	0 - 4
	Percepción de seguridad en el servicio por parte de los usuarios (%)	100%	< 80%	80% - 90%	> 90
	Reducción de costos relacionados con incidentes o eventos adversos (%)	100%	<50%	50%- 80%	>80 %
	Conocimiento del protocolo de seguridad al paciente por parte del personal- medico asistencial (%).	100%	< 80%	80% - 90%	> 90

Hoja de vida de los indicadores.

Nombre del indicador	Numero de eventos adversos
Periodicidad de medición	Anual
Descripción	A través de este indicador, se pretende conocer el número de eventos adversos.
Cálculo	A través de sumatoria de eventos adversos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Método de alimentación	reportes de incidentes adversos a y través de formato institucional
Responsable	Coordinador del programa Tecnovigilancia
Umbrales	0 – 4 verde entre 5 y 20 amarillo mayor a 20 rojo
Versión y fecha	0001-4 2018

Nombre del indicador	Número de incidentes adversos
Periodicidad de medición	Anual
Descripción	A través de este indicador, se pretende conocer el número de incidentes adversos.
Cálculo	A través de sumatoria de incidentes adversos
Método de alimentación	reportes de incidentes adversos a y través de formato institucional
Responsable	Coordinador del programa Tecnovigilancia
Umbrales	0 – 4 verde entre 5 y 20 amarillo mayor a 20 rojo
Versión y fecha	0001-4 2018

Nombre del indicador	Percepción de seguridad en el servicio por parte de los usuarios
Periodicidad de medición	Anual
Descripción	A través de este indicador, se pretende conocer si se sienten seguro o no los pacientes al recibir la prestación del servicio.
Cálculo	A través de la sumatoria de respuestas negativas y positivas
Método de alimentación	Encuesta
Responsable	Coordinador del programa Tecnovigilancia
Umbrales	Menor a 80% rojo entre 80% y 90% amarillo mayor a 90% verde
Versión y fecha	0001-4 2018

Nombre del indicador	Reducción de costos relacionados con incidentes o eventos adversos
Periodicidad de medición	Anual
Descripción	A través de este indicador, se pretende conocer que tanto se logra reducir los costos en la institución, relacionados con incidentes y eventos adversos
Cálculo	Diferencia de gastos relacionados con incidentes y eventos adversos del año 1 con respecto al año 2 (análisis horizontal)
Método de alimentación	A través del análisis del balance general y estado financiero, en donde se discrimine los gastos directa o



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

	indirectamente relacionados con incidentes o eventos adversos.
Responsable	Subgerencia administrativa y financiera
Umbrales	Mayor a 80% verde entre 50% y 80% amarillo menor a 50% rojo
Versión y fecha	0001-4 2018

Nombre del indicador	Conocimiento del protocolo de seguridad al paciente por parte del personal- medico asistencial
Periodicidad de medición	Trimestral
Descripción	A través de este indicador, se pretende conocer si el personal médico asistencial tiene conocimiento total del protocolo de seguridad al paciente
Cálculo	Sumatoria de aprobación o reprobación de test al personal médico asistencial.
Método de alimentación	Examen teórico-practico
Responsable	Coordinador del programa Tecnovigilancia
Umbrales	Mayor 90% verde entre 80% y 90% amarillo menor a 80 rojo
Versión y fecha	0001-4 2018



Diligenciamiento del instrumento: Para la determinación del objetivo, se hizo una extensión del objetivo general, el cual está centrado en la reducción de incidentes y eventos adversos, en torno a este, se diseñaron 5 indicadores que en conjunto permiten conocer la eficiencia y efectividad de la estrategia adoptada para la implementación del protocolo, las metas y cumplimiento de los indicadores fueron establecidas teniendo en cuenta el histórico de incidentes y eventos adverso y los resultados esperados con la implementación del protocolo, los umbrales fueron estimados de manera proporcional a las metas establecidas.

7.1.4 Análisis de la información.

Si se hace uso del instrumento aquí planteado, se puede determinar con cifras reales y exactas la gestión institucional con respecto a las actividades descritas en un plan que se convierten en necesarias para llevar a cabo la estrategia y poder decir con toda certeza, la gerencia estratégica al interior de la organización es exitosa.

