

IDENTIFICACIÓN Y DISEÑO DE UN PLAN DE MEJORA PARA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN IPS SALUD LÍNEA VITAL, COMPLEJO QUIRÚRGICO SANTA  
BÁRBARA

[2018]



Autor 1 Alexandra María Margarita Consuegra Torres

Autor 2 Claudia Milena Sánchez Gutiérrez

Autor 3 Deissy Johana Bernal Rincón

Autor 4 Katherine Yuleidy González Bueno

NOMBRE DEL TUTOR | ANA MARÍA LEÓN FORERO

## Contenido

Introducción.....	4
Justificación.....	4
Caracterización de la entidad.....	6
Presentación de la empresa.....	8
Presentación de productos y servicios que ofrece.....	8
Descripción de áreas o dependencias.....	9
Presentación del problema.....	10
Objetivo.....	10
Objetivo General.....	10
Marco Referencial.....	15
Marco Conceptual.....	17
Marco Normativo.....	19
Evidencias.....	26
Gerencia Estratégica y de Servicios.....	25
Pregunta de Investigación.....	265
Objetivo específico.....	265
Selección y aplicación de instrumentos.....	267
Análisis de la información.....	428
Auditoría y control de calidad en salud.....	43
Pregunta de Investigación.....	435
Objetivo específico.....	435
Selección y aplicación de instrumentos.....	44
Análisis de la información.....	379
Desarrollo Organizacional.....	50
Pregunta de Investigación.....	50
Objetivo específico.....	50
Selección y aplicación de instrumentos.....	51
Análisis de la información.....	69
Conclusiones y recomendaciones.....	71
Bibliografía/Webgrafía.....	73

Consideraciones legales .....	75
Anexos .....	77

## **Introducción.**

Los procesos de atención en salud en Colombia cada día van más enfocados a cumplir las necesidades de la población colombiana, logrando integrar valores tan importantes como los son eficiencia, eficacia, transparencia y pertinencia. Es por esto que durante los últimos años el Ministerio de Salud y de Protección Social ha ido introduciendo conceptos, que permiten tener al usuario como centro de atención. Es así como la Seguridad del Paciente se sitúa como pilar fundamental de cualquier institución, logrando generar conciencia por parte del personal en salud de la necesidad de atenciones seguras y coherentes que mejoren la calidad de vida del usuario.

Buscando la calidad institucional se define intervenir la política de seguridad del paciente, en todo su proceso de aplicación al identificar eventos adversos e incidentes que no se reportan los cuales tienen un impacto negativo en la imagen institucional frente a los entes de control, al ir en contra de los parámetros mínimos requeridos para la habilitación, en el estándar de procesos prioritarios de la resolución 2003 de 2014.

Se interviene este problema en el servicio de quirófanos de Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, de la ciudad de Santa Fe de Bogotá, desde 3 enfoques diferentes, buscando la notificación de los eventos adversos y/o incidentes derivados de la atención en salud de procedimientos realizados. En primer lugar, se define intervenir esta problemática desde un análisis Gerencial Estratégico buscando mejorar la calidad de la prestación del servicio a nivel del área de quirófanos de la organización; a través de diferentes herramientas que permiten analizar y caracterizar los errores mediante el análisis PESTAL , DOFA y el Balance Score Card, que aseguran una evaluación completa desde todas las aristas que tiene la organización, buscando crear estrategias claras que ayuden a mejorar este indicador, así como la evaluación ante los entes de control en miras a la permanencia de la habilitación y buscando la acreditación institucional.

En segundo lugar, para lograr desarrollar estas estrategias se hace necesario realizar una revisión de eventos e incidentes a través de sucesos observados para determinar causas, y el manejo de la información resultante se hará mediante una tabla de procesos prioritarios, la cual estará conformada por los parámetros de calidad y las oportunidades de mejora para verificar el cumplimiento de los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Por último, es necesario para poder generar un plan de mejoramiento, realizar un análisis causa raíz identificando factores primarios y secundarios que desencadenan o culminen en el no reporte de incidentes o eventos adversos, mediante el cual se logre evaluar el desempeño del personal y que permita crear estrategias para atacar estas causas de manera directa generando un compromiso con el personal en los procesos de formación de la organización.

Después de realizar el análisis conjunto desde los 3 enfoques, y relacionar las diferentes razones para el no reporte en el servicio de quirófanos se hace necesario implementar un plan de mejoramiento que permita poder tener información oportuna de eventos e incidentes para mejora continua del servicio de quirófanos de la institución.

## **Justificación.**

El presente estudio nace de la necesidad de una adecuada implementación y manejo de protocolos de Seguridad del Paciente, en el marco de garantía de la calidad de salud en cada institución, como mecanismo fundamental para disminuir la presencia de eventos adversos y/o incidentes, los cuales impactan de manera negativa el bienestar global de los pacientes, así como a las entidades comprometidas, en aspectos económicos, sociales, legales a corto, mediano y largo plazo.

Durante el período correspondiente al año 2017, el comité de seguridad del paciente de la Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, evidenció el aumento en el número de incidentes y eventos adversos en la institución, lo cual obligó a realizar un análisis en busca de los factores asociados, que permitió identificar una asociación entre la presencia de estos sucesos y la falta de un adecuado conocimiento/ manejo de los protocolos institucionales de paciente seguro, y generar un plan de mejora enfocado en la socialización y aplicación de estos, tomando como referencia las directrices de entes gubernamentales, quienes a través de la norma 2003/14, enfatizan el cumplimiento prioritario y obligatorio de los procesos de seguridad del paciente, con el fin de lograr los mínimos estándares de habilitación.

La observación de los entes de control durante largos periodos de tiempo evidenció como los procesos de atención deficiente de las instituciones impactaban de manera negativa y global en la calidad de vida de los usuarios, por lo cual se genera la necesidad de una adecuada implementación e interiorización de la política de seguridad del paciente, con el fin de mejorar los procesos de atención basados en el usuario como eje central. El cumplimiento de esta normativa ha permitido a las organizaciones mejoras en sus procesos de atención, acreditación y optimización de gastos, permitiendo mayor sostenibilidad económica.

Dadas las razones previas, se hace imperativo realizar seguimiento objetivo y periódico a la política de seguridad del paciente establecida a nivel institucional, con especial énfasis a la socialización y adherencia a los protocolos establecidos de paciente seguro, impacto y retroalimentación de los mismos, por parte del personal administrativo y asistencial de Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, con el fin de generar acciones preventivas y de mejora, buscando crecimiento de la organización, sostenibilidad, altos estándares de calidad y acreditación institucional.

# Caracterización de la entidad.

## Presentación de la empresa.

Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara es una clínica especializada en cirugía plástica y medicina estética; desarrolla su actividad en el sector Salud, se encuentra ubicada en la ciudad de Santa Fe de Bogotá D.C, Colombia; ofrece apoyo integral en la realización de procedimientos quirúrgicos correspondientes a Cirugía Plástica (tales como cirugías mamarias, abdominoplastia, liposucción, cirugías faciales, entre otras), Cirugía Otorrinolaringológica y Cirugía General.

Cuenta con consultorios de medicina general y especializada como cirugía plástica, medicina estética, anestesia, oftalmología y demás especialidades habilitadas ante la secretaria Distrital de Salud, dos quirófanos y salas de recuperación, las instalaciones están equipadas con tecnología óptima para la adecuada realización de los procedimientos ofrecidos. Igualmente, los insumos, productos y medicamentos utilizados en la institución pertenecen y tiene el respaldo de las marcas más prestigiosas del mercado, cuenta con proveedores confiables y con certificación para el despacho de insumos. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

## Historia

Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara fue fundada en mayo de 1997 en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, por el Dr. Héctor Castro Rojas - Cirujano Plástico, con el nombre de Santa Bárbara Medical Center. Posteriormente se realizó cambio de razón social al nombre de Complejo Quirúrgico Santa Bárbara; y con la meta de mantener la calidad en la prestación de servicios se modernizaron sus instalaciones, se obtuvo tecnología de vanguardia, se insertaron nuevas técnicas en procedimientos de cirugía plástica y en procedimientos no invasivos.

Inicio su razón social desde el 13 de Julio de 2015, bajo la dirección y gerencia de EDGAR ANDRES ROMERO VASQUEZ hasta la actualidad. La prestación del servicio basado en la humanización y seguridad de pacientes se orienta al mejoramiento continuo y crecimiento de los profesionales, colaboradores y pacientes, usando tecnología e innovación en diseño, servicios e infraestructura con el fin de generar mayor reconocimiento empresarial en el sector de la cirugía plástica.

Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara es una institución Prestadora de Servicios de Salud especializada de mediana complejidad cuyo eje central es el cirujano y sus pacientes, prestando servicios con competitividad, trabajo en equipo, excelencia, humanización y seguridad del paciente, cuenta con un grupo de cirujanos vinculados desde hace más de 10 años, quienes poseen acreditación y una amplia experiencia en el sector de la Cirugía Plástica, otorrinolaringológica y cirugía general, esto genera que se posicione en las mejores clínicas del sector. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

### **Misión**

Brindar servicios de salud a nuestros pacientes en las especialidades de cirugía ambulatoria respondiendo a altos estándares de calidad, trato humanizado y con énfasis en la seguridad del paciente. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

### **Visión**

Posicionarnos como una IPS líder en la prestación de servicios médicos, reconocidos en el sector de la salud por la atención humanizada, gestión adecuada del riesgo, sostenibilidad financiera, calidad técnico- científica y altos estándares de calidad. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

### **Objetivos de la empresa**

Los objetivos propuestos para el desarrollo de la institución se enfatizan en:

1. La promoción de servicios de salud que involucren al usuario y la familia como eje central de la atención, a través de un trato humano y seguro, que permitan acciones más eficaces y eficientes.
2. Brindar servicios de calidad a pacientes que desean realizar cirugías plásticas y procedimientos estéticos, contando con la tecnología y talento humano certificados, enfatizando la seguridad del paciente para garantizar la satisfacción del usuario y sus familiares.
3. Mantener óptimos estándares de calidad en los servicios de ortopedia, traumatología y cirugía plástica.
4. Implementar un sistema de gestión de calidad y control interno efectivo que impulse el mejoramiento continuo en los procesos y el desarrollo del talento humano de la clínica. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

### **Presentación de productos y servicios que ofrece**

Para continuar con la investigación es importante definir las generalidades y servicios que ofrece la institución Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, teniendo en cuenta los servicios prestados, para generar un análisis de información que ayude a la investigación planteada. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

### **Descripción de la cadena de valor.**

Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, es una clínica privada de mediana complejidad, que se encuentra ubicada en la ciudad de Santa Fe de Bogotá D.C, capital de Colombia, sitio de referencia cultural y económico, punto estratégico de alta afluencia de turistas nacionales y extranjeros, así como inmigrantes, con especialización en la prestación de servicios integrales en áreas medico quirúrgicas, correspondientes a

Cirugía Plástica (tales como cirugías mamarias, abdominoplastia, liposucción, cirugías faciales, entre otras), Cirugía Otorrinolaringológica y Cirugía General, a pacientes del sector privado o vinculados a la red pública. (IPS Salud Línea Vital ,2015).

Los socios, gerente, y colaboradores de Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, pretenden convertirla en una Institución líder en el manejo Integral en el servicio de cirugía ambulatoria especialmente con las especialidades de cirugía plástica, otorrinolaringología y cirugía general y todos los servicios que vienen inherentes para la prestación de los mismos, siendo reconocida por la seguridad del paciente en la atención, el desarrollo técnico – científico y la implementación de tecnología para la realización de estas cirugías. (IPS Salud Línea Vital ,2015).

La Institución cuenta con una ubicación geográfica privilegiada y es una gran fortaleza frente a los competidores del sector. Del total de IPS de Bogotá (9.069) un 22% es decir 2012 IPS están localizadas en la localidad de Usaquén se encuentra ubicada en un complejo de instituciones prestadoras de servicios de cirugía ambulatoria, además está ubicada en Santa Bárbara cerca de la clínica del Bosque y de la Fundación Santa Fe. (SDS y DAPD Subdirección de Desarrollo Social, Bogotá D.C. 2002)

Cuenta con infraestructura habilitada por la secretaria distrital de salud, contando con equipos novedosos que hacen que los cirujanos se encuentren en un lugar adecuado para la prestación del servicio de cirugía ambulatoria, además el recurso humano cuenta con más de 15 años de experiencia en el sector de salas de cirugía, por lo tanto están capacitados para la prestación de los servicios, el personal médico es verificado en el RETHUS para evitar fraude en el título, el personal de cirugía plástica es verificado en la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica (SCCP), cuenta con la infraestructura necesaria para la prestación de servicios ambulatorios, con 2 quirófanos de mediana complejidad 4 camas de recuperación y una habitación de estancia corta. La institución está capacitada para la prestación de servicios quirúrgicos con atención segura. (IPS Salud Línea Vital ,2015).

La promesa valor de la organización, centra su población en mayor parte quirúrgica, para cirugías plásticas y estéticas. Es decir, uno de los fuertes más importantes y que requiere niveles de excelencia es el área de quirófano de la institución.

## **PRINCIPALES PROVEEDORES**

Los proveedores se dividen en dispositivos y medicamentos y proveedores de implantes.

*Dispositivos y medicamentos.* MERPRONI principal proveedor de dispositivos. Drogas Boyacá, GESFARMA y COBOS para medicamentos de uso institucional. Para suturas se maneja un proveedor al detal según el número de cirugía. (IPS Salud Línea Vital ,2015

*Gases medicinales.* CRYOGAS. (IPS Salud Línea Vital ,2015

*Para implantes.* Se maneja SILIMED, MOTIVA LTDA, POLYTECH.

