

**CARACTERIZACIÓN Y FORMULACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN
INTEGRAL DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA
FCV-ICF**

RUBY EMILCE DUEÑAS BADILLO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FAULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECHANICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN GERENCIA DE NEGOCIOS – MBA
BUCARAMANGA**

2017

**CARACTERIZACIÓN Y FORMULACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN
INTEGRAL DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA
FCV-ICF**

RUBY EMILCE DUEÑAS BADILLO

**Proyecto de grado para optar al título de: MAGÍSTER EN GERENCIA DE
NEGOCIOS - MBA**

Director

ELIANA MARCELA PEÑA

MSc en Ingeniería Industrial

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FAULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECHANICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
MAESTRÍA EN GERENCIA DE NEGOCIOS – MBA
BUCARAMANGA**

2017

DEDICATORIA

A Dios por todas las oportunidades que me ha dado en la vida, por mi salud y la persistencia que me acompañó en el camino de alcanzar este logro.

A mi familia seres incansables y que gracias a su apoyo y acompañamiento puedo decir que he alcanzado otro escalón en mi gran proyecto de vida, a mi esposo e hijo, gracias a todos ustedes mi esfuerzo se ve reflejado cada día.

RUBY EMILCE DUEÑAS BADILLO

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Fundacion Cardiovascular de Colombia, por su confianza, apoyo y disponibilidad para que este proyecto se realizará, así mismo a la Universidad Industrial de Santander por su orientación y guía en este camino académico.

Agradezco a mi directora Ing. Eliana Marcela Peña, a todos y cada uno de los docentes que me formaron como profesional en este post grado, por su dedicación, soporte y enseñanzas.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. RESUMEN EJECUTIVO	18
2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	19
2.1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
3. JUSTIFICACION	23
4. OBJETIVOS.....	25
4.1. OBJETIVO GENERAL	25
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
5. MARCO DE REFERENCIA.....	26
5.1. MARCO LEGAL	27
5.1.1. LEY 100 DE 1993:	27
5.1.2. RESOLUCION 123/12.	27
5.1.3. RESOLUCIÓN 2003/2014.	28
5.1.4. RESOLUCION 1446 DE 2006.	29
5.2. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD.....	30
5.3. CONTEXTUALIZACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	30
5.3.1. DEFINICIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE. (SP).	30
5.3.2. MODELOS DE OCURRENCIA Y ANÁLISIS DE EA.....	32
5.3.3. MODELO DE GESTIÓN.	40
6. DIAGNÓSTICO DEL ESTADO ACTUAL DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA FCV-IC.....	45
6.1. METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO	45

6.2. ANALISIS RESULTADOS APLICACIÓN DE LA ENCUESTRA SEMI ESTRUCTURADA	51
6.2.1. SUB ANÁLISIS ESPECIFICO POR ÍTEM.....	53
6.2.2. MATRIZ DOFA.....	61
7. ESTRUCTURAR LAS POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS QUE RIGEN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE FCV-ICF	66
7.1. POLÍTICAS	70
7.1.1. SOCIALIZACIÓN DE POLÍTICAS DISEÑADAS.....	71
8. FORMULAR EL NUEVO MODELO GERENCIAL, INTEGRAL DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE FCV-ICF, A TRAVÉS DE CANVAS, UTILIZANDO ESTRATEGIAS GERENCIALES	73
9. SOCIALIZAR CON LOS ALTOS DIRECTIVOS, LA OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EL POSIBLE MODELO A IMPLEMENTAR EN LA INSTITUCIÓN	85
10. CONCLUSIONES	92
BIBLIOGRAFÍA.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXOS.....	97

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo de queso suizo.....	33
Figura 2. Modelo de gestión de seguridad del paciente.....	34
Figura 3 Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de SP	36
Figura 4. (QJBC-MAPS).	40
Figura 5. Lienzo Canvas.	43
Figura 6. Ficha técnica.....	46
Figura 7. Tabulación – grafica percepción total.	52
Figura 8. Existencia de una persona guía, idónea para la implementación del PSP.....	53
Figura 9. Existencia de proceso de calidad enfocado a la SP	54
Figura 10. Evidencia del compromiso de la alta dirección para el direccionamiento de la política de SP.	55
Figura 11. Existe un equipo interdisciplinario para el manejo de la Seguridad del paciente.	56
Figura 12. Prioridad en la seguridad del paciente.....	57
Figura 13. Promoción de un entorno no punitivo en la SP.....	57
Figura 14 Existencia de cultura de seguridad del paciente en la FCV.....	58
Figura 15. Se cuenta con un programa de SP que provea una caja de herramientas idónea.	59
Figura 16. Evaluación de indicadores de seguimiento EA.	60
Figura 17. Valoración de riesgos en procesos asistenciales.	61
Figura 18. DOFA.....	62
Figura 19. Lineamientos para la política de seguridad del paciente.	67
Figura 20. Similitudes de términos en la seguridad del paciente.	68
Figura 21. Propósitos gestión de seguridad del paciente.	69

Figura 22. Acta de construcción.....	71
Figura 23. Listado participantes socialización de políticas del MCSP.....	72
Figura 24. Segmento de mercados.....	74
Figura 25. Propuesta de valor modelo de seguridad del paciente.	75
Figura 26. Canal directo modelo de calidad y seguridad del paciente.	78
Figura 27. Modelo canvas modelo de calidad y seguridad del paciente – FCV.....	84
Figura 28. Estructura del modelo de calidad y seguridad del paciente.	85
Figura 29. Pilares del modelo CSP	86
Figura 30. Mapa estrategico del modelo CSP	87
Figura 31. Estructura propuesta para el modelo.	88
Figura 32. Lista asistencia presentacion borrador modelo CSP	89
Figura 33. Registro fotográfico reunión de modelo CSP.....	90

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Consideraciones de los canales.	77

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cuadro matrix – Estandares de Mejoramiento Join Comission - Sgc. FCV.....	97
Anexo B. Estandares y criterios de acuerdo A RES 2003 - 2014.	98
Anexo C. Encuesta semi estructurada seguridad del paciente FCV.....	99

RESUMEN

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN Y FORMULACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA FCV-ICF *

AUTOR: RUBY EMILCE DUEÑAS BADILLO**

PALABRAS CLAVES: Seguridad del paciente, Manual de seguridad, hemovigilancia, tecnovigilancia, humanización del servicio.

DESCRIPCIÓN:

El presente trabajo, tiene como finalidad diseñar un modelo integral de seguridad del paciente que articule los componentes administrativos y asistenciales para la gestión de la atención segura en salud en la Fundación Cardiovascular de Colombia-Instituto del Corazón de Floridablanca (FCV-ICF).

Es un compromiso institucional garantizar la prestación de servicios de salud con el mínimo de riesgos, seguros y oportunos, con personal asistencial y administrativo competente y amable, promoviendo la eficacia, la eficiencia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión, acorde con los planes y las normas vigentes.

A través del diagnóstico del estado actual del Programa de Seguridad del Paciente de la FCV-ICF, se pretende estructurar las políticas y lineamientos que rijan el programa de seguridad del paciente FCV-ICF, formular el nuevo modelo gerencial - integral del programa de seguridad del paciente FCV-ICF y socializar con los altos directivos, la oficina de calidad y seguridad del paciente la propuesta de un modelo a implementar en la institución.

Lo oportuno del proyecto radica en que permitirá a la FCV, tener como prioridad la seguridad del Paciente (SP) que implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud, para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

* Proyecto de grado

** Facultad de Ingenierías Fisicomecánicas. Escuela: de Estudios Industriales y Empresariales. Maestría en Gerencia de Negocios. Directora Dra. Eliana Marcela Peña.

ABSTRACT

TITLE: CARACTERIZACIÓN Y FORMULACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA FCV-ICF*

AUTHOR: RUBY EMILCE DUEÑAS BADILLO**

KEY WORDS: Patient safety. Security Manual, hemovigilance, Technovigilance, humanization of service

DESCRIPTION:

The present work aims to develop an integrated model of patient safety and care articulates administrative components for the management of safe health care in the Cardiovascular Foundation of Colombia-Heart Institute Floridablanca (FCV-ICF).

It is an institutional commitment to ensure the provision of health services with the minimum of risks, safe and timely, with competent and friendly care and administrative staff, promoting the effectiveness, efficiency and effectiveness of the Integrated Management System, in accordance with the plans and current standards.

Through diagnostic the current state of Program Patient Safety FCV-ICF, is to structure policies and guidelines rigan program patient safety FCV-ICF, formulate the new management model - integral safety program FCV-ICF patient and socialize with senior managers, office quality and patient safety possible model to be implemented in the institution

The timing of the project is to enable the FCV, give priority Patient Safety (SP) involving permanent and proactive assessment of the risks associated with health care, to design and implement steadily safety barriers necessary.

* Graduation project

** Faculty of Physicomechanical Engineering. School: Industrial and Business Studies. Master's in Business Management. Director Dr. Eliana Marcela Peña.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes son el grupo de interés más importante de cualquier institución prestadora de salud, por ende su seguridad es fundamental para garantizar la calidad del servicio, la fidelización de los clientes y el reconocimiento ante los entes reguladores que bajo estos parámetros se adoptan. El sistema único de acreditación en salud (Res. 123/12), es uno de los parámetros que las instituciones deben aplicar en cuanto a la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar constantes estrategias tanto administrativas como de seguridad necesarias para los pacientes.

La Política de Seguridad del Paciente requiere de la coordinación entre actores, alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo; así como, el incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura¹

Los sistemas de prestación de servicios de salud son de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente riesgoso si no existen los adecuados controles. En una atención en salud sencilla pueden concurrir múltiples y variados procesos, para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del paciente se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones a

¹ Seguridad del paciente. En línea. Consultado en enero de 2015. Disponible en: http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Prestadores/Seguridaddelpaciente/Seguridaddel_Paciente.aspx

intervenir; de manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención acordes con los lineamientos para la seguridad del paciente.

Una institución de salud debe contemplar desde el direccionamiento estratégico, el enfoque de seguridad explícito en la misión, visión, objetivos y políticas entre otros; la existencia y despliegue de un enfoque sistémico e integral en las áreas asistenciales y administrativas, y mostrar resultados en el tiempo. Así mismo, deben existir mecanismos para identificar, reportar, analizar, intervenir y realizar seguimiento a los eventos adversos; como también la formulación de mejoras e implementación y seguimiento a las mismas.

A través de su trayectoria institucional, en la FCV-ICF se han venido implementando estrategias de atención segura con el fin de dar cumplimiento a los estándares Nacionales e Internacionales. Sin embargo, bajo este interés se han quedado en el camino aspectos fundamentales que implican el desarrollo de políticas claras y estrategias de gestión para el reporte, clasificación, análisis y seguimiento de los factores de riesgo, incidentes y/o eventos adversos; así como, la integración del recurso humano para la evaluación permanente y proactiva de los riesgos.

Por esto, se hace necesario elaborar un modelo que dirija y oriente las políticas y lineamientos del programa de seguridad del paciente basado en las guías de buenas prácticas en seguridad, paquetes instruccionales y altos estándares de calidad.

En la primera parte del documento se realizará el análisis del planteamiento del problema, la descripción del proyecto, en la segunda parte del documento se revisará el marco de referencia que hace visible desde lo teórico, documental y contextual la seguridad del paciente y la necesidad de diseñar un modelo que permita el seguimiento de los eventos que inciden en la calidad de los servicios de salud, en

la tercera parte del documento se describirá la metodología a aplicar y los enfoques de información que se realizaran, en la cuarta parte se mostrara el diseño del modelo de gestión de seguridad del paciente con el respectivo modelo de negocio que soportan la toma de decisiones, en la quinta y última parte se concluirá desde el estudio de la propuesta de las principales recomendaciones para su adopción e implementación efectiva. Una vez concluido este documento, servirá como guía en la ejecución y control del Modelo de Gestión.