Se plantea una meta de incidentes y eventos adversos, cero, es casi imposible que en una institución prestadora de servicios de salud, nunca sucedan incidentes o eventos adversos, pues ante todo son seres humanos quien prestan el servicio y por condición natural se presentan errores, sin embargo sirve mucho de motivación y un ser humano motivado piensa y actúa de manera positiva, lo cual es un factor que ayuda a alcanzar metas y sueños, y entre más cerca se esté de esa cifra existirá un mejor calidad en el servicio.

Sentirse seguro en un ambiente hospitalario es un indicador que brinda información acerca de cómo se refleja en el paciente las medidas adoptadas, es un factor psicológico determinante en la estadía hospitalaria, que el personal médico-asistencial tenga total



conocimiento del protocolo jugará un rol importante en el éxito de este, diseñar una buena estrategia en ese sentido, será fundamental para alcanzar la meta propuesta.

7.2 Auditoría y control de la calidad en salud

7.2.1 Pregunta.

¿Cómo mejorar el modelo de operación de la empresa seleccionada para implementar de manera adecuada los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en los servicios de Salud?

7.2.2 Objetivo específico.

- Identificar las principales causas que generaron incidentes o eventos adversos y diseñar un plan de mejoramiento a la política de seguridad del paciente.

7.2.3 Aplicación y descripción de instrumentos propios.

Plan de mejoramiento política de seguridad del paciente: Se elige este instrumento porque permite identificar barreras, fallas y factores influyentes en la falta de afianzamiento de la política de seguridad del paciente y aportar soluciones que permitan mejorar de manera considerable el funcionamiento de la empresa y de esta forma poder implementar con mayores posibilidades de éxito diferentes componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad en los servicios de salud.

Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:

Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor.

Se utilizará la siguiente tabla de calificación:

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
Se calificará como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento.	Se calificará como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la Institución.	Se calificará como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
Se calificará como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento.	Se calificará como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	Se calificará como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
Se calificará como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto si no se efectúa la acción de mejoramiento.	Se calificará como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las	Se calificará como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

	finanzas y la imagen de la institución.	cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.
--	---	---

Se dará priorización a las oportunidades de mejora con una puntuación igual o superior a 100 puntos.

Se elige este instrumento y no otro, porque está enfocado en subsanar deficiencias operativas o funcionales, lo cual es totalmente acorde con la problemática de cómo mejorar el modelo de operación para implementar de manera adecuada los diferentes componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad en los servicios de salud.

Los otros instrumentos si bien son importantes, no tienen la misma influencia o pertinencia para soportar el análisis y posterior respuesta a la pregunta planteada, debido a que presentan enfoques de aplicación a procesos específicos y no tanto hacia actividades o procesos de mejoramiento.

A continuación, se presenta la aplicación del instrumento:



7.2.4 Análisis de la información.

De acuerdo con los puntajes obtenidos, se considera que todas las oportunidades de mejora deben ser priorizadas, las barreras en termino generales, pasan por la obtención del respaldo gerencial para llevar a feliz término el plan, la situación económica de la empresa se convierte en una amenaza para materializar varias oportunidades de mejora, éste plan apoyado en el ciclo PHVA, podría facilitar la implementación de manera adecuada diferentes componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad en servicios de salud.

En el tema de responsabilidades de las acciones, se puede verificar que apunta más a procesos que a personas, y es apenas lógico, pues la seguridad del paciente no va a depender de una persona, sino de un equipo multidisciplinar donde todos son importantes.

Se toma como oportunidad de mejora la ampliación de inversión en infraestructura hospitalaria, uno de los incidentes de mayor frecuencia está relacionado con caídas, en muchos de los casos por mal estado de las camas, propio de la obsolescencia de estas o la no adopción de medidas preventivas y de seguridad, de otro lado uno de los eventos adversos de mayor frecuencia es la flebitis, la causa está relacionada con malos procedimientos médicos asistenciales, largas estadías hospitalarias sin la intervención oportuna de la terapia física, por lo tanto, de realizarse se considera un avance sustancial hacia la solución del problema, apuntando a un servicio seguro con altos estándares de calidad.