Se cuenta con un grupo propio para mantenimiento de equipos médicos, biomédicos y equipos de cómputo. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

También se dispone de software propio para la realización y almacenamiento de las historias clínicas en la nube, lo cual permite consultas en línea. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

En la institución los cirujanos realizan alquiler de quirófanos, las tarifas se dan al cirujano según el tiempo quirúrgico y el procedimiento realizado, además se cuenta con un equipo quirúrgico de la clínica para las cirugías que se consigan con las estrategias publicitarias de la institución, cuenta con consultorios (12) los cuales se encuentran arrendados para las diferentes especialidades de la clínica por lo tanto se cuenta con 2 formas de prestación alquiler de quirófanos y alquiler de consultorios, para estas dos actividades se debe garantizar atención segura desde el ingreso hasta el egreso de pacientes y familiares. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

## **Clientes**

### **Interno.**

Los clientes en primera instancia serían los cirujanos que son captados por el comercial o gerente de la empresa muestran las tarifas, la infraestructura, y se dan tarifas especiales para captarlos, y realizar alquiler de salas de cirugía. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

### **Externo.**

Por otra parte, se cuenta con los clientes captados por redes sociales y avisos publicitarios, que serán llamados Pacientes clínica y que serán operados por cirujanos contratados por la institución. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

## **Descripción de áreas o dependencias.**

Para la prestación de los servicios de salud, la institución Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, garantiza el cumplimiento de los requisitos mínimos e indispensables en cuanto a las condiciones tecnológicas y científicas para la prestación de servicios de salud definidos en la Resolución 2003 de 2014, que establece la práctica de 7 estándares de obligatorio cumplimiento (recurso humano, dotación, infraestructura, medicamentos, procesos prioritarios, historias clínicas e interdependencia). Estos cambios plantean un enfoque dirigido hacia la seguridad de los usuarios, entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud, o mitigar sus consecuencias. (IPS Salud Línea Vital ,2015)

La institución Salud Línea Vital – Complejo Quirúrgico Santa Bárbara en mayo de 2015. Realizo inscripción con la norma 2003 de 2014 ante la secretaría de salud, entidad que realizó pre visita y expidió certificación de cumplimiento para diversos servicios, los cuales se encuentran mencionados en la tabla 1.

### **Tabla 1**

*Servicios prestados en la IPS Salud Línea Vital*

SERVICIOS HABILITADOS	CÓDIGO	SERVICIO ESPECÍFICO	COMPLEJIDAD		
			BAJA	EDIA	LTA
Quirúrgico Intra mural- ambulatorio	203	Cirugía general		X	
	209	Cirugía otorrinolaringología		X	
	213	Cirugía plástica y estética		X	
Consulta externa extramural domiciliaria	312	Enfermería	X		
	328	Medicina General	X		
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica Extramural- domiciliaria	728	Terapia ocupacional	X		
	729	Terapia Respiratoria	X		
	739	Fisioterapia	X		
	740	Fonoaudiología/ Terapia de lenguaje	X		
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica Intra mural ambulatoria	714	Servicio Farmacéutico	X		

Nota: Tomada de IPS Salud Línea Vital (2015)

Ofrece apoyo integral en procedimientos quirúrgicos de: Cirugía Plástica, Cirugía Otorrinolaringológica y Cirugía General; entendiendo como prioridad la seguridad del paciente y sus necesidades. La sede cuenta con consultorios de medicina especializada en las diferentes áreas médicas, dos quirófanos y salas de recuperación, los cuales están equipados con todo el soporte tecnológico de última generación. Así mismo, todos los productos, materiales y medicamentos utilizados en los procedimientos son de las marcas más prestigiosas del mercado. (IPS Salud Línea Vital ,2015).

### Presentación del problema.

La seguridad del paciente es un tema importante de salud pública, que involucra tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y en todos los niveles de atención, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha decidido crear estrategias con otros líderes mundiales de salud, para garantizar el cumplimiento de parámetros en este tema, con el fin de reducir el número enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención en salud. (Alianza Mundial para la seguridad del paciente ,2018).

El Sistema de Salud colombiano, a través de la resolución 2003 de 2014 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, permitió la incorporación de la Política de Seguridad del Pacientes y sus protocolos como norma básica, prioritaria y requisito para la habilitación de las entidades prestadoras de Servicios en Salud, mediante lo cual se ha logrado el desarrollo e implementación de acciones encaminadas a generar atenciones en salud, eficientes, pertinentes y eficaces, donde el usuario es el centro de la atención, así como, brindar herramientas mediante las cuales se logre el adecuado control sobre los diferentes procesos de atención brindados en las organizaciones. Así mismo, se estableció como obligatorio el seguimiento de eventos adversos en salud.

Es por esta razón, que se hace necesario que las instituciones de salud, interioricen correctamente los Protocolos de Seguridad del Paciente, correspondientes a cada servicio, garanticen su conocimiento y cumplimiento a cabalidad por todos los miembros de la organización, con el fin de obtener mediciones objetivas de los indicadores asociados a seguridad en la prestación de servicios y garantizar el óptimo cumplimiento de los estándares establecidos por los entes gubernamentales de control.

En el caso de Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, entidad caracterizada por la atención integral en áreas médico quirúrgicas, y en búsqueda de altos estándares en la prestación de sus servicios, se evidenció la importancia de implementar un adecuado programa de seguridad del paciente, principalmente en los quirófanos, por ser las áreas de mayor actividad y vulnerabilidad del paciente, así como garantizar el conocimiento y aplicación del mismo por parte del personal asistencial y administrativo involucrado en dichas áreas.

Sin embargo, se identificó la existencia de 3 contextos que afectan el logro de excelencia en la política de seguridad del paciente. Inicialmente, se observó el no cumplimiento del 100% en la práctica de ésta, mediante la identificación de falencias que involucran varios factores, que generan la presencia de incidentes y/o eventos adversos que ponen en riesgo la integridad del paciente y la entidad (sostenibilidad económica y financiera, reconocimiento y prestigio, intervenciones legales por no adherencia a normas); y mediante las cuales se

evidenció la ausencia de procesos permanentes de identificación y análisis, que permitan conocer los factores involucrados durante la prestación del servicio en la institución (administración inadecuada de medicamentos, mala identificación del paciente/ procedimiento a realizar/ área del cuerpo a intervenir, inadecuada asepsia/ antisepsia, no seguimiento de protocolos médicos en los servicios de hospitalización / cirugía, mal manejo de pacientes en recuperación/ hospitalización / consulta). De igual forma, no se observan procesos para predecir y corregir posibles sucesos futuros que pueden llegar a generar mayores problemáticas y pocas opciones de respuesta. Desde el año 2018, a nivel institucional, se incluyó el modelo integral de planeación y gestión con el fin de integrar: modelo administrativo, gestión de calidad y sistema de control interno. Sin embargo, no se ha visto la definición de planes con los cuales lograr cambios significativos, pese al uso de direccionamiento estratégico.

Incluso, el tema de innovación enfocado en el pronto reporte, clasificación, análisis y retroalimentación de eventos, importante para la transformación del sistema o el desarrollo de medidas tangibles con el fin de solventar problemas existentes, aun no se ha asociado. Esto repercute en la ausencia de sistemas de información y herramientas ágiles con los cuales se pueda controlar y tener visión completa del estado de seguridad de los pacientes atendidos en la institución, la falta de un completo análisis estratégico del ambiente global de la entidad con el cual se pueda conocer limitaciones y así mejorar el desempeño colectivo. De igual forma, la toma apresurada de decisiones sin conexión a los objetivos estratégicos, generando obstrucción en la proyección de metas para la disminución de presencia de eventos adversos, logro estándares de calidad y satisfacción de los pacientes.

El segundo contexto involucra al Sistema General de Calidad. En el desarrollo de los diversos procesos evaluativos, auditoria interna encontró diversas acciones negativas al proceso de paciente seguro durante la realización de la atención, que fueron clasificadas como adversos / incidentes, cuya presencia estuvo asociada a deterioro de la salud de los pacientes involucrados, y calidad del servicio prestado, a pesar, de contar con un protocolo de seguridad del paciente institucional establecido, y cuya observación ha permitido definir la ausencia de procesos de verificación de conocimiento, aplicación, y retroalimentación en

relación con las practicas seguras, que permitan un monitoreo continuo en la prestación de servicio con el fin de determinar procesos deficientes y plantear las soluciones correspondientes. Por otro lado, a pesar de que la institución refiere la disminución de los eventos adversos, en el 2018 se evidencio la presencia de dichos sucesos, y que, aunque es obligatorio el seguimiento de éstos, en la institución no se evidencia un seguimiento permanente ni adecuado, con el fin de lograr resultados óptimos en garantía de la calidad de salud, cumpliendo la normatividad vigente.

De la misma forma, no se evidencia la gestión de una adecuada caracterización, análisis y retroalimentación de los eventos presentados, siendo esto clave para mejorar el proceso de atención, calidad y seguridad en los servicios de salud prestados en la institución, en especial en las salas de cirugía.

El tercer contexto, se encuentra relacionado con los procesos encaminados al logro de la excelencia en la prestación del servicio, relacionados estos principalmente con el ámbito en el que se desarrollan las actividades laborales de la institución, y donde se presentan los eventos adversos que atentan contra la garantía , donde se evidencia ausencia del reporte correspondiente por miedo a represalias, falta de información sobre procesos de notificación, desconocimiento y falta de adherencia al protocolo de paciente seguro, falta de retroalimentación en casos existentes y planteamiento secundario de soluciones / estrategias para evitar nuevos eventos. Con el objetivo de lograr óptimos estándares en la calidad del servicio, y basados en la evidencia de fallos asociados, tanto a personal administrativo como asistencial, la administración de la institución ha encaminado esfuerzos en el planteamiento de estrategias en todos los integrantes de la entidad, con el fin de tener mayor control de los procesos, y mantener el cumplimiento adecuado de los protocolos establecidos. Sin embargo, la evidencia de falta de desconocimiento de los valores organizacionales, protocolos instaurados y estándares de calidad buscados, impide que se logre los resultados propuestos en torno a una atención de pacientes en ambientes seguros, estando en contra del bienestar integral del paciente, del logro en la calificación de los estándares mínimos de habilitación con un adecuado proceso de acreditación institucional,

y, arriesgando los procesos contractuales, así como la sostenibilidad económica y financiera de la empresa.

Es importante tener presente la situación actual de los sistemas de salud del país y las exigencias normativas en términos de estándares de habilitación y acreditación, sumada a los requerimientos de atenciones seguras y de calidad cada vez mayores para los pacientes y su familias, lo cual requiere que la alta gerencia de las instituciones enfoque sus esfuerzos no solo en prestar servicios con racionalidad técnico científica sino que adicionalmente tengan en cuenta temas como procesos de Desarrollo organizacional para aportar a la excelencia de los servicios, estrategias definidas que den cumplimiento a la gestión estratégica y planes de operación enfocados a implementar el sistema obligatorio de Garantía de Calidad en salud.

Es por esto que se hace indispensable conocer el estado actual de la institución en las 3 dimensiones gerenciales (Gestión estratégica, Sistema general de calidad y Desarrollo organizacional) que permita analizar específicamente el conocimiento y aplicación del protocolo de paciente seguro en el personal asistencial y administrativo involucrado en las actividades de la institución, y así, generar estrategias integrales para mejorar el modelo de Gestión actual con el fin de brindar un mejor servicio y forjar atenciones seguras en los pacientes y sus familias, y la sostenibilidad económica y financiera de la empresa

## **Objetivo.**

### **Objetivo General.**

Diseñar un plan de mejora a partir del análisis de las falencias detectadas en el manejo del protocolo de Seguridad del Paciente en el servicio de salas de cirugía en la institución IPS Salud Línea Vital IPS- Complejo Quirúrgico Santa Bárbara durante el año 2018, que le permita a la institución fortalecer la socialización y aplicación adecuada de dicho protocolo, siguiendo los lineamientos legales vigentes.

# Marco Referencial.

## Marco Conceptual.

Para lograr dar claridad sobre el tema en el que se quiere profundizar se debe tener conocimiento sobre algunos conceptos básicos. Estos son:

### **Evento adverso.**

Es el resultado de una atención en salud, que, de manera no intencional, produjo daño. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

### **Evento adverso prevenible.**

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

### **Evento adverso no prevenible.**

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

### **Acción de mejora.**

Cuando la organización identifica oportunidades de mejora, fortalezas o situaciones favorables; se toman acciones encaminadas a mejorar la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

### **Acción correctiva.**

Cuando se identifican problemas o incumplimientos, y con el fin de garantizar que no vuelvan a ocurrir, se analizan las causas correspondientes y se toma una acción que las

elimine. (Ministerio de salud y protección social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Resolución 0112 de 2012, 2012).

#### **Acciones de seguimiento.**

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

#### **Acciones preventivas.**

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de esta. (Ministerio de Salud y Protección Social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Resolución 0112 de 2012, 2012).

#### **Continuidad.**

Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

#### **Eficiencia.**

Se entiende por eficiencia el grado en que se consigue el máximo nivel de calidad con los recursos disponibles, es decir, cumplir un objetivo con los mínimos recursos y tiempo disponibles (López, 2001)

#### **Falla de la atención en salud.**

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en

las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

**Fallas activas o acciones inseguras.**

Son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

**Fallas latentes.**

Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembro de los procesos de apoyo (personal administrativo). (Ministerio de salud y protección social, 2017).

**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. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

**Oportunidad.**

Es la posibilidad que tiene el usuario de recibir 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 el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a esos servicios. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

**Pertinencia.**

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales (Ministerio de salud y protección social, 2017).

**Riesgo.**

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

### **Seguridad del paciente.**

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. (Ministerio de Salud y Protección Social, Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, Resolución 0112 de 2012, 2012).