1. RESUMEN EJECUTIVO

El proposito del documento radica en destacar la importancia de adoptar un modelo integral de calidad y seguridad del paciente para cualquier institucion prestadora de servicios de salud, esto en aras de Brindar una atencion oportuna, integral y de calidad a los usuarios del sistema y pacientes de la institucion, para ello se requiere una revision de los procesos que actualmente se estan gestionando al interior de la FCV – IC que permita determinar las oportunidades de mejora y la articulacion de los componentes administrativos y asistenciales para la gestión de la atención segura en salud en la Fundación Cardiovascular de Colombia-Instituto del Corazón de Floridablanca (FCV-ICF).

En una primera parte se presenta el diagnóstico del estado actual del Programa de Seguridad del Paciente de la FCV-ICF, el cual dara paso a la estructuracion de políticas y lineamientos que rijan el programa de seguridad del paciente FCV-ICF, formulando con ello un nuevo modelo gerencial - integral del programa de seguridad del paciente FCV-ICF y socializar con los altos directivos, la oficina de calidad y seguridad del paciente el posible modelo a implementar en la institución.

Este proyecto permite conocer lo oportuno que es el estudio, ya que permitirá a la FCV, fortalecer la prioridad de su mision que es la seguridad del Paciente (SP) y que a su vez implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud, para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

2.1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Seguridad del Paciente (SP) implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud, para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. Cada día, cientos de miles de personas son tratadas con éxito y de forma segura; sin embargo, los adelantos en la tecnología y el conocimiento de las últimas décadas han creado un sistema de salud de gran complejidad. Esta complejidad conlleva riesgos, y la experiencia demuestra que las cosas pueden ir mal y que los eventos adversos afectan y afectarán en el futuro a nuestro sistema de salud. Los pacientes pueden verse afectados a pesar de la dedicación y profesionalismo del personal.

La necesidad de sentirse seguro es una preocupación constante de los pacientes que debe ser satisfecha. Para alcanzarla es fundamental liderar y generar interés por mejorar el funcionamiento de las instituciones de salud.

La Fundación Cardiovascular de Colombia - Instituto del Corazón de Floridablanca, FCV-ICF, en búsqueda del mejoramiento continuo en la atención en salud a sus pacientes, se acogió al proceso desarrollado por el Ministerio de la Protección Social y su Política Nacional de Seguridad del Paciente. En el año 2008, se inicia el programa de seguridad del paciente con la estrategia de sensibilizar a los colaboradores de la institución con el fomento de la cultura del reporte; así como el fortalecer la conformación de un grupo de líderes que se capacitaron en el concepto de atención segura y con calidad en las diferentes áreas de la institución. El cual tiene un eje transversal en la institución, con apoyo e inclusión dentro de los objetivos estratégicos de la FCV-ICF.

En este mismo año, la FCV-ICF adoptó las metas internacionales para la seguridad del paciente de acuerdo a los requisitos implementados por la Joint Commission International (JCI); lo que modificó la concepción de satisfacción del cliente en un modelo de prestación de servicio centrado en el paciente. En este marco se ha realizado un trabajo juicioso en la declaración y despliegue de la política de seguridad del paciente: “La seguridad del paciente es prioridad para la prestación de servicios de salud en FCV-ICF, mediante el desarrollo de estrategias para la identificación y gestión de riesgos asociados al proceso de atención que permita la prevención de la ocurrencia de eventos adversos e incidentes, al tiempo que fomenten en nuestros colaboradores, en nuestros pacientes y en sus familias el desarrollo de acciones para el fortalecimiento de nuestra cultura de calidad y seguridad en la atención”.

Sin embargo, dentro de la experiencia del programa de SP² y acorde a la revisión de la normatividad de habilitación nacional, acreditación nacional, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud, paquetes instruccionales, estándares JCI se han evidenciado debilidades para el desarrollo de un programa de SP, entre las cuales figuran:

La necesidad de un marco regulatorio que le permita a los directivos tomar decisiones asertivas, en el marco de la cultura justa que requiere el programa de SP.

Lo anterior, se evidencia en la aplicación de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)³, que se utiliza para la medición de la cultura de SP de las organizaciones e identificar posibles mejoras en la cual, los

² Seguridad del Paciente.

³ Fajardo DGE. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. 2010;78:527-532

colaboradores de la FCV-ICF en la aplicación de AHRQ del 2012 el 50,8% consideran que la respuesta frente a las fallas o errores presentados durante la atención en salud al paciente se usan en su contra o para buscar “culpables”; así como esto puede afectar su hoja de vida.

Adicionalmente, es evidente la necesidad en el fortalecimiento de la estructura orgánica del programa de SP. En la actualidad, éste tiene asignado como recurso humano una enfermera con dedicación exclusiva para liderar las diferentes actividades y orientar el análisis de los reportes de seguridad presentados durante la atención del paciente. Esto es insuficiente, ya que se requiere un equipo interdisciplinario que a través de herramientas asertivas mejoren las tipificaciones, clasificaciones y seguimientos de los eventos adversos, con un aumento de los mismos, en el nivel de complejidad de las patologías de los pacientes que ingresan a la institución, lo que induce a un mayor riesgo de presentar actos inseguros (1580 eventos e incidentes por año) a su vez, esto requiere definir roles, perfiles y competencias al interior de la institución para mejorar la eficiencia al momento de clasificar, analizar y realizar seguimiento al volumen de eventos que requiera el programa.

Debido al alto número de reportes y con el fin de hacerlo más participativo y mejorar la oportunidad y confiabilidad del reporte de incidentes y eventos adversos, se decidió en el 2010 desarrollar una herramienta informática (Software de SP) para gestionar y administrar el programa de SP. Con el paso del tiempo dicho instrumento se ha convertido en un problema por los diferentes bloqueos que presenta, situación que no favorece al programa por ser este un pilar fundamental para el crecimiento de la cultura de seguridad. Visto de esta forma la institución requiere de un sistema de información ágil y confiable.

Así mismo, el diseño del software de SP para la clasificación del riesgo, análisis y cierre de los diferentes reportes de seguridad no es práctico para los usuarios ni

para el programa; además, el sistema actual aplica el protocolo de Londres⁴ a cualquier tipo de reporte (queja, evento repetido, reporte extrainstitucional), la cual es una herramienta de análisis de incidentes y eventos adversos para encontrar las posibles fallas en la atención en salud.

Dadas estas necesidades identificadas, es imperativo re-definir el programa de SP por medio de un modelo integral donde se involucren las diferentes áreas organizacionales de la FCV-ICF; especificando las políticas y lineamientos centrados en la atención segura y humanizada al paciente, basados en la cultura de seguridad y gestión del riesgo.

2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué modelo de seguridad del paciente se ajusta a las necesidades de la FCV-ICF?

⁴ SallyTaylor-Adams, Charles V. The London protocol. (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London,UK)

3. JUSTIFICACION

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. La política de seguridad del paciente fue expedida en junio de 2008 por el Ministerio de la Protección Social, es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto, esto requiere por tanto que la alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente

Con base en lo anterior la Fundacion Cardiovascular de Colombia en aras de implementar y dar cumplimiento con la normatividad vigente sobre seguridad del paciente, ha formulado un modelo de gestión para el seguimiento control e implementacion para garantizar la seguridad del paciente usuarios de sus servicios.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo integral de seguridad del paciente que articule los componentes administrativos y asistenciales para la gestión de la atención segura en salud en la Fundación Cardiovascular de Colombia-Instituto del Corazón de Floridablanca (FCV-ICF).

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Hacer un diagnóstico del estado actual del Programa de Seguridad del Paciente de la FCV-ICF, a través de una matriz DOFA, utilizando una encuesta semi estructurada que permita identificar, fortalezas y debilidades.
- Estructurar las políticas y lineamientos que rigen el programa de seguridad del paciente FCV-ICF, por medio de la revisión de las normas, guías y paquetes instruccionales existentes.
- Formular el nuevo modelo gerencial- integral del programa de seguridad del paciente FCV-ICF, a través de Canvas, utilizando estrategias gerenciales.
- Socializar con los altos directivos, la oficina de calidad y seguridad del paciente el posible modelo a implementar en la institución.

5. MARCO DE REFERENCIA

La seguridad es un principio fundamental en la atención al paciente, y un componente crítico en la gestión de la calidad de los servicios prestados por cualquier institución prestadora de salud, mejorarla requiere de esfuerzos y acciones complejas que afectan todo un sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo⁵.

Colombia ha tratado de mejorar esta situación, a través del sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) que promueve la seguridad del paciente en los procesos de atención en salud, objetivo que se logra a través de una cultura de seguridad en las IPS, esto se basa por lo tanto en creencias y valores compartidos que buscan minimizar los daños a los pacientes que pueden resultar de procesos de atención en salud.

Ahora sumando a esto, está la percepción de cultura justa, que es un ambiente donde los errores no se personalizan y en cambio se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas del sistema y se construye una organización confiable. Así mismo, es un ambiente donde aquel quien reporte el incidente o evento no es castigado, sino es por lo tanto reconocido por dar aviso a eventos que pueden considerarse adversos⁶.

Pero las intervenciones para transformar la cultura de la seguridad del paciente, mantenerla y crearla no son sencillas, es una obligación por lo tanto que se

⁵ Organización Mundial de la Salud. Oficina europea. Barcelona España. Página 209 a 220. 2010.

⁶ Fundación corona. Centro de Gestión hospitalaria seguridad del paciente. Un modelo de organización para el control sistemático de los riesgos en la atención de salud. Página. 106 a la 117.

encuentre inmersa en la rutina diaria de los procesos de prestación de servicios de salud, esta intervención requiere de una comunicación constante, recordatorios mediante socializaciones y reuniones, conferencias, visitas y entrenamientos, aprovechamiento constante y una retroalimentación de cada proceso.

5.1. MARCO LEGAL

5.1.1. Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, “la seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”⁷

Por lo anterior se deduce que la ley se basa en un modelo de cobertura universal, solidaridad como principio, integralidad, unidad y partición. La cual se orienta a promover la calidad en un sistema de administración eficiente que influye positivamente en el sistema de salud.

5.1.2. Resolución 123/12. La resolución tiene por objeto establecer el reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, a la Cuenta de Alto Costo por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) incluidas las de régimen

⁷ Congreso de la república. Ley 100 de 1993. En línea. Consultado en febrero de 2015. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

de excepción y régimen especial de salud y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud⁸.

- Resolución 2082 de 2014⁹

La resolución tiene por objeto dictar disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Para el ejercicio de la rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud, este Ministerio, de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo del artículo 9o del Decreto número 903 de 2014, contará con un consejo asesor, entendido como una instancia técnica conformada por expertos en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud, quienes por su participación no recibirán remuneración y apoyarán las actividades allí referidas.

5.1.3. Resolución 2003/2014. La 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 de salud. Así mismo, adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud¹⁰.

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

⁸ Ministerio De Salud Y Protección Social. www.minsalud.gov.co/Resolucion123/12

⁹ Resolución 2082. En línea. Recuperado de: https://normativa.colpensiones.gov.co/colpensiones/docs/resolucion_minsaludps_2082_2014.htm

¹⁰ Ministerio de salud. En línea. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

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.

Así mismo, que en concordancia con lo anterior y en cumplimiento de la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se hace necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud, así como adoptar el correspondiente Manual.