La puesta en marcha del programa institucional de tecnovigilancia se visiona como un factor influyente en el mejoramiento de la calidad en salud, desde la gestión de incidentes y eventos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

adversos asociados al uso de dispositivos biomédicos con una adecuada estrategia para aumentar los índices de reporte.

No siempre la calidad depende de la inversión, también juega un papel fundamental el uso racional de los recursos que están a disposición, físicos, humanos, tecnológicos, científicos, etc. Estos factores son los que al final incidirán en la seguridad del paciente, fortalecer las capacitaciones y transmitir a nivel gerencial compromiso y sentido de pertenencia marcarán la rapidez con que se resuelva la problemática, es muy importante la documentación del protocolo y que la información esté disponible en todo momento.

Lo anterior además de buscar el logro del objetivo del sistema nacional de salud “mejorar las condiciones de salud de la población”, pretende la reducción en gastos económicos producto de la disminución de enfermedades y afectaciones de la salud, lo que a su vez da la posibilidad de seguir aumentando cobertura sin perder calidad en el servicio.

7.3 Desarrollo organizacional

7.3.1 Pregunta.

¿Cómo se gestiona en su empresa los procesos del desarrollo organizacional para aportar a la excelencia en la prestación del servicio?

7.3.2 Objetivo Específico.

- ✓ Describir de qué manera se gestionarán las acciones y actividades fundamentales del protocolo de seguridad del paciente.

7.3.3 Aplicación y descripción de instrumentos propios.

cronograma de capacitación y actividades fundamentales del protocolo de seguridad del paciente: La selección de este instrumento, está fundamentada en que se debe garantizar que los equipos y sus líderes cuenten con las competencias necesarias, de manera que las nuevas funciones se cumplan de manera correcta en beneficio de la prestación del servicio, el programa de capacitación debe ser paralelo al cronograma de actividades, así se garantiza mayor afianzamiento de la estrategia adoptada y un mejor desarrollo en la implementación.

Frente al tema de seguridad del paciente aún existen muchos vacíos informativos y de recepción de la política institucional, recientemente se incorporó un ingeniero biomédico, asumiendo que es vital para el desarrollo organizacional, talento humano idóneo para liderar procesos como la política de seguridad del paciente.

Los procesos de desarrollo organizacional se deben gestionar a través de un equipo multidisciplinar que tras realizar un diagnóstico situacional identifique falencias u oportunidades de mejora y proceda al diseño de estrategias, ejecución de actividades y procesos para intervenir tales hallazgos, de manera que se hace necesario realizar capacitaciones de manera permanente, actividades de integración, lluvia de ideas y sugerencias entre servicios, en pro del mejoramiento del clima laboral y del crecimiento institucional.

Todas las actividades descritas en un plan para dar cumplimiento a la estrategia planteada requieren apoyarse en el desarrollo organizacional, quien se constituye en el cómo se llevará a cabo la implementación del protocolo planteado.

A continuación, se detalla el despliegue de la estrategia, se explica de qué manera se plantea desarrollar las actividades seleccionadas desde la gerencia estratégica y el plan de mejoramiento propuesto desde la auditoría y control de la calidad en salud.

- **Diseño de un programa de capacitaciones al personal médico-asistencial:** Debido a la gravedad de la problemática al menos durante el primer año de implementación, se plantea capacitación teórico- práctica trimestral al personal médico-asistencial, los temas a tratar serian incidentes adversos, eventos adversos, programa institucional de tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivovigilancia, humanización del servicio, uso y cuidado de dispositivos médicos etc. se dispondrá de 3 días a doble jornada horario de 9 am – 12 am y de 3pm-6 pm, buscando la asistencia de todo el personal médico-asistencial vinculado a la institución ya sea en calidad de contrato laboral o prestación de servicio.