### **Marco Normativo.**

<b>Norma</b>	<b>Marco General</b>	<b>Artículos que se utilizarán o señaladas textualmente o parafraseados.</b>
<b>Resolución 13437 del 1 de noviembre de 1991 Ministerio de Salud</b>	Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el decálogo de los Derechos de los Pacientes	Artículo 1: Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el 29 mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación: Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social.
<b>Ley 100 de 1993</b>	Se crea el sistema general de seguridad social en salud y la calidad se establece como un atributo fundamental de la atención integral en salud.	La provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios.
<b>Decreto 2309 del 2002</b>	Reglamentación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Derogado por la entrada en vigor del decreto 1011 de 2006
<b>Ley 872 del</b>	Obligatoriedad del sistema de gestión de calidad a nivel publico	Certificar su sistema de gestión de calidad se convirtió en un requisito de obligatorio cumplimiento para las

<b>2003</b>		empresas públicas.
<b>Resolución 1445 del 8 De mayo 2006</b> <b>Ministerio de la Protección Social</b>	Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora, que tendrán como funciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover el Sistema Único de Acreditación</li> <li>• Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el Sistema Único de Acreditación.</li> <li>• Estandarizar los procedimientos de evaluación.</li> <li>• Definir el procedimiento operativo para que las empresas puedan postularse</li> <li>• Conformar la Junta de Acreditación y el Comité de Apelaciones</li> <li>• Revocar o suspender la acreditación otorgada,</li> <li>• Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información</li> <li>• Relativa a las instituciones que participen en el Sistema Único de Acreditación.</li> <li>• Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la acreditación.</li> <li>• Presentar informes semestrales al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.</li> </ul>
<b>Ley 1122 de enero 9 de 2006</b> <b>Ministerio de la Protección Social</b>	La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios	Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud
<b>Decreto 1011 Y Resolución 1043 y 1446</b>	Por lo cual se establece el sistema único de garantía de calidad de la prestación de servicios de salud.	En la habilitación se establece el seguimiento de eventos adversos como un estándar obligatorio
<b>Resolución 1446 del</b>	Establece como obligatorio para todos los actores del sistema	<b>Artículo 1º. Objeto.</b> La presente resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y

<b>2006</b>	obligatorio de garantía de la calidad, la vigilancia de eventos adversos.	<p>procedimientos para disponer de la información que permita:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.</li> <li>2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</li> <li>3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.</li> </ol>
<b>Resolución 1740 del 2008</b>	Se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas previstas en el Sistema de Habilitación – Condiciones financieras y de suficiencia patrimonial.	Este se constituye en una valiosa herramienta para la institucionalización de la política de seguridad del paciente, dado que en el análisis de la causalidad de los incidentes y eventos adversos se pueden identificar factores atribuibles al asegurador, y cuya intervención debe darse de manera coordinada con las instituciones de su red en lo referente a las fallas que involucren ambos actores
<b>Política de Seguridad del Paciente, MSPS</b>	Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas	Administración segura de Medicamentos: Se establecen Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo con la frecuencia y severidad de los riesgos identificados entre los que se encuentra la administración segura de medicamentos.
<b>Resolución 1441 del 2013</b>	Tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, y las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que, por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgico

<b>Resolución 2003 del 2014</b>	Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.	Para la expedición de esta Resolución 2003 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social tuvo en cuenta que de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 4° del Decreto 1011 de 2006, el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud
<b>Decreto 780 de 2016</b>	Se establecen las reglas para aseguradores y prestadores del servicio de salud, instaurando las disposiciones del SOCGS	Parte 5, título 1, capítulo 1: se establecen definiciones relacionadas con garantía de seguridad social/ involucrados, y lineamientos, los cuales aplican para Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, EPS del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada y Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

# Evidencias.

## Gerencia Estratégica y de Servicios.

### Pregunta de Investigación.

¿Qué actividades definidas en un plan, se requerirán para dar cumplimiento a la ejecución del Protocolo de Seguridad del paciente en Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara?

### Objetivo específico.

Definir estrategias y acciones para ejecutar el Protocolo de Seguridad del Paciente en el quirófano de la clínica, que permita la atención de calidad a los usuarios con la identificación, notificación y manejo oportuno de eventos adversos.

### Selección y aplicación de instrumentos.

Para dar respuesta a la pregunta formulada, se han elegido una serie de instrumentos, el primero a trabajar fue Análisis PESTAL que incluyó los ámbitos, Políticos, Económicos, Sociales, Tecnológicos, Ambientales y Legales. Como segunda herramienta se trabajó en la matriz DOFA que permitió identificar y plasmar las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la IPS como parte del Análisis Situacional Interno y Externo de la organización teniendo en cuenta los factores que analiza la herramienta. Finalmente, se desarrolló el BSC (Balanced Score Card), que permitió hacer un seguimiento a las actividades o acciones que llevarán a la implementación de la estrategia en cuanto a la correcta ejecución del protocolo de seguridad, su oportuna identificación y notificación de eventos adversos.

## **Análisis Pestal.**

Con esta herramienta se buscó realizar el Análisis Situacional Externo de la misma, las variables a tener en cuenta se detallan a continuación:

1. Política:
  - ¿Qué políticas públicas afectan la operación de la IPS?
2. Económicas:
  - ¿Cómo se comporta la economía del sector o industria, del país o región?
  - ¿Nos encontramos en una economía en crecimiento o en crisis?
3. Sociales:
  - ¿El desarrollo de nuestro negocio o la prestación del servicio tiene impacto social?
  - ¿Qué factores sociales pueden impactar la prestación de mi servicio o el funcionamiento de mi IPS?
4. Tecnológicas:
  - ¿Las nuevas tecnologías impactan mi servicio?
  - ¿Este impacto es positivo o negativo?
  - ¿Cuánto me cuesta implementar nuevas tecnologías?
  - ¿Cuento con la tecnología necesaria para mis propósitos?
5. Ambientales:
  - ¿Afecto con mi operación el medio ambiente?
  - ¿Estoy poniendo en riesgo el medio ambiente con la prestación de mi servicio?
  - ¿Qué exigencias ambientales debo tener en cuenta para funcionar o crecer?
6. Legales:
  - ¿Qué leyes debo conocer y cumplir para funcionar?
  - ¿Cumpló con toda la normatividad legal vigente?
  - ¿Cambiarán las leyes en el futuro?
  - ¿Qué cambios puede tener la normatividad legal vigente que afecte mi operación o crecimiento?

TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE
Política	<p>La productividad principal de IPS Complejo Quirúrgico Santa Barbara, se basa en la cirugía ambulatoria especialmente con las especialidades de cirugía plástica, otorrinolaringología y cirugía general y todos los servicios que vienen inherentes para la prestación de los mismos, se ve afectada su rentabilidad porque los pacientes no cuentan con los recursos económicos para la realización de intervenciones quirúrgicas y de servicios médicos particulares, por otro lado la secretaría de salud están desarrollando sus propios programas existiendo alta competencia en el mercado, no hay mucho respaldo del gobierno en el sector privado para hacer cumplir las políticas, a pesar que Ley 1122 de enero 9 de 2006 Ministerio de la Protección Social tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.</p>
Económicas	<p>IPS Complejo Quirúrgico Santa Barbara, tiene una ubicación geográfica privilegiada, con recursos humanos de trayectoria reconocida lo que garantiza la oferta de los servicios, actualmente cuenta con alquiler de quirófanos y consultorios que le proporcionan fluidez económica.</p>
Sociales	<p>Ésta IPS está segmentada a prestar servicios a Cirujanos con el alquiler de Quirófanos y a los pacientes que requieren intervenciones de tipo estético y general de manera particular para lo cual se hace publicidad en redes sociales, vallas y demás, el mayor impacto que tiene la IPS Complejo Quirúrgico Santa Barbara al ser una IPS privada; es la oportunidad en la prestación del servicio, lo que hace que nuestro modelo de atención sea competitivo al servicio que presta otras Instituciones del sector.</p>
Tecnológicas	<p>En la IPS Complejo Quirúrgico Santa Barbara se ofrecen servicios con tecnología, pero aún existe rezago en la continua actualización de los mismos, lo que no ha interferido en la consolidación de la oferta de servicios, pero si en el aumento de la competencia de alto impacto por lo que es necesario para la prestación completa de todos los servicios ofertados adquirir equipos de última tecnología, lo cual según los directivos no se ha podido ejecutar por diferentes razones: Incremento del dólar, adecuación del</p>

	<p>área para instalarlo.</p>
Ambientales	<p>La IPS Complejo Quirúrgico Santa Bárbara cuenta con el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS) para cumplir con la legislación ambiental regida por los principios minimización de utilización de recursos no renovables, cultura de la no basura, prevención y gestión integral, contribuyendo a la disminución de accidentes laborales de los colaboradores, de igual forma cumple con los protocolos para la desactivación y tratamiento de los residuos hospitalarios y similares generados en cada una de las áreas, con contratos vigentes para la empresa recolectora de los residuos y su respectivo seguimiento a la disposición final de los mismos, logrando de esta forma el impacto ambiental.</p>
Legales	<p>La IPS Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, cumplen a cabalidad cada una de las leyes requeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Ley 100 DE 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.</li> <li>*Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios.</li> <li>*Resolución 14861 de 1985, por la cual se dictan normas sobre accesibilidad en Colombia, normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de los minusválidos.</li> <li>*Decreto 2240 de 1996, por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y en especial de las instalaciones de ingeniería de las IPS.</li> <li>*Resolución 4445 de 1996, por medio de la cual se dictan normas para el cumplimiento del título IV de la ley 9 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las IPS y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas.</li> <li>*Circular 049 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la cual se fijan parámetros para el mantenimiento en instituciones hospitalarias.</li> <li>*Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se adopta el sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud y los definidos como tales.</li> <li>*La Ley 9 de 1979. Expedida por el Ministerio de Salud, por la cual se fija la Ley Nacional Sanitaria.</li> <li>*Decreto 4126 de 2005. Expedido por el Ministerio de la Protección Social y</li> </ul>

por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial: mediante el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000 sobre la Gestión Integral de los residuos Hospitalarios y similares. Derogado por el art. 18, Decreto Nacional 351 de 2014.

Las actualizaciones a la norma son socializadas según sus modificaciones a todo el personal de la IPS.

## **Estrategias**

Se han planteado de forma prioritaria y evaluando las necesidades de la IPS según los resultados del análisis situacional: la falta de adherencia al reporte oportuno de eventos adversos y los relacionados con la estricta ejecución de listas de chequeo en los quirófanos, estableciendo diferentes estrategias a implementar que permitirán optimizar los servicios.

A continuación, se presentarán dos estrategias elegidas para aplicar en la IPS con su respectiva descripción.

### *Estrategias Operativas.*

Se establece nuevas pautas en el sistema de notificación que conllevan a la actualización y socialización del Protocolo de Seguridad del Paciente, que recoge información sobre Eventos Adversos, errores o incidentes con el fin de analizar sus causas para implantar mejoras en el sistema y evitar su repetición, debido a la falta de cultura de la organización y el miedo a medidas disciplinarias es decir al temor de los profesionales al verse implicados en acciones judiciales por falta de una normativa específica que los proteja, lo que influye en la calidad de los datos obtenidos de estos sistemas y en el aprovechamiento de la información registrada.

Sistema de notificación para su implementación:

<b>No punitivo</b>	<b>No debe producir miedo a castigo o represalia como resultado del mismo.</b>
<b>Confidencial</b>	La identificación del paciente, el informador y la institución no debe ser nunca revelada
<b>Independiente</b>	El sistema debe ser independiente de la autoridad con capacidad de castigar al informador o su organización.
<b>Análisis por expertos</b>	Los informes deben ser valorados por expertos que consideren las circunstancias del suceso reportado
<b>Ágil</b>	Los informes deben ser analizados con prontitud, haciendo llegar las recomendaciones a las personas que las precisen, especialmente si se han identificado riesgos importantes.
<b>Orientado hacia el sistema</b>	Las recomendaciones deben centrarse en cambios en el sistema, los procesos y los recursos, más que en el comportamiento de los individuos.
<b>Sensible</b>	El comité de Seguridad del Paciente que recibe los informes debe ser capaz de difundir recomendaciones y consensuar actuaciones con los profesionales y pacientes implicados.

Este sistema de notificación permite informar de los incidentes relacionados con la atención en salas de cirugía y obtener información útil sobre la secuencia de acontecimientos que han llevado a su producción, facilitando oportunidades de aprendizaje para evitar su reiteración, el cual quedará actualizado en el protocolo de Seguridad del Paciente y será socializado a todo el personal de la IPS con pos-test para la verificación de la adherencia.

### **Estrategia de Mercado.**

En este tipo de estrategia se eligió la de mercadeo de asociación, la cual está dividida en dos partes, la primera parte la IPS se encarga de la demanda que exige el mercado y la otra parte en establecer una relación positiva con los usuarios.

Para lograr este fin se hace uso del buzón de sugerencias, quejas y reclamos tanto en las redes sociales como en la IPS, mediante creación de un link, el cual estará en un lugar visible y de fácil acceso, donde los pacientes y familiares que han requerido ser intervenidos puedan participar de forma continua en el proceso, con las respectivas encuestas de satisfacción; el comité de Seguridad del paciente será el encargado de revisar periódicamente y una vez identificado los problemas, se analiza la situación dando

resolutividad efectiva y diligente, ofreciendo a los pacientes y cuidadores que han sufrido un evento adverso grave, información a tiempo, clara, sincera y oportuna sobre lo que ha sucedido, así como un plan de apoyo a sus necesidades, de igual manera apoyo a los profesionales implicados desarrollando acciones formativas, lo que logra gestionar adecuadamente la transferencia de información a la IPS y a los medios de comunicación con el fin de restablecer la confianza en la institución, generando usuarios satisfechos con los servicios, que contribuirá a atraer nuevos clientes .