5.1.4. Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema obligatorio de Garantiz de calidad de la atencion en Salud.¹¹

La resolución tiene como objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

- 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.
- 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 SGSSS.

¹¹ Ministerio de protección social. Resolución 1446. En línea. Consultada en febrero de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf>

Esta resolución contine un anexo tecnico, en donde se definen el sistema de informacion para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantia de calidad de la atención en salud.

5.2. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD.

El país impulsa una politica de seguridad del paciente, liderada por el sistema obligatorio de garantia de calidad de la atencion en salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas¹².

Sin embargo, los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos, por lo mismo, son sistemas de alto riesgo, la medicina ha pasado de ser una simple consulta a una práctica compleja y con altos riesgos si no se contempla dentro de unos controles adecuados. Los procesos de atención en salud del mismo modo han llegado a ser altamente complejos, al incorporar tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas.

5.3. CONTEXTUALIZACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.3.1. Definición seguridad del paciente. (SP). Seguridad del paciente se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por

¹² Resolución 1446 de 2006.

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias¹³.

En sentido estricto, se puede hablar de seguridad del paciente como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención en salud recibida¹⁴.

Los eventos adversos son un indicador fundamental de la calidad de la actividad humana asistencial en salud que afecta los atributos de la calidad especialmente a seguridad y como “efecto domino” se van alterando las demás características de ella como son la continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y la satisfacción del usuario y su familia¹⁵.

En este sentido, las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos.

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas, estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos.

¹³ Organización Panamericana de la Salud - Colombia, 28 Junio, 2010. Calidad y Seguridad del paciente. Disponible en <http://new.paho.org/col> Consultado 12 de Octubre de 2014.

¹⁴ Vincent C. Patient Safety. London: Churchill-Livingstone, 2006

¹⁵ Ministerios de Protección Social de Colombia. La Seguridad del paciente y la Atención Segura. Bogotá: Ministerio de Protección Social de Colombia; 2010.

Para el efecto, resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar en un programa de seguridad del paciente. Estos principios son *Error! Marcador no definido.*:

- **Enfoque de atención centrado en el usuario.** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de SP.
- **Cultura de seguridad.** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad.
- **Integración del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.** La política de SP es transversal a todos sus componentes.
- **Multicausalidad.** El problema de SP es sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- **Validez.** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas soportadas en la evidencia científica disponible.
- **Alianza con el paciente y su familia.** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- **Alianza con el profesional de la salud.** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlos de señalamientos injustificados.

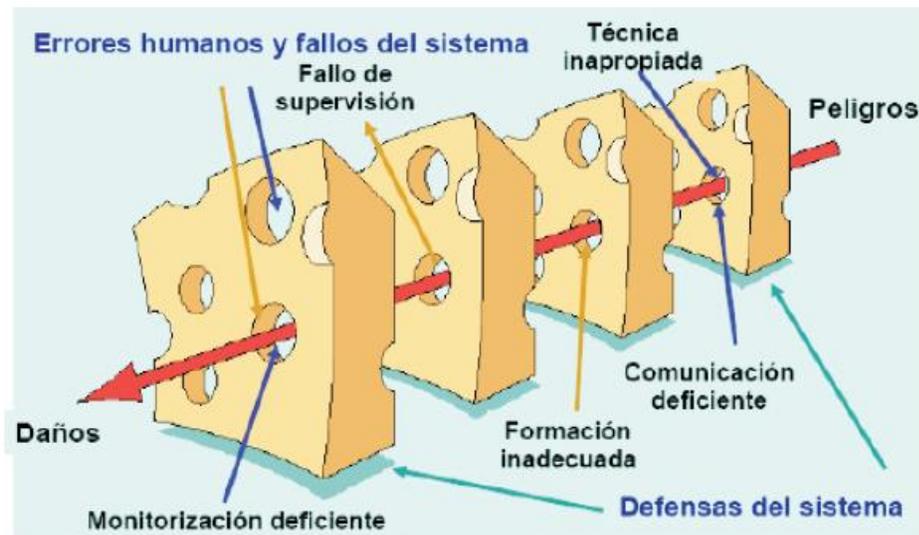
5.3.2. Modelos de ocurrencia y análisis de EA. Por modelo de seguridad del paciente entendemos el referente conceptual y metodológico para implementar sistemáticamente en una institución de salud un conjunto articulado de conceptos, políticas, estrategias y herramientas, que se potencian para, de forma deliberada,

reducir los riesgos y mejorar los resultados en el paciente, brindar la atención en un entorno seguro, generar y mantener una cultura de seguridad¹⁶.

- **El Modelo Explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso.**

En este modelo, el punto principal es que entre los peligros y el daño se encuentran las deficiencias; las fallas que puedan presentarse en los diferentes procesos de la atención (figura 1)¹⁷.

Figura 1. Modelo de queso suizo.



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

JM^o Aranz, C Albar ©

Fuente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente – OMS.

Modelo de Gestión de Seguridad del paciente

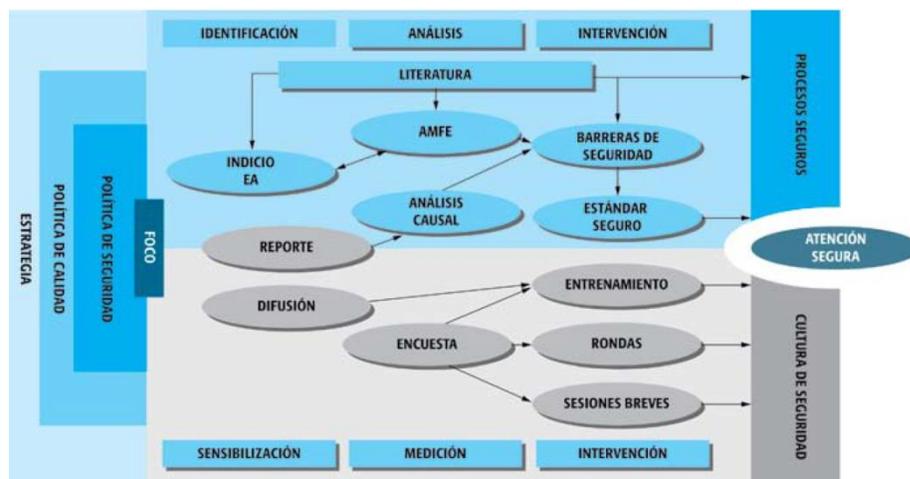
El modelo de gestión para la seguridad del paciente, tiene como propósito lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes; procesos seguros y

¹⁶ Centro de Gestión Hospitalaria, vía Salud. Número 43.

¹⁷ Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:769.

cultura de seguridad; además de conducir a la implementación de acciones específicas, utilización de herramientas prácticas y obtener resultados concretos. Para asegurar la efectividad del modelo, deben desarrollarse programas y proyectos centrados en la especialidad de pacientes que se atienden; toda vez, que estos, representan el principal foco de atención y en consecuencia será posible el logro de resultados prácticos y demostrables (figura 2)¹⁸. El modelo propone partir de definir la seguridad de los pacientes como un objetivo estratégico de la institución, para luego identificar un foco de intervención adecuado, acorde con sus características.

Figura 2. Modelo de gestión de seguridad del paciente.



Fuente. Luengas S. Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud

El esfuerzo debe ser colectivo, sistemático y continuo, tener metas cuantitativas explícitas, un foco concreto y claro, involucrar los principales factores que intervienen en dicho foco, contar con el respaldo explícito y demostrable del equipo

¹⁸ Luengas S. Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones de salud. Centro de Gestión Hospitalaria, Vía Salud N° 43.

²⁷ Graham ID, Lost in knowledge translation: Time for a map? Journal of Continuing Education in Health Professions. 2006

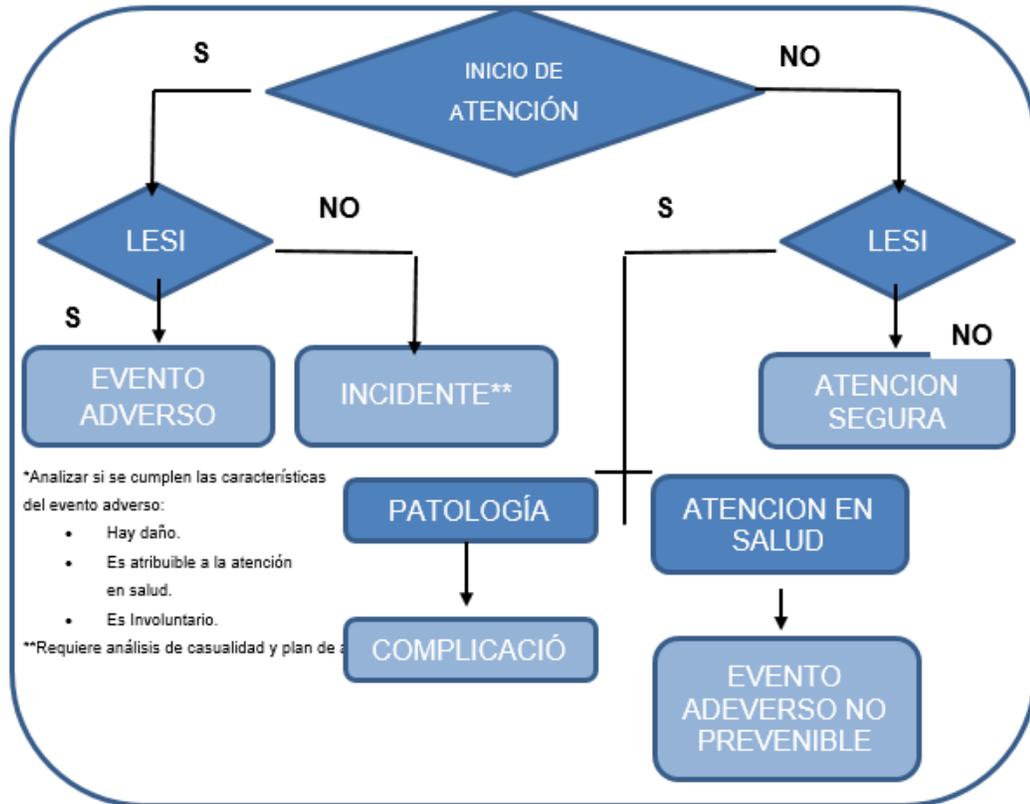
²⁸ Graham ID & Tetroe, JM (2010). The Knowledge to Action framework. In J. Rycroft-Malone & T. Bucknell (Eds), Models and frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action (pp. 207-222).

directivo institucional y abordar temas que todos consideren relevantes para su práctica diaria.

Por lo tanto, la terminología definida en la política de seguridad del paciente, según el Ministerio de la Protección Social se basa en: El evento adverso se caracteriza por la presencia de una triada, es decir. Se requieren de tres elementos para que podamos hablar de un EA, estos son: 1) Hay lesión, 2) Es atribuible a la atención en salud y 3) Se ha producido de manera involuntaria por el personal asistencial (Figura 3)

El modelo muestra de manera pictórica las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del SOGC. Integra la terminología internacional con las especificaciones de los requerimientos terminológicos identificados en el país.

Figura 3 Modelo conceptual y definiciones básicas de la política de SP



Fuente. Ministerio de Salud y protección social.