En cada sesión trimestral, se hará un pretest y un test para conocer la evolución de la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos relacionados a las funciones del cargo y a la seguridad del paciente, estará disponible durante todo el año un equipo de ingenieros biomédicos para capacitar al personal que requiera fortalecimiento en el uso adecuado de la tecnología biomédica, entendiendo que el uso incorrecto se constituye en una gran amenaza para la seguridad del paciente y por este motivo se derivan muchos incidentes y eventos adversos en las instituciones prestadoras de servicios de salud.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

- **Asignación de tareas específicas a procesos relacionados:** Cada jefe de servicio tendrá entre sus funciones la tarea de velar y vigilar que se cumpla en cada área los estándares de habilitación, del tal manera que en todo momento exista una buena prestación del servicio y reportar cuando se dé el caso, incumpliendo ante el personal encargado, teniendo en cuenta que la seguridad del paciente se ve seriamente afectada cuando no hay garantías de funcionamiento. Cada vez que ingrese personal nuevo al servicio, el jefe del mismo será responsable de evaluar las competencias necesarias para el cumplimiento de las funciones, de manera teórica o practica a criterio de cada servicio y de no aprobarlas solicitar capacitación cuando se trata de desconocimiento de tecnología biomédica, si es de tipo asistencial o medico se entraría a evaluar con la subgerencia de servicios de salud, la idea es que la prestación del servicio sea en todo momento segura y un buen talento humano, profesional e integral es vital para ese objetivo.
- **Seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas:** Con todos los jefes de servicio, el coordinador del protocolo de seguridad del paciente, un ingeniero biomédico y el subgerente de servicios de salud, durante el primer año se hará comité bimensual para evaluar evolución y cumplimiento de la estrategia, si es necesario se harán cambio o redireccionamiento, la idea es cumplir con el objetivo propuesto en el cuadro de mando integral. Se hará de manera permanente revisión técnica y física de inventarios relacionados con la prestación del servicio para sacar de circulación aquello que se consideren un riesgo potencial de incidentes y eventos adversos, los responsables de esta tarea será el coordinador de almacén y el coordinador de

ingeniería biomédica, se pedirá fortalecimiento de las auditorías internas para verificación de los estándares de habilitación y hacer los correctivos del caso cuando estos no se garanticen.

- **Establecer indicadores de cumplimiento acompañado de fechas fijas.** Estos están definidos en el cuadro de mando integral, en el caso de requerir modificaciones, el coordinador del protocolo será el responsable de gestionar la actualización de estos.
- **Asignación presupuestal para la materialización de tareas o actividades propuestas:** La proyección de costos y gastos relacionados con el planteamiento del protocolo de seguridad al paciente es la siguiente.

COSTOS IMPLEMENTACION PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
GRUPO	COSTO MENSUAL EN PESOS	COSTO DEL SERVICIO	TIPO DE COSTO
RECURSO HUMANO			
LIDER DEL PROCESO	\$2.200.000		FIJO
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	\$1.500.000		FIJO
PUBLICIDAD INSTITUCIONAL		\$180.000	VARIABLE
INSUMOS-MATERIALES			
MATERIAL LÚDICO-DIDACTICO	\$400.000		FIJO
DOCUMENTACION DEL PROGRAMA		\$100.000	VARIABLE
REFRIGERIO PARA CAPACITAIONES		\$190.000	FIJO

COSTOS/MES	
COSTOS FIJOS	\$4.100.000
COSTOS VARIABLES	\$470.000
	\$4.570.000



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

COSTOS/AÑO	
COSTOS FIJOS	\$49.200.000
COSTOS VARIABLES	\$5.640.000
	\$54.840.000

- **Actividades de promoción del protocolo:** El tema lúdico es relevante dentro de la estrategia de culturización, empoderamiento y afianzamiento del protocolo, se dispondrá de pantallas en puntos estratégicos con texto, audio y video relacionado con casos clínicos de incidentes, eventos adversos y buen uso de equipos biomédicos, la idea es hacer repetitivo el mensaje, que cada vez se cometan menos errores humanos y se preste un servicio mas seguro, reduciendo de manera sustancial los índices de incidentes y eventos adversos.
- **Implementación del plan de mejoramiento:** Estará coordinado por la jefe de calidad y el responsable técnico del protocolo de seguridad del paciente, teniendo en cuenta que aquí intervienen varios procesos, para ello se seguirá los lineamientos establecidos en el PAMEC institucional y el diseño propuesto en el instrumento de auditoria y control de la calidad en salud como plan de mejora a la seguridad del paciente.