### **DOFA.**

A continuación, se presenta el Análisis Situacional Interno de la IPS Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, mediante la herramienta DOFA

<b>MATRIZ DOFA</b>	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reconocimiento de los cirujanos por la experiencia.</li> <li>● Recurso humano capacitado</li> <li>● Se cuenta Programa de seguridad del paciente instaurado.</li> <li>● Reconocimiento en ámbito de cirugía plástica</li> <li>● Equipo comprometido</li> <li>● Ubicación geográfica privilegiada (vías de acceso)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Infraestructura limitada</li> <li>● Rezago en la renovación tecnológica oportuna</li> <li>● Mala percepción de los colaboradores frente al sistema de salud</li> <li>● Servicios con contrato por OPS lo cual genera inestabilidad y continuidad en los procesos</li> <li>● Recurso humano limitado</li> <li>● Falta de adherencia para la correcta ejecución de listas de verificación.</li> <li>● Falta de adherencia en el reporte oportuno de eventos adversos.</li> </ul>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS FO</b>	<b>ESTRATEGIAS DO</b>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Humanización de la atención.</li> <li>2. Aumento de Cobertura de cirugías estéticas y reconstructivas nuevos productos; servicio adicional cirugía general</li> <li>3. Recurso del sector privado (particulares-aseguradora)</li> <li>4. El sector salud reconoce esfuerzos de calidad (ISO 9001)</li> <li>5. Control gubernamental</li> <li>6. Mercado de salud en el exterior (turismo medico)</li> <li>7. Acreditación de calidad</li> <li>8. Clima Laboral</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consolidar la humanización de la atención haciendo énfasis en el personal idóneo y capacitado para tal fin.</li> <li>2. Garantizar a los usuarios atención con altos estándares de calidad, mejorando la prestación de los servicios con en el uso rutinario y correcto de los protocolos de seguridad del paciente aprovechando el equipo de trabajo comprometido.</li> <li>3. Abordar a los usuarios, haciendo uso del reconocimiento en ámbito de cirugía plástica.</li> <li>4. Realizar evaluación y seguimiento con rondas de chequeo por parte del comité de infecciones para verificar la adherencia a los protocolos, guías y procedimientos realizados en la institución.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mejorar la infraestructura y recursos tecnológicos dado el aumento de la cobertura y los recursos de sector privado lo que brinda una mejor atención en la prestación del servicio.</li> <li>2. Mejorar el tipo de contratación laboral de tal forma que se evite la constante rotación del personal, manteniendo horarios acordes a las tareas que permitan la adecuada focalización y ejecución de los protocolos de seguridad del paciente y demás guías institucionales consolidando un buen clima laboral.</li> <li>3. Mantener en estricto cumplimiento la adherencia del personal al reporte oportuno de eventos adversos y al cumplimiento de los protocolos de atención en salud, con la verificación de las listas de chequeo.</li> <li>4. Brindar capacitación y asesoría constante de las guías y protocolos institucionales con test y postest que muestren la adherencia a los mismos.</li> <li>5. Garantizar que los recursos humanos sean suficientes, con rotaciones justas de turnos que permita mejorar la percepción de los colaboradores y asegure una buena prestación del servicio con calidad.</li> </ol>
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS FA</b>	<b>ESTRATEGIAS DA</b>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integración vertical</li> <li>2. La secretaria de salud está desarrollando sus propios programas (Salud a su casa)</li> <li>3. Los pacientes no cuentan con los recursos económicos para la realización de intervenciones quirúrgicas y de servicios médicos particulares</li> <li>4. Crecimiento lento en los planes de medicina prepagada, lo que disminuye el flujo de clientes.</li> <li>5. Proliferación de entidades con planes de atención médica en el ámbito extramural</li> <li>6. Los servicios médicos son ofertados a valores no</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ser la institución con mejor apertura y renovación tecnológica líder en el sector, que permita tener alianzas con multinacionales que beneficien en las intervenciones a pacientes de bajos recursos.</li> <li>2. Renovar el portafolio de servicios con el fortalecimiento de planes en medicina prepagada, con precios competitivos con el mercado que generen confianza y brinden atención de calidad.</li> <li>3. Realizar actualización y socialización constante de las guías y protocolos en salud; manteniendo el reconocimiento de habilitación con lo que logre aumentar sus clientes y servicios.</li> <li>4. Aprovechar la ubicación estratégica, generando innovación en la prestación de los servicios para que los usuarios encuentren comodidad y satisfacción que atraiga nuevos clientes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantener a diario el compromiso del personal en trabajar en la seguridad del paciente brindando confiabilidad y exactitud en el proceso, siendo de esta forma altamente competitivos con el sector, ya que la atención con calidad ejercerá el control en los servicios y la apertura de nuevos clientes, con lo que se fortalecerá a gran proporción la venta de los servicios.</li> <li>2. Evitar a cabalidad la presentación de eventos adversos prevenibles en la institución con el correcto cumplimiento del protocolo de seguridad del paciente desde su ingreso hasta la salida, manteniendo los formatos de reportes y procesos actualizados.</li> </ol>
--	--	---

competitivos con el mercado		
7. Hay mayor número de IPS acreditadas en el país		
8. Dependencia de pocos clientes		
9. Competencia aumenta cada día		

## Balance Score Card o Cuadro de Mando Integral.

El instrumento del BSC permitió hacer seguimiento continuo a los indicadores que se definirán con base en las acciones que se eligieron para la implementación de la estrategia y cumplimiento de la visión. Se usará una técnica de semáforo que visualmente indicará el estado actual del indicador y si se está cumpliendo o no con el mismo, Verde para cumplimiento, Amarillo para indicar incumplimiento, Rojo para indicar que se debe intervenir urgentemente, por consiguiente, el BSC, dictará a su vez qué se debe priorizar y en qué deben hacer énfasis las personas de la empresa involucradas con estos indicadores.

En la tabla que se ve a continuación, se aprecian las variables a considerar como lo son misión, visión, objetivos estratégicos de la empresa, así mismo a estos objetivos se les asignan indicadores que se detallarán y explicarán en otra tabla donde aparecerán dichos objetivos con sus respectivas metas, rangos de cumplimiento y responsable de llevar dicho indicador. El BSC tiene en cuenta el problema que se está investigando y el control permanente de los mismos ayudará en la solución de dicho problema.

MISIÓN	VISIÓN	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADOR	TIPO INDICADOR	RESPONSABLE
<b>Brindar servicios de salud a nuestros pacientes en las especialidades de cirugía ambulatoria respondiendo a altos estándares de calidad, trato</b>	Posicionarnos como una IPS líder en la prestación de servicios médicos, reconocidos en el sector de la salud por la atención humanizada, gestión	Estimular una cultura de calidad, para fomentar un buen clima de Seguridad del Paciente	Notificación oportuna incidencias	EFICACIA	Coordinador Gestión Humana
		Enfocar la seguridad del paciente como trabajo en equipo.	Eventos Adversos prevenibles	INDICADOR DE GESTIÓN	Coordinador Medico

<b>humanizado y con énfasis en la seguridad del paciente.</b>	adecuada del riesgo, sostenibilidad financiera, calidad técnico-científica y altos estándares de calidad.	Garantizar la estabilidad financiera	Estabilidad Financiera	INDICADOR DE GESTIÓN	Gerente General
---	---	--------------------------------------	------------------------	----------------------	-----------------

Tabla variables de referencia

Objetivo	Indicadores	Meta	Cumplimiento		
			Bajo	Medio	Alto
<b>Evaluar la ejecución del Protocolo de Seguridad del paciente en los procedimientos realizados en los quirófanos de la IPS.</b>	Listados de verificación de seguridad quirúrgica	80%	20 - 40 %	40 - 80%	80 - 100%
	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les aplica el Listado de Verificación de seguridad quirúrgica.	90%	30 - 50%	50 - 80%	80 - 100%
	Número de personas atendidas	400	100	200	400
<b>Evaluar la satisfacción del usuario con el servicio ofrecido.</b>	Porcentaje de Satisfacción total del usuario con el profesional	100%	30 - 50 %	50 - 80%	80 - 100%

Matriz BALANCE SCORE CARD

Objetivo	Indicadores	Meta	Cumplimiento		
			Bajo	Medio	Alto
<b>Garantizar la estabilidad financiera</b>	Utilidad operativa	1.25%	0.5-0.8%	0.8 -1 %	1- 1.25%
	Evaluación de facturación total, y por servicios	2.08%	0.5 - 1%	1 - 1.5 %	1.5 - 2.08 %
	Disminuir los costos de operación	0.8%	0.1- 0.3%	0.3 - 0.6%	0.6- 0.8 %
	25% de aumento en ventas	25 %	5 - 10%	10-15 %	15 - 25 %

Matriz BALANCE SCORE CARD



# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

## **Análisis de la información.**

Esta tabla es el resultado de la implementación del análisis situacional interno y externo de la organización realizada a través de las herramientas previamente descritas, que permitirán generar o crear estrategias dentro de un plan de mejora en Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, a través de actividades específicas.

En ella podrá observar 8 variables, en donde en la primera encontrará las tres estrategias elegidas para implementar en la organización, posteriormente para cada una de ellas se diseñó una actividad a la cual se le asignó una tarea y una fecha para su ejecución. Para cada actividad se asignó un responsable, recurso requerido, presupuesto y por último se dejó un espacio para observaciones que permitan aclarar o especificar las actividades diseñadas.

ESTRATEGIA N.	ACTIVIDADES	TAREA	FECHA INICIAL FECHA FINAL	RESPONSABLE	EVIDENCIA O ENTREGABLE	RECURSOS REQUERIDOS Y PRESUPUESTO	OBSERVACIONES
ESTRATEGIA OPERATIVA	Establecer nuevas pautas en el sistema de notificación mediante actualización de protocolo de Seguridad del paciente que recoge información sobre Eventos Adversos, errores o incidentes con el fin de analizar sus causas para implantar mejoras en el sistema y evitar su repetición.	Socializar el nuevo sistema de notificación, para su aprobación y cumplimiento a la parte administrativa y personal asistencia. Verificando la adherencia	5 octubre de 2018- 5 dic 2018	Coordinador de comité de Seguridad del paciente.	Evidencia: Texto Escrito del protocolo. Revisado y aprobado por Gerencia General. Evidencia de capacitación de todo el personal asistencial.	Recurso humano: Coordinador de comité de Seguridad del paciente.: \$ 2.200.000 Horas pagadas de lunes a viernes de 8 a 6 PM Logística: Avisos Cartelera, Material impreso Refrigerio para capacitación Equipos para presentación, computador y proyector. Presupuesto por evento: \$500.000	La Capacitación se realizará 12 de noviembre del 2018 a las 2 pm y tendrá una duración de 4 Horas. Está sujeta a las necesidades requeridas.
		Verificar y analizar adherencia a la	5 octubre de 2018- 5 diciembre	Coordinador de comité de Seguridad del	Evidencia: Evaluaciones escritas postes que	Material impreso: \$50.000	La evaluación se realizará 12 de noviembre del 2018



FUCS

## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

		actualización el protocolo de Seguridad del paciente en todo el personal mediante evaluaciones postes, una vez terminada la socialización.	de 2018	paciente.	constan de 10 preguntas de selección múltiple y abierta.  Actas firmadas del personal requerido en las reuniones con las respectivas recomendaciones y actuaciones.		Está sujeta a las necesidades requeridas.
<b>ESTRATEGIA DE MERCADEO</b>	Implementar el buzón de sugerencias, quejas y reclamos tanto en la IPS como en las redes sociales de la misma (medios de difusión), el cual estará en un lugar visible y de fácil acceso, donde los pacientes y familiares que han requerido ser intervenidos puedan participar de forma continua en el proceso, el comité de Seguridad	Crear un buzón de sugerencias, quejas y reclamos con encuestas de satisfacción difundido en las redes sociales y en la IPS, que permita interactuar con los pacientes sometidos a intervención en la institución.	15 de noviembre de 2018 - 15 mayo de 2019	Coordinador de mercadeo, en concomitancia con el Coordinador de Seguridad del paciente.	Entregable: evidencia del link donde se puede acceder de forma virtual, con el acta de todas las inquietudes de la comunidad y pacientes.  Evidencia: Encuestas de satisfacción en físico de los usuarios en la	Logística en la creación del link y persona a cargo en revisar a diario la página dando a conocer al comité de Seguridad del paciente las inquietudes, inconsistencias y felicitaciones de los usuarios atendidos.  \$1.000.000	Está sujeta a las necesidades requeridas.



FUCS

# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

	del paciente será el encargado de revisar periódicamente y una vez identificado los problemas, se analiza la situación dando resolutivez efectiva y diligente.				valoración posquirúrgica.	Material impreso: \$50.000	
--	--	--	--	--	---------------------------	-------------------------------	--

Como se puede evidenciar en la tabla, existen dos estrategias minuciosamente elegidas para implementar en Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, y con ellas plantear actividades específicas con el fin de dar cumplimiento a las mismas como parte de un plan de mejora de la IPS. Pero para llegar a esa elección, se realizó un análisis situacional actual de la institución que permitió elaborar un diagnóstico completo a través del uso de diferentes herramientas. Ese proceso se inició con la implementación del análisis situacional interno, en el cual se identificó todo lo que influía o afectaba el funcionamiento de la organización, es decir, se analizaron los aspectos relacionados con procesos, personal, funcionamiento financiero, tecnologías, capacidad operativa, entre otros. Para dicho proceso se usó la herramienta matriz DOFA, que permitió identificar y conocer los aspectos buenos y malos de la organización y de tal forma buscar soluciones para los aspectos negativos o fortalecer ciertas áreas de la organización. Respectivamente se realizó el análisis situacional externo, a través del análisis Pestal, el cual brindó orientación con respecto a las políticas, economía, características sociales, tecnológicas, ambientales y legales que afectan o contribuyen a la institución.

Una vez estudiados los resultados del análisis situacional, se procedió a la formulación de estrategias priorizando las que generarían cambios que a corto o mediano plazo llevaran a un crecimiento sostenible y a optimizar los procesos asistenciales y administrativos. Las cuales fueron: estrategias operativas, estrategia mercado (foco) y operativa. El por qué se eligió cada una de ellas radicó en que la estrategia operativa es el plan de la Institución para llevar a cabo las operaciones con miras de lograr una serie de objetivos, allí se planteó crear nuevas pautas en el sistema de notificación que recoge información sobre Eventos Adversos, errores o incidentes con el fin de analizar sus causas para implantar mejoras en el sistema y evitar su repetición, la implementación de esta estrategia dará como resultado el fortalecimiento de los servicios quirúrgicos de alta calidad que ofrece la IPS.

La siguiente estrategia elegida fue la de Mercado, cuyo desarrollo está enfocado en nuevos servicios, productos o clientes. En esta estrategia se diseñó la tarea de la creación de un link en la página institucional como buzón de sugerencias, quejas y reclamos tanto en las redes sociales como en la IPS, el cual estará en un lugar visible y de fácil acceso, donde los



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

pacientes y familiares que han requerido ser intervenidos puedan participar de forma continua en el proceso, en concomitancia con las encuestas de satisfacción para los clientes, buscando mejorar el servicio que se ofrece y ampliarlo según el resultado de las mismas.

Es importante resaltar que para cada estrategia como se describió anteriormente se diseñaron actividades las cuales tienen tareas específicas que garantizaran la ejecución de las mismas.

El último paso que se desarrolló en la investigación fue el de la implementación de la estrategia, en esta etapa se construyó el balance score card, herramienta que permitió desarrollar el seguimiento a las acciones que llevaron a la implementación de la estrategia y el cumplimiento de la visión. En esta etapa se implementaron tres tablas, la primera contenía cinco variables, en las cuales las tres primeras se completaron teniendo como base la misión, visión y objetivo de la organización, posteriormente se crearon indicadores y tipos de indicador, que sirvieron de base para la siguiente tabla donde se generó una meta y unos porcentajes para evaluar el cumplimiento de esta.

En dichas tablas se puede concluir que:

- Listados de verificación de seguridad quirúrgica: el resultado fue del 50% logrando un cumplimiento medio
- Pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les aplica el Listado de Verificación de seguridad quirúrgica.: 55% dando cumplimiento medio.
- Número de personas atendidas: 100% dando cumplimiento alto
- Satisfacción total del usuario con el profesional: 95% cumplimiento alto
- Utilidad operativa: de 0.9% cumplimiento medio
- Evaluación de facturación total y por servicios: 2.08% cumplimiento alto
- Disminuir los costos de operación: 0.6% cumplimiento alto
- 25% de aumento en ventas: 12% cumplimiento medio



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Con estos resultados se puede concluir que la calidad en la atención de los pacientes que requieren intervención quirúrgica en la IPS y la satisfacción de estas con el servicio ofrecido logra cumplir las metas planteadas, ya que están cercanas al umbral propuesto para evaluar el indicador. La mejora debe plantearse, en cuanto a garantizar la estabilidad financiera, ya que estas no alcanzaron la meta, sino que estuvieron por debajo del umbral establecido.