• **ATENCIÓN EN SALUD:**

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

• **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA**

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

- FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

- RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

- EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- EVENTO ADVERSO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

- EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

- INCIDENTE

Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

- COMPLICACIÓN

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

- VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

- BARRERA DE SEGURIDAD

Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

- SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

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

- **ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO**

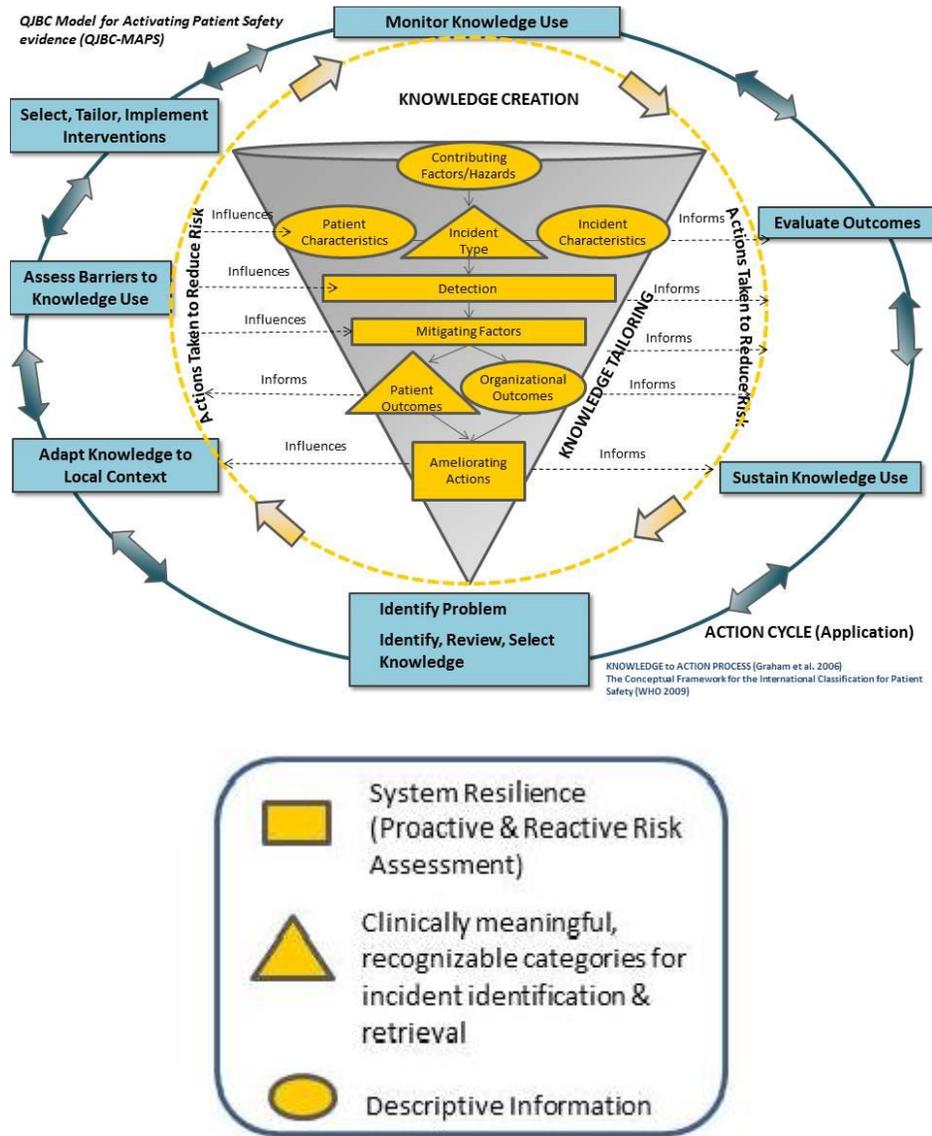
Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del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

- **THE QJBC MODEL FOR ACTIVATING PATIENT SAFETY EVIDENCE**

La visión para QJBC (Queen's Joanna Briggs Collaboration) integra un enfoque planificado para el uso del conocimiento con el marco conceptual Organización Mundial de la Salud. El Marco Conceptual de la OMS para la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (2007) identifica 10 clases de alto nivel, a saber: Tipo de incidente, los resultados del paciente, características de los pacientes, características del incidente, que contribuyen a identificación de los factores peligrosos y mejorar acciones tomadas para reducir el riesgo (Figura 4).

Este modelo tiene como objetivo proporcionar una comprensión global del dominio de la seguridad del paciente para representar el aprendizaje y la mejora continua. El énfasis está en la identificación de riesgos, prevención, detección, reducción de riesgos, la recuperación de incidentes y la resistencia del sistema que se producen a lo largo y en cualquier punto dentro del marco conceptual.

Figura 4. (QJBC-MAPS).



Fuente. QJBC- Graham 2006. The conceptual Framework for the international Classification for patient safety. (WHO 2009).

5.3.3. Modelo de gestión. Como empresas emprendedoras las organizaciones hospitalarias se ven enfrentadas a múltiples situaciones, donde es necesario tomar decisiones, irrumpir en nuevas áreas, analizar nuevas oportunidades para formular proyectos estratégicos como diversificar y penetrar mercados mediante incursión

internacional. Todas estas situaciones generalmente se desarrollan en un contexto de incertidumbre y riesgo.¹⁹

En el planteamiento de estos proyectos es vital incluir procesos organizados y planeados, que incluyen una metodología precisa que soporte desenlaces exitosos.

La planeación estratégica es el proceso mediante el cual quienes toman decisiones en una organización obtienen, procesan y analizan información pertinente interna y externa, con el fin de evaluar la situación presente de la empresa, así como su nivel de competitividad con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institución hacia el futuro.²⁰

La planeación estratégica tiene cinco componentes fundamentales:

- a. Diagnóstico Estratégico.
- b. Direccionamiento Estratégico.
- c. Formulación Estratégica.
- d. Operación de la Estrategia.
- e. Implementación de la Estrategia.

Una vez definida la estrategia y hacia donde se deben dirigir todas las acciones se recurre a una de las herramientas claves en la parte de formulación estratégica, que es la aplicación de herramientas gerenciales para determinar los modelos de negocio a desarrollar, planeando los procesos que se requieren para dar cumplimiento a los objetivos y misión de la organización.

¹⁹ BACA ,G. Evaluación de Proyectos 5 edición, Editorial Mcgraw-Hill. 2010. P. 5.

²⁰ SERNA, H. Gerencia Estratégica Bogotá: 3R. 2008. P. 55

Dentro de los modelos gerenciales y estrategias más idóneas para el desarrollo de modelos de gestión orientados al sector salud se encuentran:

REINGENIERIA²¹: Es la revisión y replanteamiento fundamental de la organización enfocada al rediseño radical y rápido de toda clase de procesos de valor agregado y de todos aquellos sistemas de apoyo con el fin de alcanzar mejoras espectaculares en el rendimiento de los costos, la calidad, los servicios, la productividad (eficiencia más eficacia), y la optimización de las tareas.

CANVAS: El Canvas fue creada por Alex Osterwalder con la ayuda de Yves Pigneur, “es una herramienta de gestión estratégica y empresarial, que le permite describir, diseñar, desafiar, inventar, y re-diseñar su modelo de negocio.²². Se trata de una herramienta que permite detectar sistemáticamente los elementos que generan valor al negocio. Dentro de este paradigma, la única regla fija que hay es la de no auto-inhibirse y acoger todas las ideas que emanen del proceso.

Uno de los mayores retos después de tener “esa” idea innovadora es el cómo desarrollarla y materializarla y no solo basta con definir la idea emprendedora, además debe elegirse, desarrollarse y también innovar en el modelo de negocio para lograr el éxito deseado.

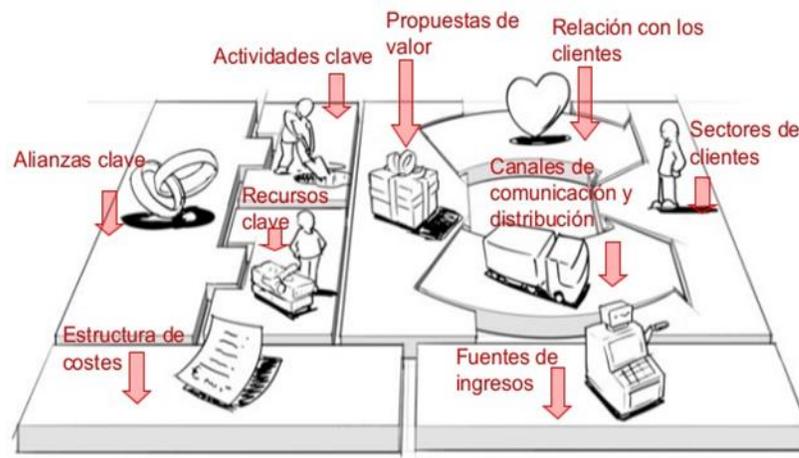
Pensando en lo difícil que es llevar a cabo generar un modelo de negocio, A. Osterwalder junto a Y. Pigneur, reconocidos conferencistas y expertos en innovación aplicada a los negocios, en su libro “Generación de modelos de Negocio”, crearon el lienzo – o canvas – del modelo de negocio, una forma práctica para la generación de modelos empresariales.

²¹ Hammer Michael y Champy James. Reingeniería. Editoriales Norma. Bogotá. 2005.

²² Osterwalder, A. y Pigneur Y. Generación de modelos de negocio. Barcelona: Centro Libros PAPF, S. L. U. Grupo Planeta.2011.

El lienzo consiste en la conexión esquemática de nueve módulos que refleja la lógica de una empresa para alcanzar sus ingresos, cubriendo las cuatro áreas principales: Cliente, oferta, infraestructura y viabilidad económica.

Figura 5. Lienzo Canvas.



Fuente. Plano de los módulos para el lienzo de modelos de negocio

- Procedimiento y Aspectos a Considerar

Como se menciona al inicio, esta herramienta consiste en conectar esquemáticamente nueve módulos para ayudar a desarrollar la estrategia de la empresa. A continuación se establece la forma de cómo analizar cada módulo para luego poder interrelacionarlos. Si bien es cierto el análisis de cada módulo es individual, la secuencia de análisis lleva su lógica, sintetizando así el plan de negocios.

BALANCE SCORE CARD²³: Según Robert Kaplan y David Norton, el BSC es la representación en una estructura coherente, de la estrategia del negocio a través

²³ Robert S. Kaplan und David P. Norton. Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I. Accounting Horizons: March 2001, Vol. 15, No. 1, pp. 87-104. 2001.

de objetivos claramente encadenados entre sí, medidos con los indicadores de desempeño, sujetos al logro de unos compromisos (metas) determinados y respaldados por un conjunto de iniciativas o proyectos. Un buen Balanced Scorecard debe “contar la historia de sus estrategias”, es decir, debe reflejar la estrategia del negocio.

Proporciona una estructura para transformar la estrategia en acción. Posibilita a través del diagrama causa efecto establecer las hipótesis estratégicas (a través de la secuencia sí /entonces.) Permitiendo anticipar a futuro, como el negocio creará valor para los clientes.

Lo que uno mide, es lo que logrará. Así, si usted mide únicamente el desempeño financiero, solo obtendrá un buen desempeño financiero. Si por el contrario amplía su visión, e incluye medidas desde otras perspectivas, entonces tendrá la posibilidad de alcanzar objetivos que van más allá de lo financiero.

El proceso de crear un "Balanced Score card" incluye la determinación de:

1. Objetivos que se desean alcanzar.
2. Mediciones o parámetros observables, que midan el progreso hacia el alcance de los objetivos.
3. Metas, o el valor específico de la medición que queremos alcanzar.
4. Iniciativas, proyectos o programas que se iniciarán para lograr alcanzar esas metas.

Los diferentes enfoques permiten desarrollar planes y procesos detallados que reflejan los objetivos estratégicos a cumplir, así como las metas a corto y largo plazo, definidos en metodologías prácticas y con indicadores que evalúan la gestión de los mismos.