Diligenciamiento del instrumento: Se realizó un análisis objetivo de toda la información recolectada en torno a la problemática, se identificó que actividades se debían realizar y se procedió a establecer de que manera implementarse teniendo en cuenta bases conceptuales del desarrollo organizacional.



7.3.4 Análisis de la información.

Se toma como prioridad el afianzamiento conceptual por parte del personal médico-asistencial de situaciones de incidentes y eventos adversos, esto facilitaría la identificación de las ocurrencias y en ese sentido aumento de los índices de reportes y gestión oportuna de los mismos para evitar que se repitan, desde la formulación se entiende la importancia de la asistencia de forma masiva a las jornadas de capacitación, para ello se dan garantías en términos horarios para facilitar el manejo de los cuadros de turnos.

Realizar evaluación antes y después de cada capacitación se convierte en una gran ayuda para validar la asimilación de temas fundamentales en la seguridad del paciente, a partir de esta situación se puede realizar análisis cuantitativo y cualitativo para aportar herramientas e información que acerque a la institución a la solución del problema.

Se hace fundamental la participación de los líderes de procesos para apoyar en funciones de vigilancia y control, buscando que cada servicio cuente en todo momento con las herramientas necesarias y así evitar incidentes y eventos adversos producto de indisponibilidad de equipos, insumos, daño en infraestructura, etc.

Establecer de manera objetiva los indicadores de cumplimiento acompañado de fechas fijas y la selección de un equipo multidisciplinar de evaluación y seguimiento, entendiendo que el desarrollo organizacional requiere de distintos perfiles profesionales que de manera integral ofrezcan mejores soluciones a la problemática, será muy importante para afrontar los grandes retos que surgen de la implementación del protocolo, redireccionar el camino ante



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

un bajo cumplimiento de los indicadores es una situación que se contempla desde el diseño de la estrategia y los comités serán importante para tomar este tipo de decisiones.

El costo económico de la implementación del protocolo de seguridad al paciente, con respecto a los gastos relacionados con incidentes y eventos adversos registrados tomando como referencia el 2017 y lo que va del 2018 por ejemplo, es bastante favorable, aquí se vería una clara optimización de recursos financieros, lo cual se constituye en uno de los beneficios de la implementación de lo planteado en este portafolio.

De acuerdo con los gastos proyectados, se requiere un presupuesto anual de al menos \$ 60.000.000 millones, para implementación del protocolo de seguridad del paciente, en su gran mayoría, los incidentes y eventos adversos presentados, generan un costo económico para la institución, que no permite la mayor optimización de los recursos financieros, se considera que unas de las maneras más efectivas para reducir esos gastos o pérdidas es a través del fortalecimiento de la política de seguridad del paciente, y es por eso que se cree vital poner en marcha el protocolo, el cual busca crear entre otros beneficios, una cultura que propenda al no daño, el máximo cuidado y la mejor atención al paciente, se anhela consolidar un ambiente seguro en la atención y de esta manera crecer en términos económicos y financieros.

Trascendental el componente lúdico y pedagógico para facilitar la asimilación del protocolo al interior de la organización, que sea entendible y muy práctico marcará en parte la buena implementación de este.



La seguridad del paciente se puede ver afectada por varias causas, el plan de mejoramiento busca mitigar el impacto de éstas y mejorar las condiciones de funcionamiento para ofrecer un servicio con altos estándares de calidad .

8. Conclusiones y recomendaciones

Con la aplicación de los instrumentos seleccionados, se estableció qué actividades o acciones fundamentales requiere el protocolo y de qué manera se llevarán a cabo, de modo que se logró el objetivo general y como resultado se obtuvo el planteamiento del protocolo de seguridad del paciente para el hospital San José del Guaviare fundamentado en los lineamientos dispuestos a nivel nacional.