## Auditoría y control de calidad en salud.

### Pregunta de Investigación.

¿Cómo mejorar el modelo de operación de en Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, para implementar de manera adecuada los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en los servicios de Salud?

### Objetivo específico.

Identificar los eventos adversos en salas de cirugía aplicando el componente de Habilitación del Sistema obligatorio de Garantía de Calidad.

### Selección y aplicación de instrumentos.

A través de la información proporcionada por Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, de las notificaciones de eventos adversos e incidentes del año 2018, se analizó y evaluó bajo el cumplimiento de los estándares de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, mediante una matriz donde se describen los eventos adversos en salas de cirugía en año 2018 y sus causas más probables.

Se analizaron 8 eventos adversos presentados durante el 2018, todos ocurridos en el área de salas de cirugía, el primero tiene que ver con un conservante para biopsias tipo formaldehído que no está debidamente identificado con rótulo respectivo y que crea lesiones tipo quemadura en manos de un médico, inherentes a procedimientos quirúrgicos, el caso siguiente se debe a falta de verificar y los insumos correctos requeridos antes de dar inicio a procedimientos quirúrgico y que aumentan costos por utilización de insumos adicionales que pudo evitarse, el tercer caso se debe a la muerte de una paciente que presentaba previamente riesgo moderado quirúrgico por ser paciente con apnea de sueño



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

sin enfermedad cardiovascular de base. El cuarto evento está relacionado con insumos defectuosos que nos es posible verificar antes de las cirugías, pero que determina mayor costo en insumos, y probables repercusiones de salud si no se detectan en la fase perioperatoria y se entienden como perjuicios accidentales. el quinto evento contempla la administración de un medicamento errado durante la inducción anestésica de un paciente con administración errada de medicamento que proviene del no seguimiento de los estándares del cuidado asistencial preoperatorio , el sexto evento proviene de mantener al paciente en óptimas condiciones durante procedimiento quirúrgico por sangrado mayor de lo esperado y con la presentación de evento adverso probable pero no prevenible de acuerdo a los recursos del momento se hace lo mejor por el paciente, el séptimo caso hace referencia a la desadaptación de tubo orotraqueal del soporte ventilatorio durante procedimiento quirúrgico , hecho previsible que atañe a los estándares de cuidado asistencial durante la cirugía. en el octavo caso en un caso de una complicación contemplada dentro del consentimiento informado es un evento no prevenible, no desea, no intencional que se presenta aun del cuidado asistencial idóneo.

### Eventos adversos

Descripción del evento adverso	Causas
Se dispensa formol en manos de un médico de la institución.	Reenvase de soluciones antisépticas y conservantes al mismo tiempo que pueden llevar a confusión en el rótulo del envase, en este caso hubo Falta de rótulo del envase contenedor, que llevó a que el médico dispensara en sus manos el formol creyendo que era alcohol.
Re-intubación con máscara laríngea durante procedimiento quirúrgico.	Paciente re intubada en salas de cirugía por utilización de tubo no adecuado, falta de verificación de anesthesiólogo antes de usar el dispositivo.

Muerte paciente por paro cardiorrespiratorio en sala de cirugía, hospitalización cuidados intensivos en red externa muerte al quinto día.	Complicación en salas de cirugía inherente a procedimientos quirúrgicos, paro cardiorrespiratorio con desenlace fatal. Paciente con moderado riesgo quirúrgico, contemplado en el consentimiento informado previo a programación de acto quirúrgico.
Máscara laríngea en 2 ocasiones diferentes, ocluidas por doblamiento produce ventilación insuficiente.	Fallas en insumos médicos con defectos en fabricación, por calidad insuficiente en su fabricación no es posible identificar sus fallas antes de su utilización, sin poder evitar la ocurrencia de este evento.
Administración de medicamentos se administra metoprolol en lugar de midazolam	Error en la identificación del medicamento a administrar, es un evento adverso prevenible en el cual no se tomaron las medidas necesarias para evitar administrar el medicamento equivocado.
Edema pulmonar en postoperatorio inmediato.	Complicación post quirúrgica por aumento en administración de líquidos endovenosos para mantener la volemia por aumento en sangrado es salas de cirugía.
Depresión respiratoria en salas de cirugía durante procedimiento de lipoescultura.	Complicación en salas de cirugía por desadaptación de tubo orotraqueal. Falta de vigilancia continua posterior a cada movimiento de la paciente en mesa quirúrgica.
Transfusión sanguínea traslado a red externa clínica la colina.	Paciente con complicación por mayor sangrado durante la cirugía, que requiere atención en una institución de mayor nivel de complejidad en su postoperatorio inmediato.

## **Análisis de la información.**

Mediante la utilización de los procesos prioritarios de habilitación se identificaron las oportunidades para el mejoramiento de la atención en Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, partir de la información arrojada y analizada de los eventos adversos reportados en salas de cirugía de la institución durante el año 2018, el resultado se presenta continuación.

ESTÁNDAR	CRITERIO
<b>TALENTO HUMANO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personal capacitado en cada área, con conocimiento de guías y protocolos de la clínica</li> <li>2. Personal capacitado en utilización de listas de chequeo en cada área de salas de cirugía para minimizar errores.</li> </ol>
<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Área designada para realizar tareas de reenvase de antisépticos y otros conservantes ceñidos a los protocolos para esta tarea.</li> <li>2. Salas de cirugía dotadas con los equipos e insumos necesarios para la realización de cirugías seguras.</li> </ol>
<b>DOTACIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salas de cirugía con equipos, insumos y dispositivo suficientes para reponer ágilmente algún o de estos en falla imprevista.</li> <li>2. Mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos en salas de cirugía.</li> </ol>
<b>MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS E INSUMOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificación de los 5 correctos en la administración de medicamento.</li> <li>2. Utilización de insumos de excelente calidad, y autorizados por INVIMA.</li> </ol>
<b>PROCESOS PRIORITARIOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. aplicación de protocolo paciente seguro en cada acción.</li> <li>2. Procesos claros y ágiles para la remisión de pacientes que requieren acceso a unidades de cuidado intensivo.</li> </ol>
<b>HISTORIAS CLÍNICAS Y REGISTROS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia clínica completamente diligenciada de cada paciente.</li> <li>2. Descripción detallada de cada procedimiento, soportes como consentimiento informado y evoluciones completas por cada turno y las veces que se requieran con detalles, para una auditoria interna más eficaz.</li> </ol>
<b>INTERDEPENDENCIA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unidad de cuidado intensivo en red externa.</li> <li>2. No se consideran cupos en Unidad de cuidados intensivos ya que pacientes que tiene patologías cardiovasculares de base no son candidatos a procedimientos quirúrgicos en la institución.</li> </ol>

El estándar de Talento humano nos deja ver que se requiere capacitación activa de las guías, protocolos y conocimiento para la adecuada aplicación del protocolo de paciente seguro en búsqueda de la disminución de la presentación de eventos prevenibles mejorando la calidad en la atención a los pacientes, eventos como los descritos anteriormente que



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

lleven a lesiones en médicos por contacto con sustancias nocivas, aumento en la remisión de pacientes a salas de cuidados intensivos a la red externa, complicaciones en el postoperatorio inmediato, transfusiones sanguíneas en red externa, sin dejar a un lado que cada detalle debe estar debidamente registrado en la historia clínica para análisis minucioso en búsqueda de más errores para corregir sin miedo al acto punitivo por cada acción que lleve a la presentación de un evento adverso.

El estándar de infraestructura identifica la falta de un área especial para el reenvase de sustancias antisépticas y de medios acuosos como el formaldehído que permitan la adecuada manipulación y rotulación de estos para evitar daño a colaboradores y pacientes, en cuanto a las infraestructura de las salas de cirugía es necesario que existan dispositivos y equipos médicos que permitan la realización de cirugías sin contratiempos que no comprometan la seguridad y calidad de los procedimientos quirúrgicos.

Ligado al estándar de infraestructura está el estándar de dotación que evidencia en la institución debe mantenerse insumos dentro de las fechas de utilización viables, suficientes en caso de reemplazos durante los procedimientos quirúrgicos, que los equipos empleados estén en adecuadas condiciones técnicas con los mantenimientos preventivos y correctivos al día para minimizar la presentación de eventos adversos no relacionados al error médico y en caso que se presenten el médico sea capaz de identificar a tiempo para limitar los daños que se pueden ocasionar por la dotación en falla.

El estándar de medicamentos, dispositivos e insumos se identifica la falla y la necesidad de prevenir la administración de medicamentos erróneamente, como en el evento adverso en el que por falta de verificación de medicamento a administrar y por no tener en cuenta los correctos se administró metoprolol y no midazolam; si se aplicara minuciosamente los 5 correctos antes de la administración de un medicamento que puede desencadenarse en un evento fatal, en cuanto a la utilización de insumos defectuosos hablamos de eventos que no son esperables si los insumo que se han estado utilizando son del mismo proveedor, como es el caso de las máscaras laríngeas con defectos de fabricación que debieron ser cambiadas durante el acto quirúrgico por adosarse y aumentar el riesgo de complicaciones



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

durante el acto quirúrgico , aquí es donde juega el papel del médico para identificar las fallas oportunamente y evitar daños en la salud del paciente.

El estándar de procesos prioritarios deja ver la necesidad de la aplicación del protocolo de paciente seguro en cada acción sin omitir ninguna , se presentan errores en la administración de medicamentos, se hace cambios en la intubación de pacientes por la no verificación de los insumos apropiados para cada paciente , lo que aumenta costos, el exceso de confianza y falta de verificación continua del soporte ventilatorio durante procedimientos quirúrgicos hace imperativo implementar la cultura de aplicación del protocolo de paciente seguro y para lo cual se hace necesario implementar estrategias que involucren a todos los colaboradores de la Salud Línea Vital IPS- Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, y que permita la notificación de eventos adversos notificados y los que se notifican activamente por temor a ser un acto punitivo.

El estándar de Historias clínicas y registro tiene que ver con el diligenciamiento correcto de cada historia clínica y la identificación correcta de cada paciente con las evoluciones y datos clínicos correctos y con el reporte de los eventos adversos sin miedo al acto punitivo, y se debe trabajar en la desmitificación que solo se logrará cuando los colaboradores evidencian que el trabajo bajo una notificación oportuna y los planes de acción oportunos se traduce en el aumento de la calidad en la prestación del servicio y el equipo de trabajo se hará más fuerte y así la institución gozará de mejoramiento en su clima organizacional y la gestión de auditoría de la calidad en la prestación de servicio será más eficaz y fluida en la institución.

El estándar de interdependencia existe cuando un paciente que ha sido intervenido en la institución requiere servicios en una institución de mayor nivel de complejidad por complicaciones inherentes al acto quirúrgico como en el caso de transfusiones sanguíneas, o unidad de cuidados intensivos para soportes inotrópico vasopresor, ventilación mecánica entre otros propios de esta unidad para lo cual en la institución existe la línea de referencia de pacientes a instituciones con este servicio.



## **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

De acuerdo con lo expuesto es necesario fomentar la cultura del paciente seguro mediante la notificación activa, análisis y gestión de eventos adversos, la educación continúa traducida en inducción y reinducción de todos los colaboradores para ratificar que la socialización activa es el pilar de las estrategias a implementar.

Se dejan anexos formatos usados para recolección de información. (ver anexos)



## Desarrollo Organizacional.

### Pregunta de Investigación.

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

### Objetivo específico.

Identificar los incidente y/o eventos presentados en el Servicio de quirófanos de Salud Línea Vital IPS SAS-Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, que derivan de atenciones inseguras mediante un análisis de causa/efecto y evaluaciones de desempeño del personal que permitan el mejoramiento continuo y atención con altos estándares de calidad.

### Selección y aplicación de instrumentos.

A continuación, se describirán de forma detallada los diferentes instrumentos utilizados en el estudio que son de gran importancia para realizar una gestión de Desarrollo Organizacional adecuada en el servicio de quirófano de Salud Línea Vital IPS SAS. En primera instancia se realiza un Análisis de Causa Raíz o Espina de pescado, con el fin de conocer cuáles son las causas que conducen a la falta de reporte del personal que se manifiesta en eventos adversos en el quirófano. Posteriormente se realizará una evaluación de desempeño al personal que labora allí y donde se evidenciará las características positivas y negativas del mismo, y de acuerdo con estas evaluaciones se implementarán planes de acción con cada persona.



# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

## **Análisis de Causa Raíz:**

Se eligió el Análisis de Causa Raíz porque este es un análisis multivariable en donde se involucran diversos factores tales como:

1. Humano: Cansancio excesivo, desconocimiento de los protocolos de la organización, personal poco entrenado, miedo al reporte, inadecuada inducción y re inducción,
2. Maquinaria o equipos, Métodos o procedimientos: equipos obsoletos, no mantenimiento regular, no actualización de los equipos,
3. Ambiente o Entorno: alta demanda de procedimientos, estrés laboral. mal clima laboral, poco trabajo en equipo
4. Medición y Materiales: Falta de insumos, medicamentos, formatos e quipos de cómputo para reporte

Todos estos componentes permiten identificar los factores que generan el no reporte de eventos adversos en el servicio de quirófanos de la clínica SALUD LINEA VITAL IPS SAS, y permite profundizar en los diferentes eventos para generar planes de mejora teniendo en cuenta el conjunto de variables sin dejar ninguna de lado. Este análisis se convierte por sí mismo en una herramienta para la toma de decisiones y permite complementar las estrategias definidas por la organización para lograr así un análisis profundo y juicioso de las principales fallas detectadas en el manejo del Manual de Seguridad del Paciente en específico en el reporte de Eventos Adversos que llevan a una Atención Segura y a su vez al crecimiento de la organización, con calidad en el servicio y satisfacción de los usuarios.