6. DIAGNÓSTICO DEL ESTADO ACTUAL DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA FCV-IC.

El diagnóstico se basa en el conocimiento de una serie de evidencias o constataciones relacionadas con el sistema de prestaciones de servicios asistenciales y gerenciales, cuyo conocimiento contribuye a orientar la estrategia de seguridad del paciente, sus objetivos y actuaciones dentro de la FCV.

La mejora de la seguridad del paciente debe ser la orientación máxima y la ruta estratégica específica en la cual la FCV debe basarse; empezando por la alta dirección de la institución, esto se debe a que una cultura orientada a la Calidad y a la Seguridad se caracteriza por una alianza fuerte y solidaria en la que se comparte la propiedad sobre la visión de la organización.

Cuanto mayor es la solidaridad y sentido de pertenencia mayor es la voluntad que muestran las personas por compartir responsabilidades para conseguir los objetivos de Seguridad.

Para determinar las necesidades del manual de seguridad del paciente se deben tener en cuenta: la gestión administrativa, procesos asistenciales y buenas prácticas para la seguridad del paciente.

6.1. METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO

Para efectuar el diseño de la encuesta semi estructurada, instrumento diseñado (ver anexo C) para evaluar la pertinencia de la gestión administrativa, procesos asistenciales y buenas prácticas para la seguridad del paciente, se revaluaron los

estándares de Joint Commission vs los estándares establecidos con el sistema de gestión de calidad, de igual forma se revisaron los estándares y criterios de acuerdo con la resolución 2003 de mayo 30 de 2014 (Ver anexo A):

Figura 6. Ficha técnica.

NOMBRE DE LA INVESTIGADORA		RUBY EMILCE DUEÑAS B.
Nombre de colaboradores en la investigación.		RUBY EMILCE DUEÑAS, UEE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD FCV.
GRUPO OBJETIVO		Personal asistencial y administrativo actores de la atención en salud - FCV
TAMAÑO DE LA MUESTRA		30 personas.
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		ENCUESTA SEMI ESTRUCTURADA – máx. 10 minutos.
TIPO DE ESTUDIO		ESTUDIO EXPLORATORIO -
TEMAS TRATADOS		Seguridad del paciente – programa y gestión
FECHA DE REALIZACIÓN		Junio 2015,

Después de la aplicación del instrumento, se encontraron los siguientes hallazgos:

1. No se cuenta con el proceso que debe ser orientado por una persona capacitada en la guía de la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, y que a su vez maneje las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los pacientes en la IPS.

2. Se implementa un programa parcial de capacitación, este es dirigido por el programa de calidad para todo el personal, que es congruente con las funciones del personal en el programa de calidad y seguridad de los pacientes.
3. En términos de calidad – la unidad encargada del SGC debe comunicar todos los problemas de calidad, esto se cumple parcialmente, es decir, algunos procesos se han socializado, la evaluación precisa de cada uno no ha sido efectuada.
4. El programa de calidad y seguridad de los pacientes da seguimiento al avance en la recolección de datos de medición planificada para las prioridades seleccionadas, esto se cumple parcialmente debido a que se hace seguimiento a actividades prioritarias, no a todos los servicios.
5. El programa de calidad y seguridad de los pacientes no incluye la agregación y análisis de datos para apoyar la atención de los pacientes, la gestión del hospital y la participación en el programa de gestión de calidad y en bases de datos externas, identificándose un incumplimiento del deber ser en la seguridad del paciente.
6. El programa de calidad y seguridad de los pacientes no posee un proceso de agregación de datos.
7. Los datos e información agregados no apoyan la atención de los pacientes, la gestión del hospital, la revisión de la práctica profesional y el programa de calidad y seguridad de los pacientes en general, ya que existen vacíos de gestión administrativa que soporte el reporte asistencial.

8. Los datos e información agregados se proporcionan parcialmente a las entidades externas del hospital cuando lo requieren las leyes o regulaciones.
9. No existe un proceso para contribuir y aprender de las bases de datos externas con fines de comparación.
10. Cuando se contribuye o se utilizan las bases de datos externas se mantiene la seguridad y la confidencialidad de la información – estas no existen.
11. Las personas con experiencia, habilidades y conocimientos apropiados sistemáticamente agregan y analizan los datos en el hospital, esto se cumple parcialmente ya que el software no brinda practicidad y actualizaciones permanentes para la clasificación de EA.
12. Existen indicadores de calidad - gestión de la FCV IC pero no hay empalme con indicadores de seguimiento de eventos o incidentes de seguridad del paciente - monitoreo. En cuanto a la evaluación de los efectos de las acciones realizadas para minimización de los riesgos y retroalimentación del proceso no se cumple. En cuanto a las actividades dirigidas a verificar su cumplimiento no existen. En cuanto a la evidencia de socialización del conocimiento de las guías y protocolos no hay registros.
13. Se cuenta con los indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos pero no hay seguimiento a los mismos.
14. Las personas con experiencia, habilidades y conocimientos apropiados del área clínica o administrativa, participan en el proceso de forma parcial, evidenciando integralidad en los procesos.
15. No se cumple con el análisis de datos que apoye las comparaciones internas con el transcurso del tiempo, incluyendo las comparaciones con bases de datos

de organizaciones similares, con las mejores prácticas y con fuentes profesionales científicas objetivas.

16. No está contemplado el proceso que permita al hospital o IPS usar un proceso externo para validar los datos.
17. El hospital completa parcialmente un análisis de la causa raíz de todos los eventos centinela en un plazo especificado por el liderazgo del hospital, que no excede los 45 días a partir de la fecha del evento o de cuando se tuvo conocimiento del evento.
18. Existe parcialmente el proceso de análisis de datos y cuando hay tendencias y variaciones evidentes en los mismos no existe un control o comparativo para determinar acciones.
19. Se analizan parcialmente los datos y se toman medidas para reducir los incidentes de seguridad sin daño (near miss).
20. No se cumple el proceso como tal de uso de un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir proactivamente los eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal.
21. En materia asistencial, se tiene en cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización, sin embargo existe pero no está señalado para su fácil ubicación.
22. Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, no se cuentan con: Protocolo de manejo de emergencias; Proceso documentado de seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de

complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento; y Encuesta semi estructurada, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de: esto se realiza en la Historia clínica directamente.

23. Cuando se realizan transfusiones no se cuenta con un comité de reporte de eventos sólidos, existen los procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de transfusión sanguínea, Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia. Y Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.

Con base en los hallazgos anteriores, y de acuerdo a la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, se diseñó una encuesta semi estructurada (Anexo C), logrando con dicha aplicación conocer la percepción del personal administrativo y asistencial de la FCV para determinar el diagnóstico del programa de seguridad del paciente y establecer la aplicación de una matriz DOFA.

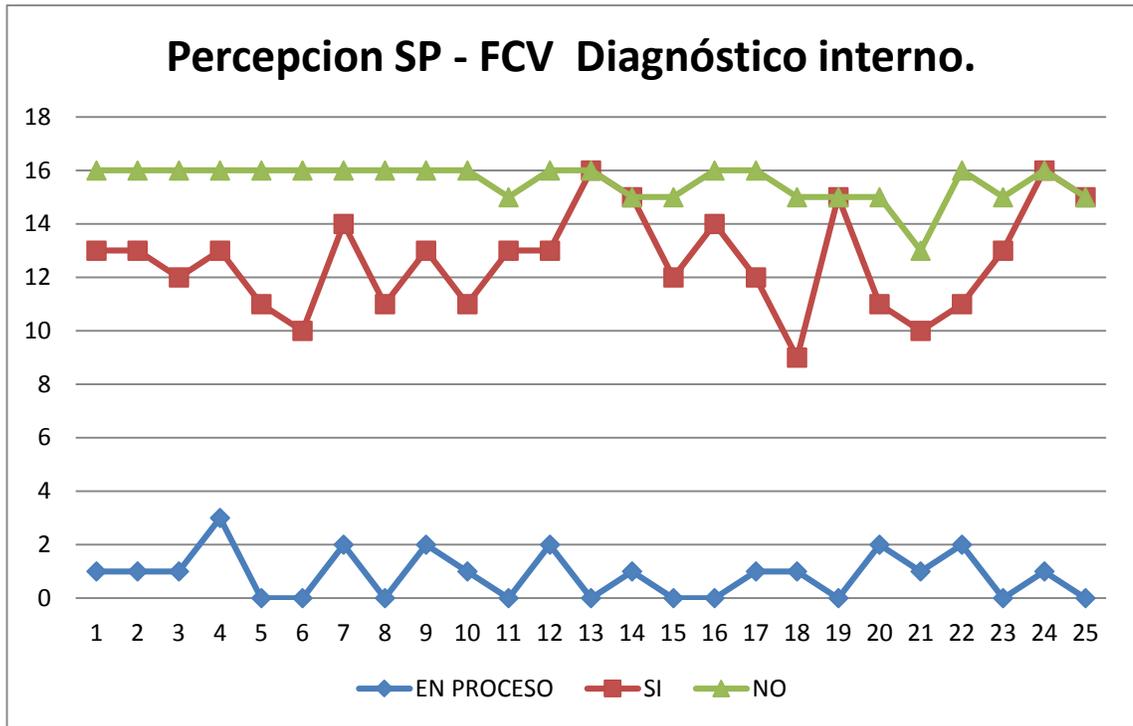
La encuesta semi estructurada en mención, se aplicó coordinando con diferentes líderes de servicio, médicos, enfermeras, secretarias y otros funcionarios que realizaron el diligenciamiento objetivo de la encuesta anteriormente descrita, los veinticinco ítems, están encaminados a resolver los parámetros gerenciales que deben tenerse en cuenta a la hora de implementar un programa de seguridad del paciente bajo un modelo específico, que permita tanto a la parte asistencial y administrativa integrar sus acciones, direccionamientos y estrategias a brindar una atención óptima a pacientes, familiares y clientes de la FCV.

Con base en lo anterior, se revisó la ponderación de respuestas teniendo en cuenta observaciones de quienes participan directamente en la gestión de la seguridad del paciente, obteniendo resultados positivos, ya que se requiere el modelo de seguridad del paciente que dirija el programa como tal, esto implica que se debe crear un comité interdisciplinario que apoye las decisiones desde la alta dirección para hacer efectivas las oportunidades de mejora.

6.2. ANALISIS RESULTADOS APLICACIÓN DE LA ENCUESTA SEMI ESTRUCTURADA

La aplicación de la encuesta semi estructurada se llevó a cabo utilizando los criterios desde la percepción de los involucrados y actores que tienen que ver con la seguridad del paciente en la FCV. Las preguntas e indagaciones realizadas en la encuesta semi estructurada (Ver anexo C) están orientadas a conocer la tendencia en cuanto a la gestión y control ejercido en el programa, así como las principales características de la seguridad del paciente que lleva a cabo la FCV.