Tras finalizar las respectivas investigaciones y recopilar información relacionada a la problemática planteada, se concluye que históricamente han existido falencias administrativas y financieras que han impactado de manera negativa la prestación del servicio, y entre las consecuencias de ello, está la alta tasa de incidentes y eventos adversos, ha sido determinante para agudizar la problemática no garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación, y en ese sentido los agentes reguladores como la secretaria de salud local y departamental han fallado ya que estos son la autoridad delegada por el gobierno para vigilar que en cada ips se garantice el SOGCS.

Existe el equipo multidisciplinario para el desarrollo organizacional frente a la seguridad del paciente, pero éste presenta falencias en termino de efectividad y eficiencia en la gestión de incidentes y eventos adversos pues la ocurrencia se sigue repitiendo año tras año.

Los servicios asistenciales se deben fortalecer con una buena gestión estratégica en el análisis de fallas, diseño y puesta en marcha de acciones preventivas y correctivas, planes de



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

mejoramiento y actualización de protocolos científicos usados para una adecuada prestación del servicio.

Las cifras de incidentes y eventos adversos son preocupantes, no se han gestionado de la mejor manera, y las ocurrencias se repiten de manera constante, por lo tanto, se recomienda mayor atención desde la gerencia y aumentar los esfuerzos para lograr la reducción de tales indicadores.

Queda la sensación que, debido a la problemática existente, muchos pacientes pudieron haber tenido una mejor atención en salud y reducir índices de morbilidad y mortalidad en la región.

Según las cifras de incidentes y eventos adversos, no hay concordancia entre la misión, visión y plan estratégico con la realidad de la organización, pues si se pretende brindar un servicio seguro y de calidad, y para el 2020, ser reconocida a nivel nacional como una de las mejores organizaciones sociales del estado con modelos diferenciales de atención integral, con equilibrio financiero, gran compromiso ambiental, líder en investigación en la Orinoquía y Amazonía no se puede permitir índices tan altos de incidentes y eventos adversos, esto invita a pensar que no se ha hecho una adecuada planificación estratégica ni en las etapas previas ni en la que se considera la más crítica, la implementación.

Se identifican graves incumplimientos al sistema de habilitación, la infraestructura y otros estándares requieren de mejoras, es necesario priorizar la destinación del presupuesto en el cumplimiento total de los estándares de habilitación.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Se toma como factor positivo la estabilidad gerencial que presenta el hospital en estos momentos tras largos periodos de intermitencias que no permitían afianzar procesos y se vio afectada la calidad en la prestación del servicio.

Es necesario mejorar y garantizar un buen clima laboral para contribuir a la reducción de incidentes y eventos adversos, al mismo tiempo generar ese ambiente de confianza que se requiere para tomar la decisión de reportar la ocurrencia de todos los incidentes y eventos para poder ser gestionados de la mejor manera.

Por todo lo antes descrito se recomienda de manera prioritaria la implementación del protocolo de seguridad del paciente aquí propuesto ya que es una herramienta influyente para la reducción de incidentes y eventos adversos, con esta iniciativa se espera, fortalecer la política interna de seguridad del paciente, cumplir con lo establecido en la misión y consolidar los anhelos planteados en la visión del hospital.

9. Bibliografía/webgrafía

AUTORIA INSTITUCIONAL. (29 de 08 de 2016). *HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE*.

Obtenido de HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE:

<http://esehospitalguaviare.gov.co/normatividad/>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (23 de 12 de 1993). *EVA*. Obtenido de EVA:

<http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

COOMEVA. (01 de 07 de 2018). *COOMEVA IPS*. Obtenido de COOMEVA IPS:

<http://eps.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=9663>

d. (s.f.).

DIRECTIVA, J. (29 de 08 de 2016). *HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE*. Obtenido de

HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE:

<http://esehospitalguaviare.gov.co/normatividad/>

DNP. (23 de 09 de 2015). *DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN*. Obtenido de

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN:

<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>

Guaviare, E. h. (5 de 03 de 2018). *ESE hospital san José del Guaviare*. Obtenido de ESE hospital

san José del Guaviare: <http://esehospitalguaviare.gov.co/talento-humano/>

Martínez, H. (10 de 03 de 2018). casos de eventos e incidentes adversos en el periodo 2017. (C. A.