## **Causa**

El problema analizado puede provenir de diversos ámbitos: la salud, calidad de productos y servicios, fenómenos sociales, históricos, organización, etc. El servicio de quirófano mediante el análisis de causa raíz, se involucra como un todo, siempre con un norte trazado

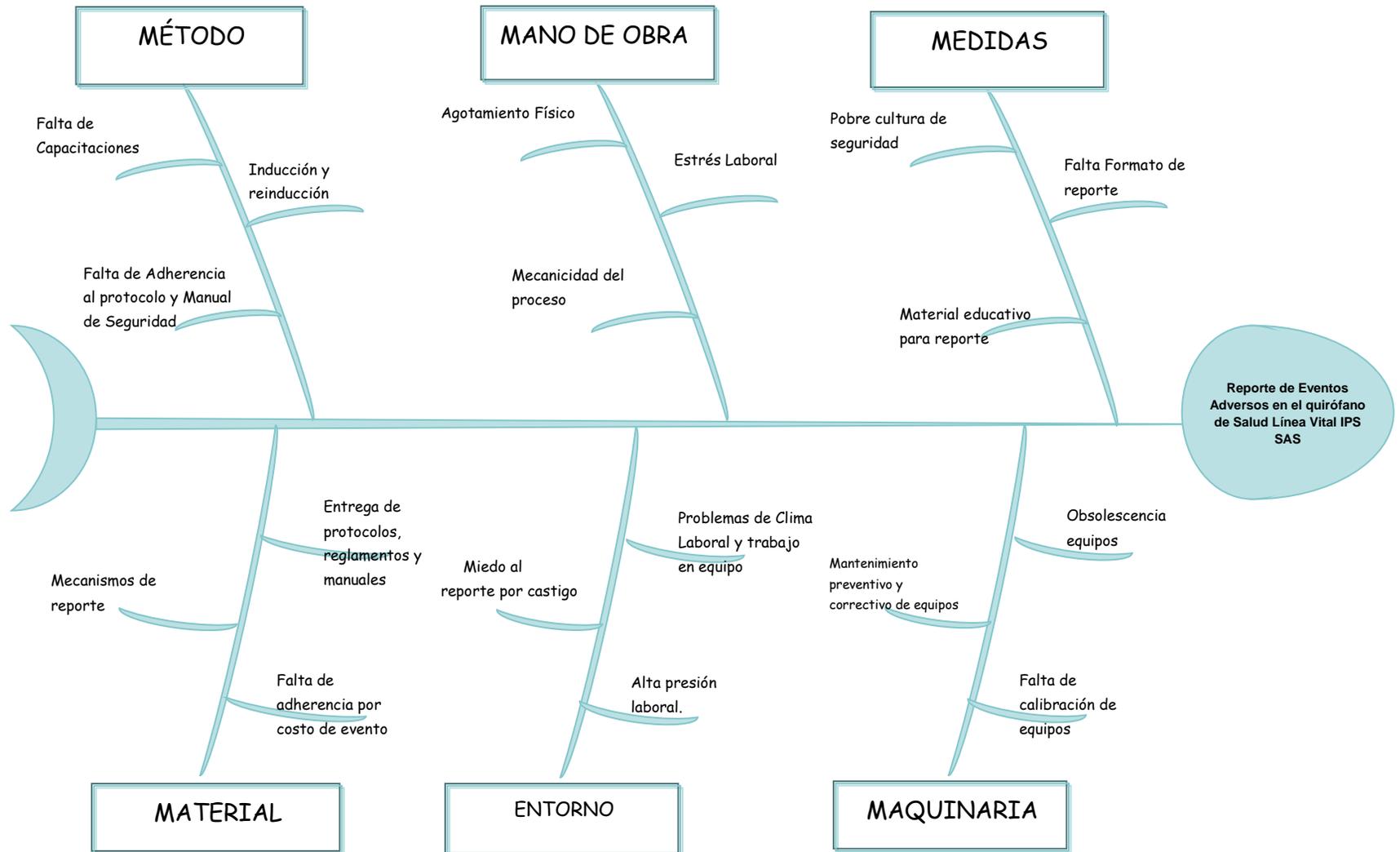


## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

en tener al usuario como centro de atención, identificando así los diversos factores que intervienen en el proceso de atención de los usuarios. Cuando se involucra a un servicio de manera integral, se logran identificar diferentes causas que permiten que se cometan errores en la prescripción y administración de medicamentos en el servicio de quirófano, documentadas mediante procesos de autoevaluación y de reportes de eventos adversos, y que se van uniendo ale eje horizontal llegando como líneas oblicuas - asemejando las espinas de un pez-. A su vez, cada una de estas líneas que representa una posible causa, recibe otras líneas paralelas a la línea central que representan las causas secundarias que sirven de desencadenantes para que se manifieste la causa primaria y se presente el error y la violación al protocolo de Seguridad del paciente de la organización. Cada grupo formado por una posible causa primaria y las causas secundarias que se le relacionan forman un grupo de causas con naturaleza común.

Al realizar la aplicación de esta herramienta va a permitir un análisis participativo mediante la creación de grupos de análisis, el cual, mediante técnicas diferentes dentro de las cuales encontramos: lluvia de ideas, sesiones de creatividad, entre otras, facilita un resultado óptimo en el entendimiento de las causas que originan la ocurrencia del no reporte de eventos e incidentes en el servicio de quirófanos, con lo que puede ser posible la solución del mismo.

# ESPINA DE PESCADO



## **Evaluación de desempeño**

El segundo instrumento que se eligió fue el de evaluación de desempeño como herramienta complementaria de análisis que ayudara a individualizar las fortalezas y debilidades de cada uno de los colaboradores del servicio de quirófano. Ya teniendo como base el análisis de causa raíz, se hace necesario identificar los factores en los que el recurso humano es responsable y así mismo poder realizar un plan con cada funcionario que ayude a prevenir las causas identificadas que derivan de la falta de reporte de Eventos en el servicio de quirófano de Salud Línea Vital IPS SAS problema que se está analizando con esta investigación.

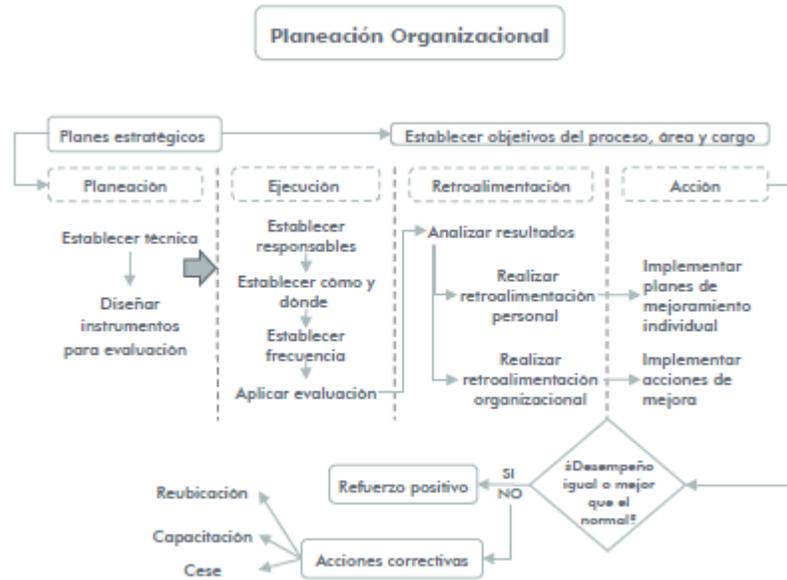
La evaluación de desempeño laboral es un subproceso dentro de la gestión de recursos humanos, dado que debe contar con las cuatro etapas de gestión: Planear, Hacer, Verificar y Actuar. (Gonzalez, 2018)

Su objetivo es lograr la medición del cumplimiento de las funciones y el desarrollo de los trabajadores, así como el cumplimiento de sus responsabilidades, observación de su conducta y alcance de las metas establecidas.

Los resultados que se obtengan de esta evaluación permiten construir acciones de mejora individuales y colectivas, de manera que se logre implementar un mejoramiento continuo en las competencias del personal y en el desarrollo de los procesos. Las acciones propuestas pueden incluir: reinducción, capacitación, entrenamiento, rotación de personal, ascensos o cambio en las funciones y responsabilidades.

## **Proceso de la evaluación de desempeño**

Para lograr una evaluación exitosa es importante diseñar un procedimiento adecuado para cada organización que incluya, como mínimo, las siguientes etapas:



Se elige como Técnica las listas de Verificación. La persona responsable de la realización y aplicación es el coordinador de enfermería de la institución,

Se aplica la evaluación de desempeño programada por la Dirección Médica, a cargo del jefe inmediato cumpliendo con las políticas de la compañía; de allí es donde se extrae la información de los 6 funcionarios con más criticidad al momento de la evaluación de los procesos. El Formato a usar es el siguiente, donde se ponderan los ítems más importantes a tener en cuenta en el servicio de quirófano y le da la oportunidad de plantear las acciones a seguir con la persona evaluada.

A continuación se muestra el formato de evaluación.





# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Se mostrarán a continuación 2 de las evaluaciones practicadas al personal.

## 1 Evaluación a cirujano Plástico

EVALUACION DE DESEMPEÑO PERSONAL QUIROFANO SALUD LINEA VITAL IPS															
NOMBRE PERSONA EVALUADA					ADRIANA MARTINEZ										
CARGO EVALUADO					CIRUJANO PLASTICO										
FECHA EVALUACION					12/02/2019										
ITEM EVALUADO					PONDERACION	1	C	2	C	3	C	4	C	5	C
TRATO AL PACIENTE					6		0		0		0		0	1	6
REALIZA UN ENTREVISTA CLINICA CLARA Y EFECTIVA					3		0		0		0	1	2,1		0
HACE UN ADECUADO EXAMEN FISICO					4		0		0		0	1	2,8		0
REALIZA UN ADECUADO DIAGNOSTICO					7		0		0		0		0	1	7
EXPLICA AL PACIENTE EL DIAGNOSTICO DE FORMA CLARA					5		0		0	1	2,5		0		0
SE COMUNICA BIEN CON EL RESTO DEL EQUIPO					5		0		0	1	2,5		0		0
DEMUESTRA MANEJO CORRECTO DE LA PATOLOGIA					5		0		0	1	2,5		0		0
SOLICITA LOS ESTUDIOS ADECUADOS PARA EL MANEJO DEL CASO					6		0		0		0	1	4,2		0
UTILIZA DE FORMA ADECUADA LOS FARMACOS					7		0		0	1	3,5		0		0
TRABAJA BIEN BAJO PRESION					7		0		0		0		0	1	7
TIENE LOS CONOCIMIENTOS AFIANZADOS Y CLAROS					5		0		0		0		0	1	5
ES UNA PERSONA EQUILIBRADA Y DE DECISIONES CONFIABLES					5		0		0		0		0	1	5
TRABAJA BIEN EN EQUIPO					5		0		0		0		0	1	5
TIENE ALTA CAPACIDAD DE MOTIVAR AL EQUIPO					4		0	1	1,2		0		0		0
ES UNA PERSONA ORDENADA Y METODICA					4		0		0	1	2		0		0
SE ADAPTA BIEN AL CAMBIO					4		0		0		0	1	2,8		0
CUMPLE CON SUS TURNOS DE TRABAJO					5		0		0	1	2,5		0		0
ES UNA PERSONA ORIENTADA AL LOGRO Y A RESULTADOS					4		0		0		0	1	2,8		0
CUMPLE A CABALIDAD CON LAS GUIAS Y PROCEDIMIENTOS					6		0		0		0	1	4,2		0
ADECUADA UTILIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES					3		0		0	1	1,5		0		0
PONDERACION TOTAL					100		0		1,2		17		19		35
<b>CALIFICACION TOTAL DE DESMPENÑO</b>					<b>74,1</b>	<b>CALIFICACION TOTAL DE DESEMPEÑO</b>									
OBSERVACIONES SOBRE EL DESEMPEÑO Y RECOMENDACIONES DE PLAN DE CARRERA															
Se revisa la evaluación recomienda hacer énfasis en el trabajo en equipo por medio de talleres programados por Talento Humano															
Asistir a capacitaciones programadas de seguridad del paciente y análisis de eventos adversos en comités de Seguridad del paciente															
Realizar capacitación en Cultura de Seguridad del paciente.															
ESTIMACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS															
CALIFICACION TOTAL DE DESEMPEÑO OBTENIDA															
91-100															
81-90															
71-80															
INFERIOR A 70															



# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

## 2 Evaluación a Auxiliar de enfermería

EVALUACION DE DESEMPEÑO PERSONAL QUIROFANO SALUD LINEA VITAL IPS													
NOMBRE PERSONA EVALUADA				NELLY MORATO.									
CARGO EVALUADO				AUXILIAR DE ENFERMERIA									
FECHA EVALUACION				10/02/2019									
ITEM EVALUADO	PONDERACION	CALIFICACION 1 A 5											
		1	C	2	C	3	C	4	C	5	C		
TRATO AL PACIENTE	6		0		0		0		0		0	1	6
REALIZA UN ENTREVISTA CLINICA CLARA Y EFECTIVA	3		0		0		0		0		0	1	3
HACE UN ADECUADO EXAMEN FISICO	4		0		0		0		1	4,2			0
REALIZA UN ADECUADO DIAGNOSTICO	7		0		0		0		0		0	1	7
EXPLICA AL PACIENTE EL DIAGNOSTICO DE FORMA CLARA	5		0		0		0		0		0	1	5
SE COMUNICA BIEN CON EL RESTO DEL EQUIPO	5		0		0		0		1	4,2			0
DEMUESTRA MANEJO CORRECTO DE LA PATOLOGIA	5		0		0		0		0		0	1	5
SOLICITA LOS ESTUDIOS ADECUADOS PARA EL MANEJO DEL CASO	6		0		0		0		1	4,2			0
UTILIZA DE FORMA ADECUADA LOS FARMACOS	7		0		0		0		1	4,2			0
TRABAJA BIEN BAJO PRESION	7		0		0		1	3			0		0
TIENE LOS CONOCIMIENTOS AFIANZADOS Y CLAROS	5		0		0		0		0		0	1	5
ES UNA PERSONA EQUILIBRADA Y DE DECISIONES CONFIABLES	5		0		0		0		0		0	1	5
TRABAJA BIEN EN EQUIPO	5		0		0		0		0		0	1	5
TIENE ALTA CAPACIDAD DE MOTIVAR AL EQUIPO	4		0		0		0		0		0	1	4
ES UNA PERSONA ORDENADA Y METODICA	4		0		0		0		1	4,2			0
SE ADAPTA BIEN AL CAMBIO	4		0		0		0		0		0	1	4
CUMPLE CON SUS TURNOS DE TRABAJO	5		0		0		0		0		0	1	5
ES UNA PERSONA ORIENTADA AL LOGRO Y A RESULTADOS	4		0		0		0		0		0	1	4
CUMPLE A CABALIDAD CON LAS GUIAS Y PROCEDIMIENTOS	6		0		0		0		1	4,2			0
ADECUADA UTILIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES	3		0		0		0		0		0	1	3
PONDERACION TOTAL	100		0		0		3		25				61
<b>CALIFICACION TOTAL DE DESMPEÑO</b>		<b>86,2</b>	CALIFICACION TOTAL DE DESEMPEÑO										
OBSERVACIONES SOBRE EL DESEMPEÑO Y RECOMENDACIONES DE PLAN DE CARRERA													
La Auxiliar obtiene una calificación buena, sin embargo se recomienda el adecuado reporte dado que no es punitivo se debe mejorar el trabajo en equipo. Se recomienda asistir y poner atención a las capacitaciones de Cultura de Seguridad del paciente, para aprender a realizar el reporte y evitar posibles sucesos inesperados y asistir al taller de comunicación asertiva y trabajo en equipo que realizan desde Talento Humano.													
ESTIMACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS													
CALIFICACION TOTAL DE DESEMPEÑO OBTENIDA													
91-100		DESEMPEÑO EXLENTE											
81-90		DESEMPEÑO BUENO											
71-80		DESEMPEÑO REGULAR											
INFERIOR A 70		DESEMPEÑO MALO											

### Análisis de la información.

Luego de la realización de la espina de pescado se plantearon con el Gerente General las siguientes acciones, se exponen por cada una de las variables analizadas.