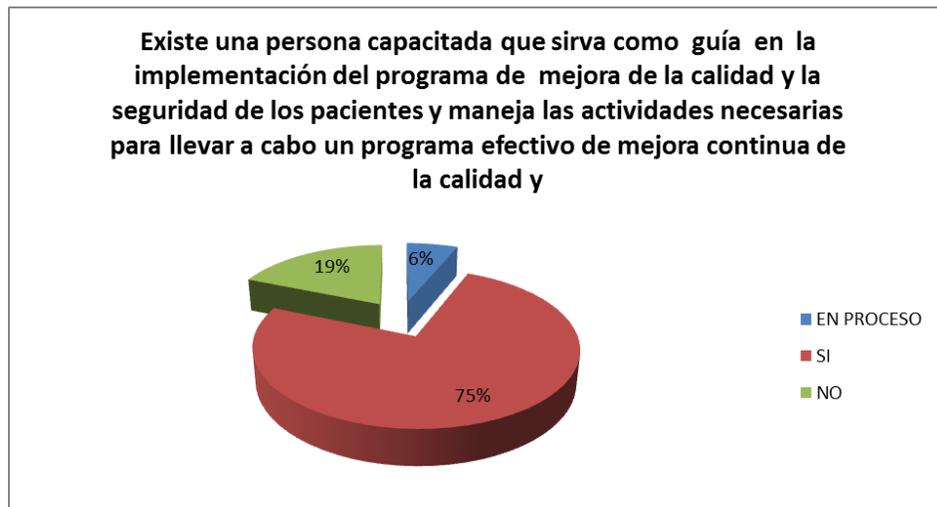
Figura 7. Tabulación – grafica percepción total.



La mayoría de los indagados, manifestaron que se posee la política de seguridad del paciente, que existe una persona idónea que monitorea los eventos adversos presentados, que existen los indicadores de seguimiento y buenas prácticas de seguridad del paciente, que existe una cultura orientada a la seguridad, que la FCV cuenta con planes de mejora que direccionan los ajustes requeridos en la gestión y existen protocolos adecuados para la identificación de los pacientes a la hora de registrarse o ingresar a recibir procesos asistenciales.

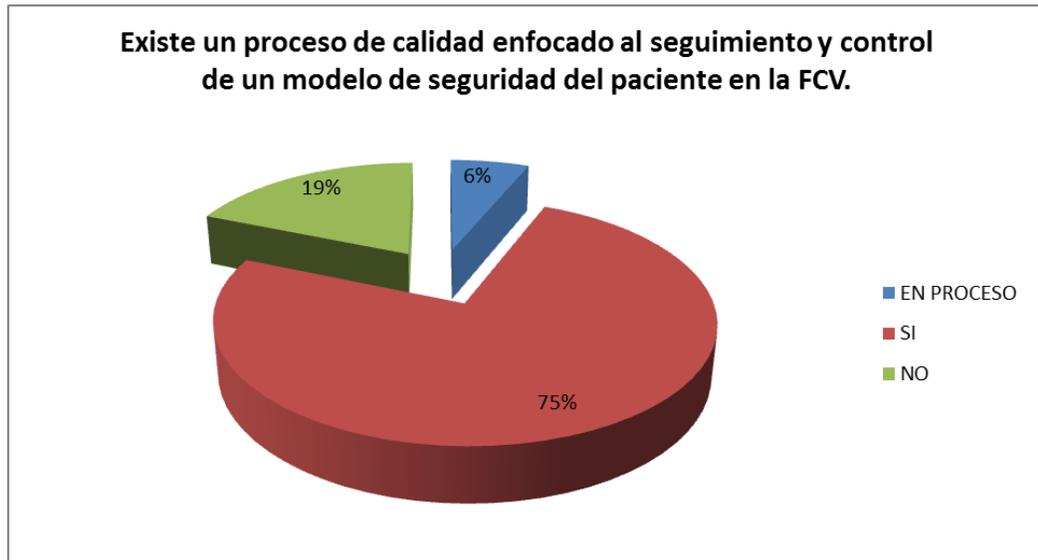
6.2.1. Sub análisis específico por ítem.

Figura 8. Existencia de una persona guía, idónea para la implementación del PSP.



La percepción de los profesionales que interactúan con el programa de seguridad del paciente, reconocen la existencia de una persona que posee los conocimientos y capacidades para guiar la implementación del mismo, sin embargo, hay una fuerte tendencia a determinar que no es suficiente la responsabilidad recaída en un solo funcionario por la complejidad que este modelo de gestión y control ejerce sobre la prestación del servicio y la satisfacción del paciente – cliente.

Figura 9. Existencia de proceso de calidad enfocado a la SP



La mayoría de los participantes del estudio, manifestaron que existe un proceso de calidad enfocado al seguimiento y control de la seguridad del paciente, sin embargo demanda planes de mejora, diseño de procedimientos específicos y protocolos gerenciales que permitan realizar un seguimiento transversal de los indicadores de productividad y evaluación de los eventos adversos que haya lugar analizar.

Figura 10. Evidencia del compromiso de la alta dirección para el direccionamiento de la política de SP.



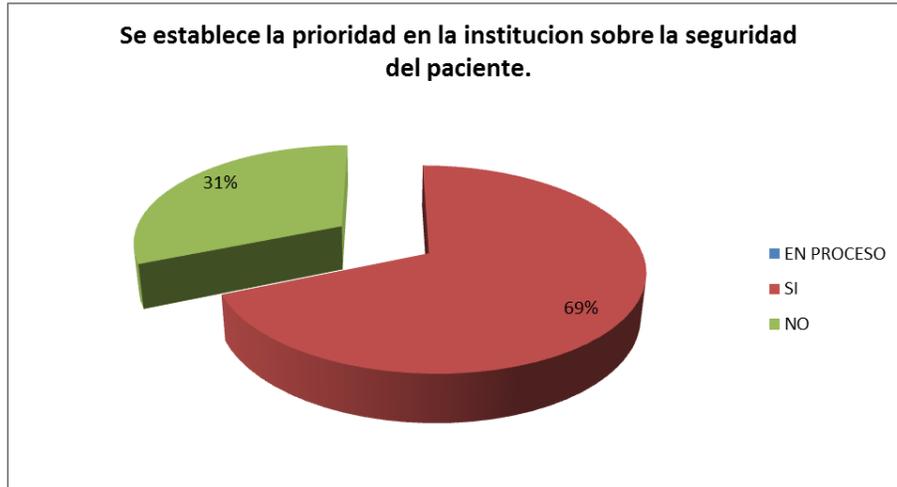
El compromiso de la Alta Dirección de la FCV es evidente en todos los planteamientos gerenciales que organizan y gestionan las unidades de la Fundación, sin embargo, la percepción de quienes están involucrados en el proceso de la seguridad del paciente, manifiestan que falta un enfoque más gerencial y diseñar estrategias orientadas a la toma de decisiones multidisciplinarias y de forma integral para garantizar la seguridad del paciente.

Figura 11. Existe un equipo interdisciplinario para el manejo de la Seguridad del paciente.



Existe dentro de la FCV un referente profesional que se encarga de monitorear y clasificar los eventos adversos, realizar el seguimiento de los mismos, pero en la percepción de los participantes del diagnóstico, aún falta conformar un comité que permita tomar decisiones enfocadas a la seguridad del paciente de forma gerencial, esto con el fin de dar soluciones asertivas a las necesidades de prevención y mejora del programa.

Figura 12. Prioridad en la seguridad del paciente.



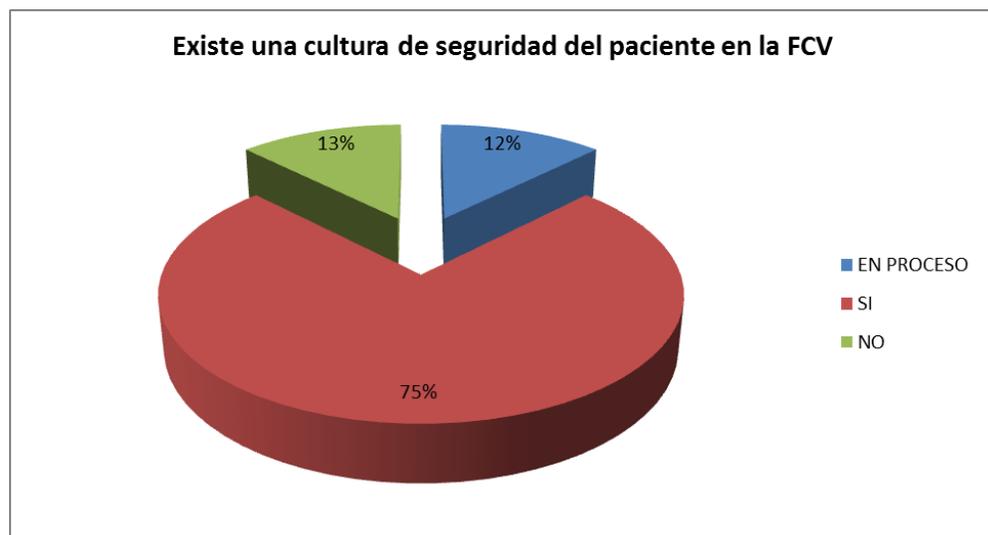
La prioridad de la seguridad del paciente en la Fundación es alta, identificando con ello que la cultura organizacional está enfocada a la satisfacción y buenas prácticas de la atención en salud de los pacientes y clientes que utilizan los servicios, sin embargo, existen falencias de forma, para caracterizar los eventos, un comité de toma de decisiones que no está conformado y un programa informático que requiere actualización son los ejes fundamentales para fortalecer el programa.

Figura 13. Promoción de un entorno no punitivo en la SP.



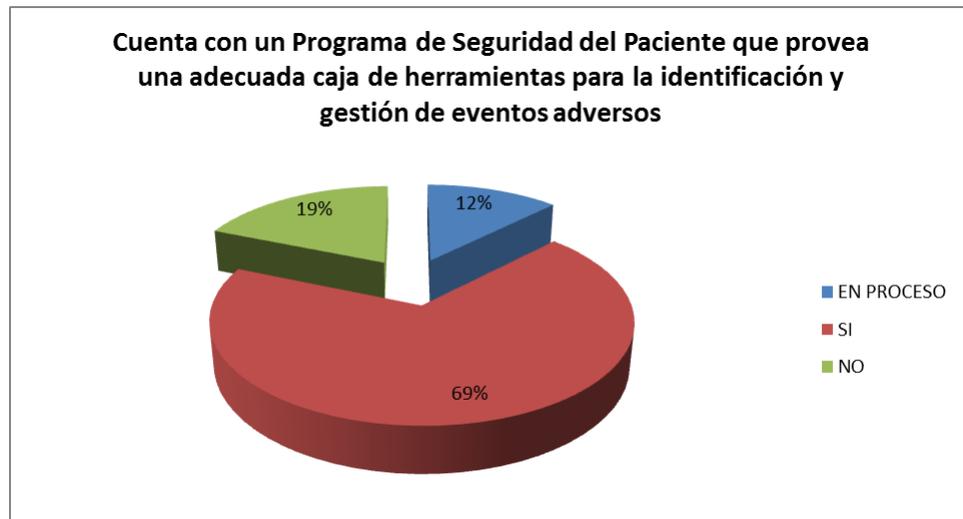
La percepción de los actores que intervienen en la seguridad del paciente vinculados a esta investigación, demuestra que la FCV se enfoca a la importancia del reporte de manera que éste no sea una carga punitiva en el desarrollo de sus funciones propias de la atención brindada al paciente y cliente de la misma, sin embargo faltan planes de mejora que orienten al personal a brindar información oportuna y clara de los eventos presentados.

Figura 14 Existencia de cultura de seguridad del paciente en la FCV.