Mosquera, Entrevistador)

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (01 de 12 de 2007). *MINISTERIO DE*

PROTECCIÓN SOCIAL. Obtenido de MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (08 de 05 de 2016). *MINSALUD*. Obtenido de

MINSALUD:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. (03 de 04 de 2006). *ALCALDIA MAYOR DE*

BOGOTÁ. Obtenido de ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. (01 de 11 de 2008). *MINSALUD*. Obtenido de MINSALUD:
https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (01 de 01 de 2016). *MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL*. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20en%20Salud.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (01 de 07 de 2018). *MINSALUD*. Obtenido de MINSALUD: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (01 de 07 de 2018). *MINSALUD*. Obtenido de MINSALUD: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>

MINSALUD. (01 de 07 de 2018). *MINSALUD*. Obtenido de MINSALUD:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>

SOCIAL, M. D. (2 de 03 de 2018). *MINISALUD*. Obtenido de MINISALUD:
https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

10. Consideraciones legales

Bogotá D.C., Mayo 24 de 2018

Señores
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA EN CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS
 Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas
 Ciudad

Cordial saludo,

Yo, Cesar Augusto Jaramillo Martínez, identificado con CC 79.465.882 de Bogotá en mi calidad de Representante Legal cargo Gerente de la empresa Hospital San José del Guaviare SA, manifiesto que Juan Carlos Castro Amaya identificado con cédula de ciudadanía No. 74095002 de Sogamoso estudiante del programa de ESP Gerencia del Hospital de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, ha informado a esta institución su intención de adelantar el proyecto académico denominado "PROTOCOLO DE SEGURIDAD AL PACIENTE", cuyo desarrollo requiere el acceso y uso de información administrativa, comercial y financiera relativa a la empresa, que puede tener carácter confidencial.

Dado lo anterior, se autoriza al estudiante a utilizar la información confidencial que la empresa entregue para el desarrollo del proyecto, siempre y cuando el estudiante, a través de la firma del presente documento se obligue a:

- (1) Mantener en carácter confidencial y privado la información revelada por la empresa en virtud o con ocasión del desarrollo del proyecto.
- (2) Usar con fines estrictamente académicos toda información, sea o no confidencial, entregada por la empresa para el desarrollo de su proyecto y/o de la cual tenga conocimiento en virtud o con ocasión del proyecto.
- (3) No utilizar la información confidencial con fines comerciales, así como tampoco ninguno de los productos (documentos, metodología, procesos y demás) que se deriven de la información entregada por la empresa.
- (4) No revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, reproducir, utilizar y/o emplear la información confidencial, con ninguna persona natural o jurídica, ni en su favor ni en favor de terceros.
- (5) Proteger la información confidencial para evitar su divulgación no autorizada
- (6) No proporcionar a terceras personas, verbalmente o por escrito, directa o indirectamente, información alguna de las actividades y/o procesos de cualquier clase que fuesen observadas en la empresa (área, institución, sector) durante la duración del proyecto.

Teniendo en cuenta el alcance del proyecto, manifiesto conocer que la información y resultados que se obtengan del proyecto podrían llegar a convertirse en artículos, estudios de caso o cualquier otro documento que como herramienta didáctica apoyará la formación de los estudiantes de la Institución y el campo de conocimiento de su disciplina, siendo posible que dichos resultados puedan ser publicados y socializados ante la comunidad académica.

En caso de que alguna(s) de las condiciones anteriores sea(n) infringida(s), la empresa podrá ejercer las acciones judiciales (civiles y penales) que considere pertinentes, para obtener el resarcimiento de los daños y perjuicios que pudieren derivar de la conducta del estudiante.

Atentamente, Nombre C.C. <u>79465882</u>		Acepto, <u>Juan Carlos Castro Amaya</u> Nombre Estudiante C.C. <u>74095002</u>
--	--	---