Método:

- Falta de adherencia al protocolo y Manual de Seguridad: Se realiza verificación de Manual de Seguridad del Paciente para verificación de adherencia del mismo con el



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

personal de quirófano de la institución, una vez socializado se debe definir la necesidad de actualización del protocolo según requerimientos y aprobación por dirección médica y gerencia.

- Falta de capacitaciones: Se deben programar las capacitaciones con asistencia obligatoria, y se realizan pruebas y evaluaciones al final de las mismas que quedan registradas en la hoja de vida de los colaboradores.
- Falta de Inducción y re inducción: Dado que el personal es antiguo y lleva en la institución varios años se capacitara nuevamente el personal en este punto y se vigilará muy de cerca la adherencia al protocolo, se realizarán evaluaciones periódicas de desempeño.

### Mano de Obra:

- Estrés Laboral: Realización de encuesta de clima laboral para obtener planes de mejora a partir de los resultados de misma, con el grupo de Talento Humano capacitar y realizar actividades de integración en la que participen todos los trabajadores
- Mecanicidad del proceso: Se tienen perfiles de cargo para el personal, dado que el personal es antiguo, se deben capacitar continuamente en actualización de procesos con el fin de mejorar la calidad en la prestación del servicio, y mantener el personal idóneo, capacitado y con alta motivación.
- Agotamiento Físico: Se revisa el servicio de quirófano y se decide contratar personal de apoyo para eventos de aumento de la demanda, para que el personal no labore más de las horas permitidas, además se dan incentivos en casos de que esto ocurra.

### Medidas:

- Implementación de cultura de seguridad para el adecuado reporte mediante capacitaciones constantes al personal de quirófano



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

- Formato de reporte: Se dejara formato de reporte de eventos adversos en el servicio de quirófano con jefe de servicio, el cual será de fácil diligenciamiento y anónimo.
- Realización de folletos o material didáctico para tanto familiares y usuarios como personal de quirófano tengan en cuenta que se cuenta con Atención Segura, con Seguridad del paciente y planes de mejora que se dan a partir de reportes que se notifiquen.

### Material:

- Mecanismos de reporte: Se realiza implementación de formato para reporte escrito dentro de la institución, además se deja abierto correo institucional para reporte de eventos adversos anónimos, y mecanismo de reporte verbal a jefe del servicio quien direccionara el evento al líder de Seguridad del Paciente
- Entrega de protocolos, reglamentos y manuales: Se realiza entrega al personal en Cd y por correo de protocolos establecidos en la institución, los cuales deberán ser socializados por el personal de recursos humanos de la institución y evaluados para poner copia en hoja de vida
- Costos de eventos: Se realiza análisis financiero con grupo interdisciplinario que conforma el comité de Calidad de la institución en el cual se dieron a conocer cifras del costo de un evento adverso frente al valor de la prevención por lo cual desde la gerencia se creó conciencia de prevención y reporte para realización de planes de mejora.

### Entorno:

- Problemas de Clima Laboral y Trabajo en equipo: La medición del clima laboral se realizará en Abril, por parte del personal de recursos humanos sin embargo, la jefe del servicio de quirófano esta delegada para vigilar y ser mediador en cualquier tipo de problema que afecte el clima laboral, y será quien involucre a todos los miembros del equipo a trabajar juntos para el paciente.
- Miedo al reporte: A partir de la inducción y re inducción del personal que iniciara en el mes de Marzo se deberán generar más seguridad en cuanto a los procesos y



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

protocolos y a medida que se vayan analizando eventos y se vea que no son punitivos sino con el fin de ser mejores, se lograran más reportes

- Alta presión laboral: Este tema también mejorará con la entrada del personal de apoyo, que liberará tiempo al personal y este se podrá enfocar más en el logro de las metas.

### Maquinaria:

- Obsolescencia de equipos: El jefe de quirófano tiene el compromiso de revisión y priorización de renovación de equipos a medida que se estén deteriorando, en caso de que se conozcan nuevas tecnologías para incluir en la institución, la gerencia deberá generar un presupuesto anual para la compra de estos improvisos.
- Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos: Se realizó cronograma de mantenimiento junto con ingeniero biomédico el cual se debe cumplir en las fechas establecidas, con el fin de que se tengan los equipos sin fallas y no ocurran eventos por esta causa.
- Falta de calibración de equipos: Se informa a la gerencia que por norma de habilitación 2003 de 2014 los equipos de medición deberán ser calibrados, se realiza cotización de calibración de equipos de la institución, la cual se deberá realizar en el primer semestre de 2019, la gerencia se compromete a generar los soportes con el fin de evitar eventos con estos equipos.

Surgen así un conjunto de tareas por cada una de las variables analizadas en el servicio de quirófano que serán implementadas hasta el mes de Junio, pero que deben empezar a arrojar resultados sobre los eventos adversos a partir del mes de Marzo. El indicador de eventos adversos será evaluado mensualmente en el comité de Calidad y de Seguridad del Paciente allí se realizara análisis de caso, y se arrojaran los planes de mejora para evitar nuevos casos parecidos.

Con respecto a la evaluación de desempeño realizada a 6 personas en el servicio de quirofano que estan involucradas en el proceso de atencion del paciente desde su ingreso hasta su egreso. Alli la comunicación juega un papel esencial, y es por eso que al ser un servicio que exige estandares altos de calidad, debe tener una comunicación acertiva, no



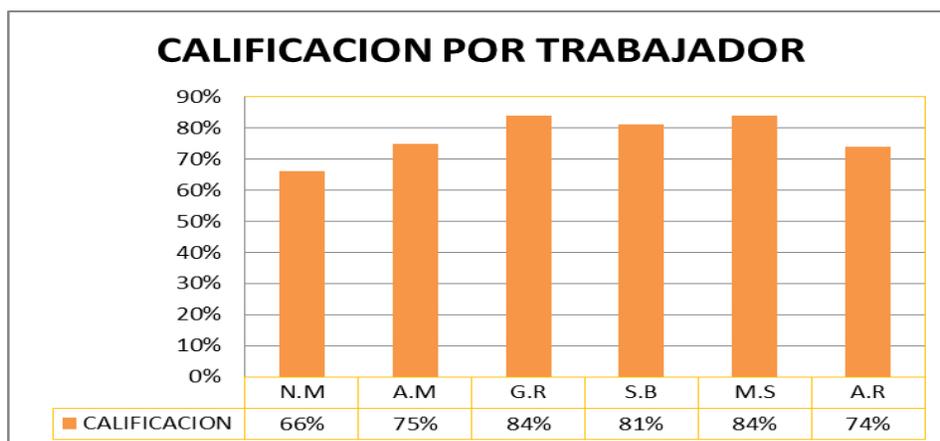
## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

solos con los miembros del equipo sino también con el paciente a quien se va a realizar el procedimiento, mitigando la máximo los riesgos de recurrir en estos errores. Otro factor que se evaluó dentro de este proceso evaluativo fue el conocimiento de los protocolos y procedimientos, para evitar errores en la prestación y posibles eventos adversos, se observó que la institución no había realizado capacitaciones por lo tanto no había adecuado reporte, por lo que supone un probable déficit en los procesos de inducción, reinducción, capacitación y evaluación continua del personal por parte de la empresa.

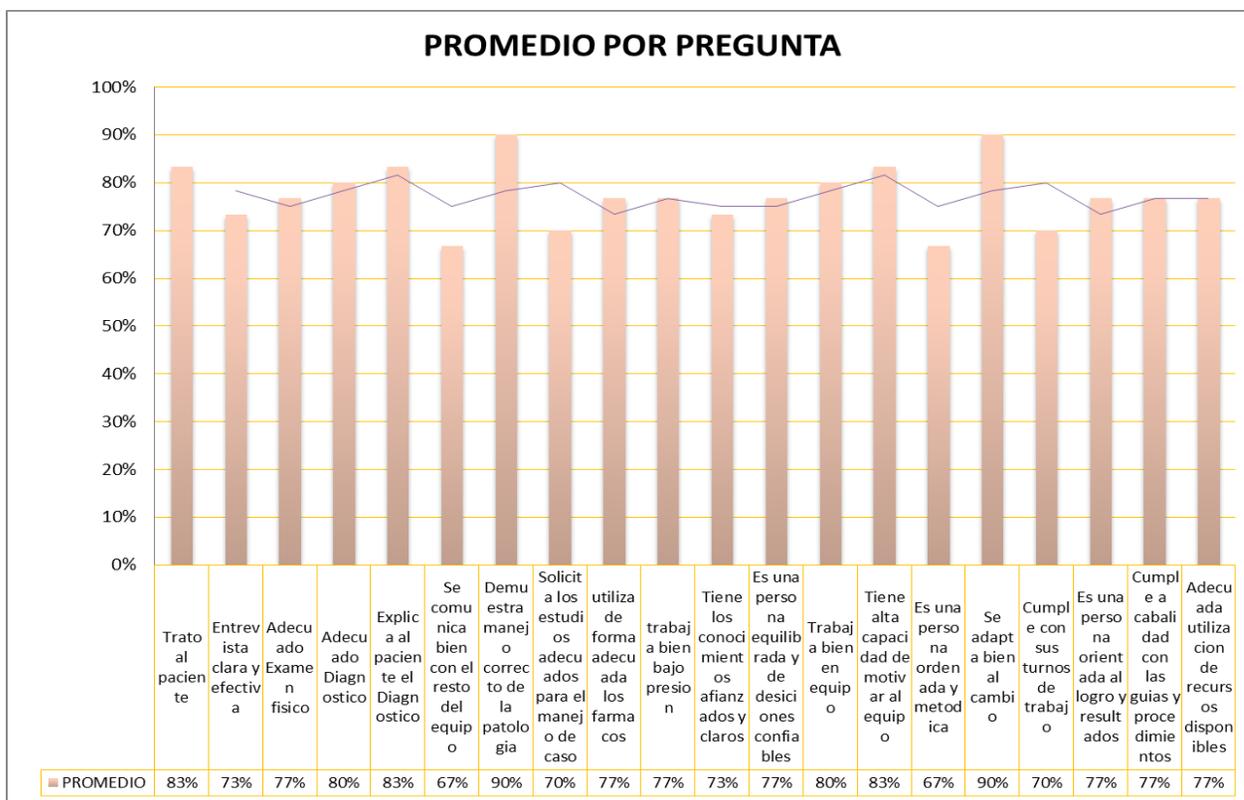
Teniendo en cuenta las evaluaciones de desempeño realizadas a 6 trabajadores de la institución se obtienen los siguientes resultados:

ANÁLISIS DE ENCUESTA PREGUNTAS	PERSONAL						PROMEDIO	
	N.M	A.M	G.R	S.B	M.S	A.R	TOTAL	PROMEDIO
Trato al paciente	4	4	5	3	4	5	25	83%
Entrevista clara y efectiva	3	4	3	4	4	4	22	73%
Adecuado Examen físico	3	5	5	3	4	3	23	76%
Adecuado Diagnóstico	3	4	5	5	3	4	24	80%
Explica al paciente el Diagnóstico	4	4	3	5	5	4	25	83%
Se comunica bien con el resto del equipo	4	3	3	4	3	3	20	66%
Demuestra manejo correcto de la patología	2	4	5	6	7	3	27	90%
Solicita los estudios adecuados para el manejo de caso	3	3	4	3	4	4	21	70%
utiliza de forma adecuada los fármacos	4	3	5	4	4	3	23	76%
trabaja bien bajo presión	3	4	4	3	4	5	23	76%
Tiene los conocimientos afianzados y claros	3	4	3	4	4	4	22	73%
Es una persona equilibrada y de decisiones confiables	3	5	5	3	4	3	23	76%
Trabaja bien en equipo	3	4	5	5	3	4	24	80%
Tiene alta capacidad de motivar al equipo	4	4	3	5	5	4	25	83%
Es una persona ordenada y metódica	4	3	3	4	3	3	20	66%
Se adapta bien al cambio	2	4	5	6	7	3	27	90%
Cumple con sus turnos de trabajo	3	3	4	3	4	4	21	70%
Es una persona orientada al logro y resultados	4	3	5	4	4	3	23	76%
Cumple a cabalidad con las guías y procedimientos	3	4	4	3	4	5	23	76%
Adecuada utilización de recursos disponibles	4	3	5	4	4	3	23	76%
<b>CALIFICACION</b>	<b>66</b>	<b>75</b>	<b>84</b>	<b>81</b>	<b>84</b>	<b>74</b>		

Tabla Promedio de evaluación de desempeño al personal



Grafica 1: Promedio de desempeño de personal



Grafica 2: Promedio de evaluación por pregunta



## Analisis de graficas

Teniendo en cuenta las ecuestas realizadas y los resultados obtenidos se concluye lo siguiente: El promedio de calificación del personal oscila entre 66% y 84% esto quiere decir que el personal tiene un desempeño de regular a bueno, en las actividades realizadas al paciente; por lo cual se deberá realizar evaluaciones de desempeño cada 4 meses, en cuanto al análisis por preguntas se puede observar que el personal, realiza un adecuado trato al paciente, realiza buen diagnóstico para la cirugía, explica al paciente el diagnóstico, se adapta bien cuando trabaja en equipo, estos son puntos positivos para la organización, dado que son acciones que ayudan a una atención segura y de calidad; sin embargo hay que trabajar en otros puntos que están con calificación baja como lo son; comunicación asertiva, mecánica en las actividades del servicio, puntualidad y orden con el trabajo, para esto se desarrollan las siguientes actividades las cuales ayudaron a comprometer al personal.