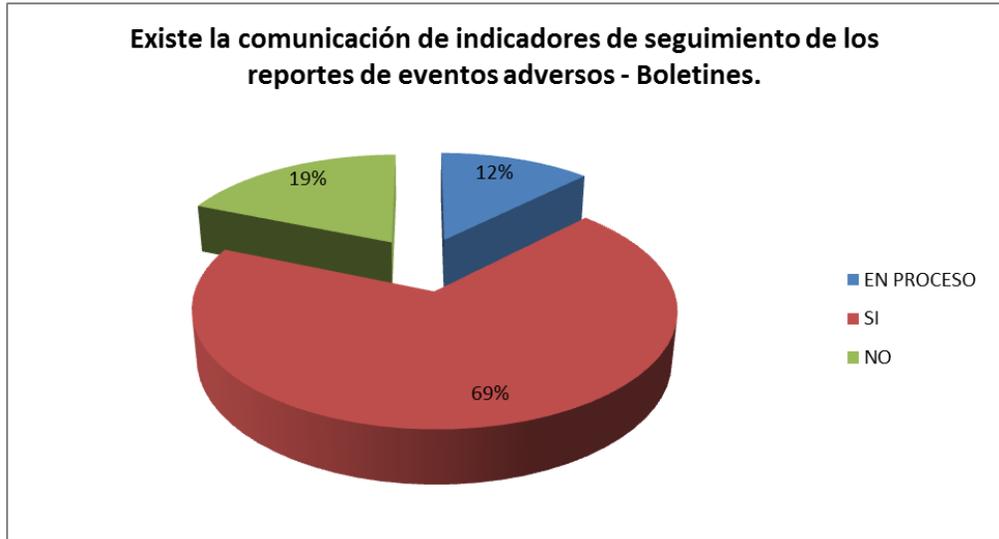
En la FCV la cultura de seguridad del paciente está encaminada a la formación de profesionales hacia la parte asistencial del servicio, sin embargo se está diseñando procesos que permitan que todos los actores involucrados en el desarrollo gerencial de la misma, estén informados y conozcan las características del programa de seguridad del paciente para brindar atención integral y una satisfacción de clientes y pacientes.

Figura 15. Se cuenta con un programa de SP que provea una caja de herramientas idónea.



Actualmente la FCV cuenta con una política de Seguridad del paciente, que acompaña el programa de SP, a su vez define estrategias que permiten la identificación del personal a cargo de la atención del paciente, éste programa está orientado a informar al usuario de los servicios de salud de los controles y requerimientos a que es beneficiario, así como las responsabilidades que acarrea su propia seguridad, sin embargo no existe un programa integral, con las directrices gerenciales que a través de un manual guíen la seguridad del paciente con base en lineamientos de administración (modelo), esto se encuentra en proceso de ejecución y es revisado por la alta gerencia para su diseño y creación.

Figura 16. Evaluación de indicadores de seguimiento EA.



Los reportes de Eventos Adversos son ingresados a un software que registra la periodicidad de los mismos, previamente clasificados por la persona responsable de interpretar los reportes consignados, estos indicadores solo hacen referencia al número de veces que un EA se presenta, dejando a un lado los indicadores de productividad, circunstancias atenuantes y niveles de riesgos asociados, lo que lleva que esta información no sea conocida explícitamente por los actores involucrados en la atención de salud, y dejando el reporte solo a manera de información.

Figura 17. Valoración de riesgos en procesos asistenciales.



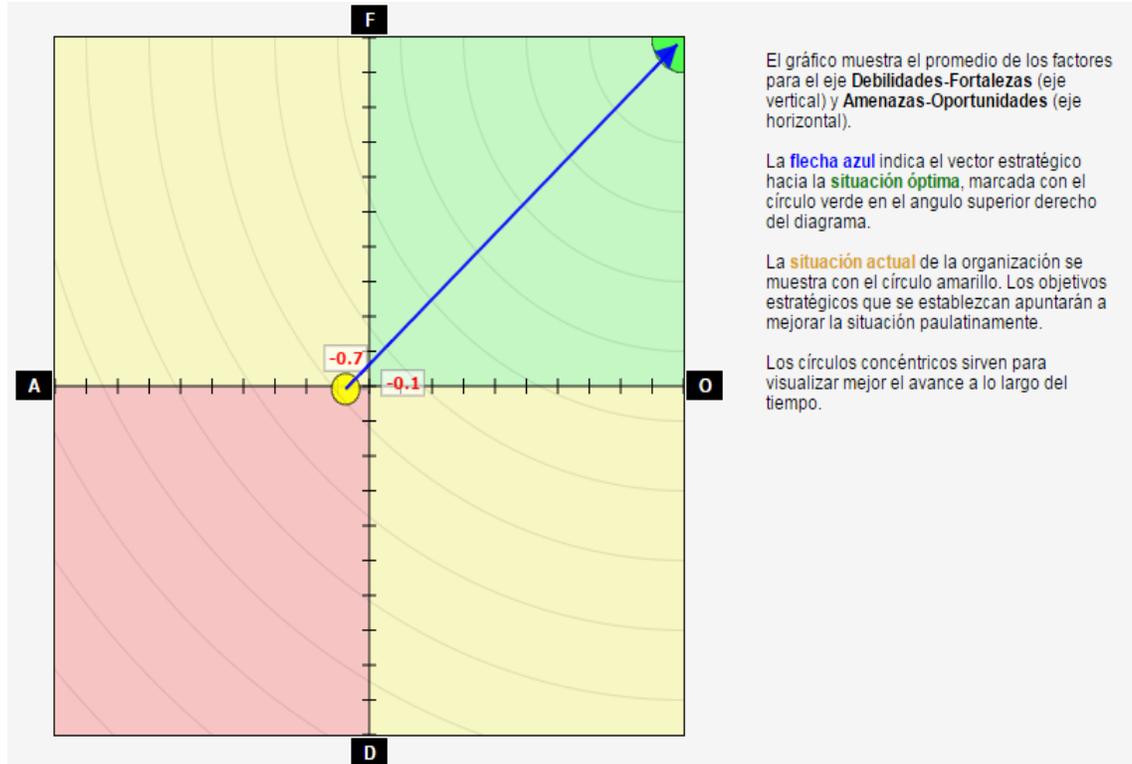
Existe la valoración de riesgos asociada a la atención en salud, sin embargo se carece de la valoración de riesgo administrativo y gerencial que desde la óptica de seguimiento y control debería llevarse para identificar los puntos álgidos y recurrencias de eventos, para elaborar y determinar los programas de capacitación en la cultura de seguridad del paciente, identificando y compartiendo el mismo idioma en toda la organización.

6.2.2. Matriz DOFA. Cuanto mayor es la solidaridad y sentido de pertenencia mayor es la voluntad que muestran las personas por compartir responsabilidades para conseguir los objetivos de Seguridad. Para determinar cada uno de los factores dentro de la matriz DOFA, se utilizaron los conceptos y observaciones en cada una de las encuestas aplicadas al personal médico, asistencial y administrativo que tiene contacto con la seguridad del paciente, así como las observaciones directas, la verificación de paquetes obstructivos, estándares de calidad y la Normatividad Join commission International.

Figura 18. DOFA.

Fortalezas		Peso	Debilidades		Peso
Originalidad de Productos/Servicios		3	Existencia de comité interdisciplinario para la Seguridad del paciente		8
Reputación		7	Se cuenta con software actualizado para la clasificación y seguimiento de EA		8
Regulación pertinente de acuerdo a paquetes instruccionales		5	Existencia persona guía para la implementación de manual de SP		7
Personal Experimentado		5	Personal de monitoreo de indicadores		7
Presencia Online		5	Se posee registro virtual de EA		7
Marcas		6	Validación de datos por comité externo		6
Liderazgo en un Nicho de Mercado		5	El programa de calidad y seguridad de los pacientes no incluye la agregación y análisis de datos		6
Liderazgo en el mercado		5	Estrategias de divulgación de la SP		6
Equipamiento tecnológico		4	Procesos y procedimientos divulgados de SP con SGC		4
Innovación de Productos/Servicios		3	Patentes y propiedad intelectual		2
Ubicación Geográfica		3			
Se cuenta con paquetes de seguridad ambiental físicos y tecnología en salud		3			
Protocolos asistenciales del personal en salud		3			
Liderazgo en el Mercado		2			
Total		59	Total		61

Oportunidades		Peso	Amenazas		Peso
Se maneja un plan de manejo de residuos hospitalario		5	Se implementa un programa parcial de capacitación		9
Política de Responsabilidad Social		5	Reforma de la salud		7
Se maneja un programa de información al paciente y familia		5	Deficiencia económica - impacto socio económico		6
Implementación de SGC actualizado y contempla SP		4	Cambio de paquetes instruccionales		5
Actualización y lineamientos de join comision		3	Comunicación asertiva sobre los EA		3 4
Creación del manual de SP HIC		3			
Total		25	Total		34



Para graficar a través del plano se realiza un ponderación de los factores en el número de datos que se asignan esto permite determinar el peso que las fortalezas tiene sobre las debilidades y las oportunidades sobre las amenazas, aplicando la siguiente fórmula.

$$\textit{Promedio Fortalezas} = \frac{\sum \textit{factores}}{\# \textit{factores}}$$

$$\textit{Promedio Debilidades} = \frac{\sum \textit{factores}}{\# \textit{factores}}$$

$$\textit{Promedio Oportunidades} = \frac{\sum \textit{factores}}{\# \textit{factores}}$$

$$\textit{Promedio Amenazas} = \frac{\sum \textit{factores}}{\# \textit{factores}}$$

Cruce de vectores:

$$\textit{Prom F} - \textit{Prom D} = \textit{Vector 1}$$

$$\textit{Prom O} - \textit{Prom A} = \textit{Vector 2}$$

Actualmente la FCV en sus objetivos estratégicos, orienta sus acciones a la correcta prestación de los servicios de salud, a través de la innovación, la óptima prestación tecnológica del servicio y el diseño y creación de espacios que brinden un impacto positivo en el desarrollo de su misión y visión empresarial. Con base en ello, se diseñó un complejo médico para el Hospital Internacional de Colombia –HIC- para dar mayor cobertura a las personas que requieran los servicios de salud, por ende se requiere de un modelo de seguridad del paciente, que permita conocer y determinar las herramientas y responsabilidades de quienes se involucren en la

atención de los mismos, esto con el fin, de dar orientaciones integrales y transversales a las necesidades de gestión que la FCV requiere.

- Estrategias FO

Desarrollar estrategias comerciales apoyándose en la unidad de mercadeo de la FCV, buscando dar a conocer los avances tecnológicos, el cumplimiento de las políticas de responsabilidad social, la creación del modelo de Seguridad del paciente y las directrices administrativas encaminadas a brindar una correcta seguridad al mismo.

- Estrategias DA

Construir los perfiles requeridos para la conformación del comité interdisciplinario de seguridad del paciente.

Construir un método de análisis, seguimiento y gestión a los incidentes adversos que se presenten durante la atención de los pacientes.

Requerir la actualización del software de seguridad del paciente, que brinde herramientas óptimas para el reporte, clasificación, análisis y control de los planes de acción que refieren los EA.

Diseñar el perfil requerido para el personal de monitoreo de indicadores de seguridad del paciente, que engrane la información analizada en SGC.

Crear un método de divulgación interna de las políticas, modelo y acciones de Seguridad del paciente – Boletines.

Requerir el registro del modelo de seguridad del paciente para garantizar la originalidad y propiedad intelectual de la FCV.

Diseñar programas de capacitación que involucren a los diferentes actores que participan de la atención de pacientes, profesionales asistenciales y administrativos, con el fin de compartir la información requerida para brindar seguridad al paciente en todos los procesos.

Realizar actualizaciones periódicas (semestrales) en la revisión de los paquetes instruccionales y sus debidas modificaciones.

7. ESTRUCTURAR LAS POLÍTICAS Y LINEAMIENTOS QUE RIGEN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE FCV-ICF

Los sistemas de atención en salud deben concebir que la seguridad del paciente sea fundamental para el cambio de toda organización que busca fomentar una cultura de seguridad que incluye a los funcionarios competentes y preocupados por la excelencia del tema, la disminución de barreras estructurales, la formación en el liderazgo, la evaluación constructiva y no punitiva, y la inclusión de todo el personal.