- Inducción y reinducción al personal las cuales deben incluir capacitaciones, en protocolos, procedimientos, manuales, y reglamentos realizando evaluaciones constantes para verificación del desempeño para generar acciones de mejora continua.
- Capacitaciones con personal de recursos humanos las cuales incluyan, clima laboral y trabajo en equipo, comunicación asertiva; dado que se va a llevar apoyo para mejorar el estrés laboral se generaron actividades de ocio y recreación para el personal, además de pausas activas las cuales estarán dirigidas por personal administrativo de la institución.
- Realización de evaluaciones de cultura de seguridad las cuales ayudarán a entender el reporte adecuado del personal, además de continuación al resto del personal de la institución con el fin de verificar el desempeño de actividades en la institución.

Así bien tanto el análisis causa- efecto como la evaluación de desempeño ayudan a la institución a tener claridad en las fallas latentes y activas que pueden generar eventos adversos y a cuales se les debe dar prioridad para tener una Atención Segura.



## Conclusiones

Para la resolución del problema se tuvo en cuenta 3 enfoques diferentes, buscando el adecuado reporte por parte del personal de la institución Salud Línea Vital IPS-Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, a partir del diseño de estrategias que ayuden a lograr este objetivo. En primer lugar, se define intervenir esta problemática desde un análisis gerencial estratégico buscando mejorar la calidad de la prestación del servicio a nivel del área de quirófanos de la organización; a través de diferentes herramientas que permiten analizar y caracterizar los errores mediante el análisis DOFA, Análisis de Pestal, Balance Score Care, análisis causa-efecto, que aseguran una evaluación completa desde todas las aristas que tiene la organización, buscando crear estrategias claras que ayuden a mejorar la cultura de reporte, y así realizar planes de mejora a partir de las situaciones encontradas.

La seguridad en los procedimientos quirúrgicos y en el caso exacto de cirugía plástica no se debe enfocar simplemente en la aplicación de listas de verificación o chequeo; es importante motivar en el personal asistencial y administrativo una cultura de seguridad, que se refleje en todas sus actuaciones en la atención del paciente, el cual debe contar con programas de educación continua, entrenamiento y reentrenamiento en todas las áreas del conocimiento relacionado con el quehacer en salas de procedimientos quirúrgicos de alta, media o baja complejidad para garantizar una atención idónea y segura.

Es crucial sensibilizar y dar formación a todos los colaboradores de la Institución para que adquieran la conciencia de la importancia del protocolo de seguridad del paciente, y por este motivo las capacitaciones deben ser continuas y frecuentes para que permitan:

- Conocer las actuaciones de los colaboradores dirigidas a una práctica segura.
- Hacer que reflexionen sobre las mejoras que se podrían llevar a cabo junto a la notificación oportuna y efectiva de eventos adversos
- Lograr establecer y mantener el liderazgo en cada persona como agente de cambio que promueva una cultura de seguridad.



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Realizar el análisis de los eventos adversos se debe seguir la metodología del protocolo de Londres para desarrollar planes de acción e intervenciones de riesgos potenciales siendo congruentes con la metodología impartida por el Ministerio De Salud De Colombia.

Comunicar los resultados y tomar medidas para mejorar la seguridad del paciente.

Formar a los profesionales en técnicas de trabajo en equipo y de los principios de reducción de errores.

Afianzar el programa de notificación y aprendizaje, para identificar y analizar los incidentes que se producen y las situaciones de riesgo, con lo que la institución logre aplicar y evaluar acciones de mejora en relación con los mismos.

Mantener un diagnóstico de calidad continuo dentro de la institución para lograr posicionar a la institución como entidad con servicios quirúrgicos de seguros y de calidad.

Mantener los estándares de calidad suficientes para la prestación de servicios quirúrgicos y permanecer vigentes dentro del sistema de los prestadores de servicios de salud.

Mejorar la notificación oportuna de eventos adversos sin temor a efecto punitivo mediante el análisis de cada caso buscando soluciones en equipo en pro de los usuarios, los colaboradores y la institución.

Se evidencio que es necesario realizar los planes de mejora para mantener vigente la habilitación, el diagnóstico continuo para el mejoramiento en la calidad de la atención en salud y el cumplimiento de la calidad superior en los servicios prestados en una entidad con servicios de salud quirúrgicos con calidad.

Se debe fomentar el empoderamiento de cada cargo con la seguridad de conocer las acciones inseguras y seguras que llevaran a que disminuya en cada acto de la labor cotidiana la presentación de los eventos adversos.



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Es necesario cumplir con la etapa de planeación con el objetivo de socializar activamente el protocolo de paciente seguro y crear aprehensión del conocimiento y compromiso en los colaboradores de la institución.

Es fundamental la socialización activa y permanente del Protocolo de Paciente Seguro de los colaboradores de la institución para aclarar la manera como se ha planteado el proceso y los actores involucrados para dar resultado positivos y eficaces en la socialización del protocolo de paciente seguro.



## **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

### **Recomendaciones.**

Es indispensable fomentar la búsqueda activa de probables errores que lleven a la presentación y oportuno reporte de un evento adverso, realizando la notificación de manera verbal o escrita, las rondas de verificación, la inducción y reinducción de todo el personal, con el fin de corregir estas fallas y aumentar la cultura del paciente seguro en la institución.

Se debe fomentar la búsqueda activa de probables errores que lleven a la presentación de un evento adverso con el fin de corregir estas fallas y aumentar la cultura del paciente seguro en la institución.

Generar espacios de capacitación utilizando el recurso especializado de la organización, mejorando los niveles de adherencia y generando una actualización continua de los protocolos institucionales, con el fin de realizar adherencia a procesos que lleven al reporte adecuado de eventos adversos, realizando evaluaciones de desempeño constantes y capacitaciones continuas a partir de esto se debe generar cultura de seguridad, teniendo en cuenta las mejoras realizadas durante el proceso de investigación, se generó tanto mejoras en el reporte como en convivencia y trabajo en equipo del personal de quirófanos de IPS Salud Línea Vital Complejo Quirúrgico Santa Barbara.

La alta gerencia de Salud Línea Vital IPS-Complejo Quirúrgico Santa Bárbara debe estar dispuesta siempre a escuchar a todos los colaboradores, los pacientes y familiares de estos con el fin de buscar oportunidades de mejoramiento en la atención con seguridad del paciente.

Con una correcta aplicación del protocolo de paciente seguro mejorará las relaciones del trabajo en equipo y el liderazgo evidenciados en la calidad en la prestación de los servicios quirúrgicos y no quirúrgicos en Salud Línea Vital IPS - Complejo Quirúrgico Santa Bárbara, estará aumentando el entusiasmo al mejoramiento continuo de la gestión de procesos inherentes a la prestación de los servicios de salud.



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

La implementación de las buenas prácticas en la mejora de la seguridad del paciente no debe ser visto por el personal asistencial como una tarea adicional, sino un trabajo complementario que mejora las condiciones del servicio con estrategias bien definidas.

Debe tenerse en cuenta los puntos más relevantes para que la experiencia sea exitosa.

Gestión de riesgo, comunicación eficaz información oportuna y humanización del procedimiento.

Debemos evidenciar el impacto en los usuarios, donde los pacientes llegan oportunamente, tranquilos y mejor preparados.

La estrategia basada en el modelo de gestión del riesgo debe ser preventiva, innovadora y favorecer la planeación del manejo del paciente quirúrgico.



## Bibliografía/Webgrafía

1. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica IBEAS <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/ibeas/> Circular Única. Indicadores de calidad y alerta temprana. Superintendencia nacional de salud. Consultado en: [http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Archivos/Circulares\\_Externas/2012/C\\_2012\\_Circular\\_0009.pdf](http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Archivos/Circulares_Externas/2012/C_2012_Circular_0009.pdf) Consultado el 11 de marzo de 2018
2. Guías buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Ministerio de la protección social. Consultado en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>. Consultado el 11 de marzo de 2018.
3. Guía de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
4. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente ministerio de la protección social consultado el 16 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>. Consultado el 29 de mayo de 2015 Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá, diciembre 2007
5. Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006. Consultado en <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf>. Consultado 11 de marzo de 2018



# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

## Consideraciones legales

Bogotá D.C., 22 Febrero de 2018

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

Cordial saludo,

Yo, Edgar Andres Romero Vasquez, identificado con CC 79954180 de Bogota, en mi calidad de Representante legal cargo Gerente de la empresa Salud Linea Vital IPS SAS, manifiesto que Autorizo a Katherine Gonzalez identificado con cédula de ciudadanía No. 1015440393 de Bogota, estudiante del programa de Gerencia en Salud, de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS, ha informado a esta institución su intención de adelantar el proyecto académico denominado "Trabajo de grado", 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.

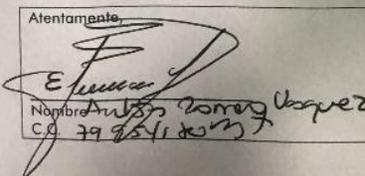
Atentamente,  Nombre <u>Edgar Andres Romero Vasquez</u> C.C. <u>79954180</u>	Acepto, <u>Katherine Gonzalez</u> Nombre Estudiante <u>Katherine Yuleidy Gonzalez</u> C.C. <u>1.015.440.393</u>
--	--

Figura 3. Carta autorización IPS Salud Línea Vital



## Anexos

		<b>REPORTE RELACIONADO CON SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> "ATENCIÓN SEGURA" (No hace parte de la historia clínica)		
<b>Edad:</b>		<b>H.C.:</b>		<b>Caso:</b> Uso oficina calidad
<b>Sexo:</b>		<b>Nombre:</b>		
<b>Fecha de Reporte:</b>			<b>Fecha del Evento:</b>	
<b>Área:</b>			<b>Turno:</b>	
<b>Hora:</b>			<b>Especialidad:</b>	
<b>Reporte de:</b>	<b>Riesgo:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Evento:</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Nombre del evento:</b>				
<b>Descripción: (Detalles de tiempo, modo, lugar)</b>				
<b>Factores que influyeron: (Del paciente, del turno, de organización)</b>				
<b>Acción inmediata: (Medidas de aseguramiento, contención del impacto, protección del paciente)</b>				
<b>Mejoramiento: (sugerencias sobre barreras de seguridad, acciones correctivas)</b>				
<b>Cargo de quien reporta:</b>				

### Apéndice A



## Apéndice B

### Listado de referencia de eventos relacionados con seguridad del paciente de reporte obligatorio

<b>ANESTESICOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cefalea post- punción</li><li>• Paresia o plejia post anestesia regional</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eventos médicos trans- anestésicos (arritmias- paro intraoperatorio-evento coronario</li><li>• Síndrome vagal</li></ul>
<b>QUIRURGICOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fallas de sutura</li></ul> Dehiscencia de sutura <ul style="list-style-type: none"><li>• Error de sitio, procedimiento o paciente</li></ul> Lesiones posoperatorias ISO (infección del sitio operatorio) <ul style="list-style-type: none"><li>• Lesiones no reconocidas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lesiones intraoperatorias accidentales</li></ul> Neumotórax Perforaciones Laceraciones Punciones <ul style="list-style-type: none"><li>• Sangrado del sitio operatorio</li></ul> Hematoma Hemorragia Hemotórax
<b>TERAPEUTICOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apoyo terapéutico</li></ul> UPP (Ulceras por presión) Flebitis no infecciosas (química o mecánica) Caídas con o sin lesión	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos</li></ul> Fallo terapéutico Reacción adversa Medicamento no disponible No aplicación de 10 correctos <ul style="list-style-type: none"><li>• Transfusionales (INCLUIR FICHA RAT)</li></ul> Reacción y accidente transfusional
<b>INCIDENTES DE CALIDAD</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Demora en evaluación médica o intervención, si se deteriora el estado de salud</li><li>• Estancia inadecuada</li></ul>	



# FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

## Apéndice C

### Formato para análisis de indicadores de gestión en seguridad del paciente

SALUD LINEA VITAL IPS / COMPLEJO QUIRURGICO SANTA BARBARA		Código	FORMT-CAL-01		
		Versión:	1		
		Copia:	CONTROLADA		
Proceso:	GESTION DE CALIDAD				
FICHA REPORTE DE INDICADORES					
Tipo de Proceso:	Estrategico:	X	Misional:	Apoyo:	
Fecha de Aprobación:	jul-16	Responsable:	Coordinacion enfermeria		
PROCESO: GESTION DEL RIESGO					
NOMBRE DEL INDICADOR	Proporcion de eventos adversos	TIPO DE INDICADOR	Oportunidad Continuidad Satisfaccion		
OBJETIVO: Identificar los eventos adversos, incidentes o complicaciones que se puedan presentar dentro de la institucion con el fin de darles cumplimiento y realizar planes de mejora sobre las mismas					
JUSTIFICACION: La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos. Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles. Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.					
DEFINICION OPERACIONAL: Total de eventos adversos detectados y gestionados en el area de cirugía/Número total de pacientes atendidos en el mes*100		FUENTE DE DATOS: Búsqueda activa y pasiva de eventos adversos ( fuentes de informacion clinica)			
NIVEL DE REFERENCIA	METAS			FRECUENCIA	
Porcentaje	MIN	SAT	SOB	Reporte	Revisión
	2%	1%	0%	Mensual	Mensual
FORMULA DE CACULO: Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100		INTERPRETACION DEL INDICADOR: Este indicador nos permite medir las fallas internas con respecto a fallas en la privacidad de la clinica de los pacientes de la institucion.			
RESPONSABLES			CARGO		
Responsable de captar la información			Coordinador enfermeria		
Responsable de Consolidar la información			Coordinador enfermeria		
Responsable de analizar y evaluar la información			Coordinador enfermeria		
Vigilancia y Control			Lider de Calidad- Secretaria Distrital de Salud		