Así mismo, los propósitos de toda política de seguridad del paciente deben contener:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente justa, educativa, responsable y no punitiva.
- Reducir la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.
- La responsabilidad de dar seguridad a los pacientes es de todas las personas de la institución.
- Para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día.
- Todo esto debe ser direccionado a la práctica segura, la cual se brinda al paciente.

Pero existen también lineamientos que ayudan a direccionar correctamente las políticas de gestión que se deben aplicar para un programa de seguridad del paciente, estos lineamientos se centran en:

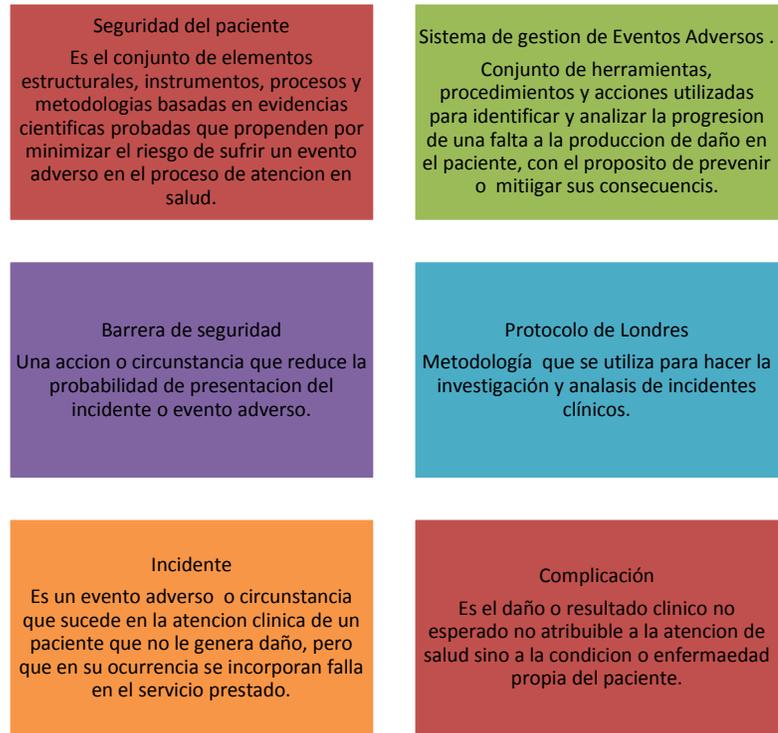
Figura 19. Lineamientos para la política de seguridad del paciente.



Comenzar los lineamientos con la atención centrada en el usuario como principio orientador de la política de seguridad del paciente, está en absoluta correspondencia con la razón de ser de la prestación de los servicios de salud: Los usuarios. La Cultura de Seguridad se constituye en el segundo principio, en tanto que el despliegue de las acciones de seguridad del paciente requiere de ambientes de confidencialidad y confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y comunidad. Obviamente los anteriores elementos deben estar integrados al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, que a su vez es un principio cuyos elementos son atravesados por la Seguridad del Paciente.

De igual forma lo anterior amerita una explicación de similitudes en términos que explicarse para caracterizar correctamente los elementos que serán necesarios para adoptar estrategias entorno al diseño del manual de seguridad del paciente de la FCV.

Figura 20. Similitudes de términos en la seguridad del paciente.



Fuente. Unificación de términos Min Salud.

Las políticas y lineamientos son creados para justificar de forma organizada la adopción de un manual o programa específico encaminado a garantizar la seguridad del paciente en todos los procesos asistenciales y organizacionales con el que el usuario tuviese relación al momento de contactar cualquier institución de salud, basándose en los propósitos como se evidencia en la figura 9:

- Adopción de un Modelo de Seguridad del Paciente: El cual se fundamenta en la Guía de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Protección Social y sus paquetes instruccionales, enmarcados en los siguientes componentes:
- Procesos institucionales que favorecen un entorno de atención segura
- Procesos asistenciales seguros

- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales desde una Cultura de seguridad
- Aprendizaje organizacional
- Usuario y su familia como gestores de su seguridad.

Adopción de un modelo para la gestión de riesgos, incidentes y eventos adversos: A partir del contexto estratégico y con enfoque de riesgos, desde cada uno de los procesos institucionales, se identifican, analizan y valoran los riesgos potenciales, frente a los cuales se definen políticas de administración de riesgos, puntos de control y barreras de seguridad, que lleva a minimizar su incidencia e impacto.

Figura 21. Propósitos gestión de seguridad del paciente.



De igual forma cada organización o institución prestadora de salud, debe contar con métodos sistematizados que condensen los datos e indicadores para su seguimiento y control

7.1. POLÍTICAS

Con base en los análisis de las matrices de la Join Commission, el sistema de gestión de calidad de la FCV y los estándares y criterios de habilitación, se diseñan las siguientes políticas para el manual de seguridad del paciente (ver anexo A), las cuales contaron con la participación de la oficina de SGC:

- LA FCV fomenta actividades de información, educación y seguimiento para una atención segura, mediante la consolidación de un programa de capacitación institucional que cubra las necesidades de los pacientes y funcionarios.
- La FCV asegura el análisis y gestión integral de incidentes y eventos adversos mediante la generación de equipos multidisciplinarios y espacios institucionales, liderados por los Jefes Médicos y Asistenciales de los Servicios ofertados.
- La FCV fortalece el trabajo de seguridad del paciente, a través de una correcta clasificación de los reportes, análisis de los mismos, seguimiento a los eventos, una correcta educación al colaborador, con una búsqueda activa de las acciones preventivas y correctivas a través de inducciones, sesiones breves, grupos primarios staff médico, entre otros.
- La FCV suscita el análisis y mejora continua de los procesos organizacionales a través de la conformación de equipos que permita la medición y análisis de indicadores en cuanto a la seguridad del paciente, fomentando una cultura justa, educativa y no punitiva.
- La FCV gestiona a través de un sistema de información actualizado, el reporte interactivo de eventos adversos e incidentes de forma dinámica, que permita la clasificación, análisis y cierre de los reportes de seguridad.

7.1.1. Socialización de políticas diseñadas. Para el diseño y construcción de las políticas del modelo de calidad y seguridad del paciente, se contó con la participación del Dr. Norberto Morales Director de la Oficina de Calidad de la FCV que junto a la Coordinadora del programa de SP, evaluaron la orientación de las políticas, así como los lineamientos que debían tener en cuenta y la dirección equivalente al direccionamiento estratégico de la FCV. Se anexan el acta de reunión y el listado de participantes a las reuniones de socialización.

Figura 22. Acta de construcción.

ACTA DE REUNIÓN		DIRECCIÓN DE APOYO Y SERVICIOS	
PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD		Versión: 10	R-GESCAL-3010
		Página 1 de 1	

Acta No 1	Fecha 14-Septiembre-2015	Lugar Sala de Juntas Gerencia HIC Instituto Cardiovascular	Hora	
Líder Norberto Morales y Ruby Emilce Dueñas		Inicio 07:30	Fin 08:30	
Tipo: <input type="checkbox"/> Grupo Primario <input type="checkbox"/> Comité <input type="checkbox"/>		Nombre del Comité, Reunión u Otro:		
Otro <input checked="" type="checkbox"/>				
OBJETIVO:				
Socializar el modelo y las políticas de seguridad del paciente. Se establecieron parámetros para construir políticas desde la misión y visión de la FCV, de igual forma, se establecieron los horizontes que las políticas deben ir encaminadas para el modelo de calidad y seguridad del paciente.				

ASISTENTES	
Nombre	Cargo
Norberto Morales	Director Oficina SGC - FCV
Ruby E milce Dueñas	Coordinadora Programa SP
Diligenciar R-01H-2026 Registro de Asistencia	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

De antemano se expresan los agradecimientos por la participación y asistencia a la Reunión a todo el equipo médico, asistencial y administrativo del HIC-IC.

1. Se presentan los resultados del diagnóstico.
2. Con base a las necesidades identificadas en el diagnóstico, se identifican aspectos a normalizar a través de las políticas del modelo propuesto de seguridad del paciente y los ajustes sugeridos por la subgerencia de Calidad frente a la ampliación del alcance de la política y la estructura de la misma.
3. Durante la socialización la subgerente médica pregunta cómo se socializará el modelo y se medirá el cumplimiento de las políticas.
4. El subgerente asistencial informa la importancia de fortalecer la definición de cultura justa para facilitar el entendimiento y comprensión del tema.
5. Al presentar las políticas el público sugiere no repetir temas dentro de las políticas para lo cual dieron sugerencias y se tuvieron para ajustarlás.

Siendo las 08:30 am se da por cerrada la reunión.


 Firma Secretario


 Firma Líder

Elaborado por: Jefe de Planeación y Calidad	Aprobado por: Directora General de Operaciones
Revisado por: Directora de Apoyo y Servicios	Fecha de Aprobación: 2011-08-12
Fecha de Revisión: 2014-02-25	

Todos los derechos reservados. Fundación Cardiovascular de Colombia.

Figura 23. Listado participantes socialización de políticas del MCSP.



REGISTRO DE ASISTENCIA

PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

DIRECCIÓN DE APOYO Y SERVICIOS

Versión: 8 R-07H-0028

Página 1 de 1

DIRECCIÓN, UEN O SERVICIO: HIC Instituto Cardiovascular

FECHA: Septiembre 14 de 2015 **DURACIÓN:** 1 hora

TEMA: Socialización Políticas Modelo Seguridad Hc

FACILITADOR O LIDER: Norberto Morales B - Riba Nuevo

#	NOMBRE	DIRECCIÓN, UEN O SERVICIO	CARGO	FIRMA
1	Ampalora J. J. J.	HIC-IC	Subgerencia Asistencia	[Firma]
2	Madalena G. G.	telemedicina	T. A. E.	[Firma]
3	Rafael G. G.	HIC-ICF	Subgerente Clínic	[Firma]
4	Nancy Anzo Cortina	HIC-ICF	Subgerente Clínic	[Firma]
5	SANTIAGO RAMÍREZ	HIC-ICF	Subgerente Clínic	[Firma]
6	Nassier Espinosa Nieto	HIC-ICF	Subgerente Clínic	[Firma]
7	Juan Camilo Leis	HIC-ICF	Enfermera Cabeza Excelesencia	[Firma]
8	Wladimir Rodríguez	HIC	Profesional Calidad	[Firma]
9	Norberto Morales B	HIC-ICI	Subgerente Clínic	[Firma]
10	Olga Moreno	HIC-ICI	Subgerente Clínic	[Firma]
11	RODRIGUEZ S. S.	HIC-ICI	Subgerente Clínic	[Firma]
12	Armen Leo G. G.	HIC-IC	Subgerente Admin	[Firma]
13	Victor Raúl Gashillo	FCU	Presidente	[Firma]
14	ESKIMO S. S.	HIC-IC	Subgerente Clínic	[Firma]
15	Helén J. J.	HIC-IC	Subgerente Clínic	[Firma]
16				
17				
18				
19				
20				

CONCLUSIONES: _____

OBSERVACIONES: _____

Elaborado por: Gestión Humana

Revisado por: Jefe Corporativo Selección y Talento Humano

Aprobado por: Dirección de Apoyo y servicios

Fecha de Aprobación: 2015-09-15

Fecha de Revisión: 2014-08-07

Todos los derechos reservados. Fundación Cardiovascular de Colombia.

8. FORMULAR EL NUEVO MODELO GERENCIAL, INTEGRAL DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE FCV-ICF, A TRAVÉS DE CANVAS, UTILIZANDO ESTRATEGIAS GERENCIALES

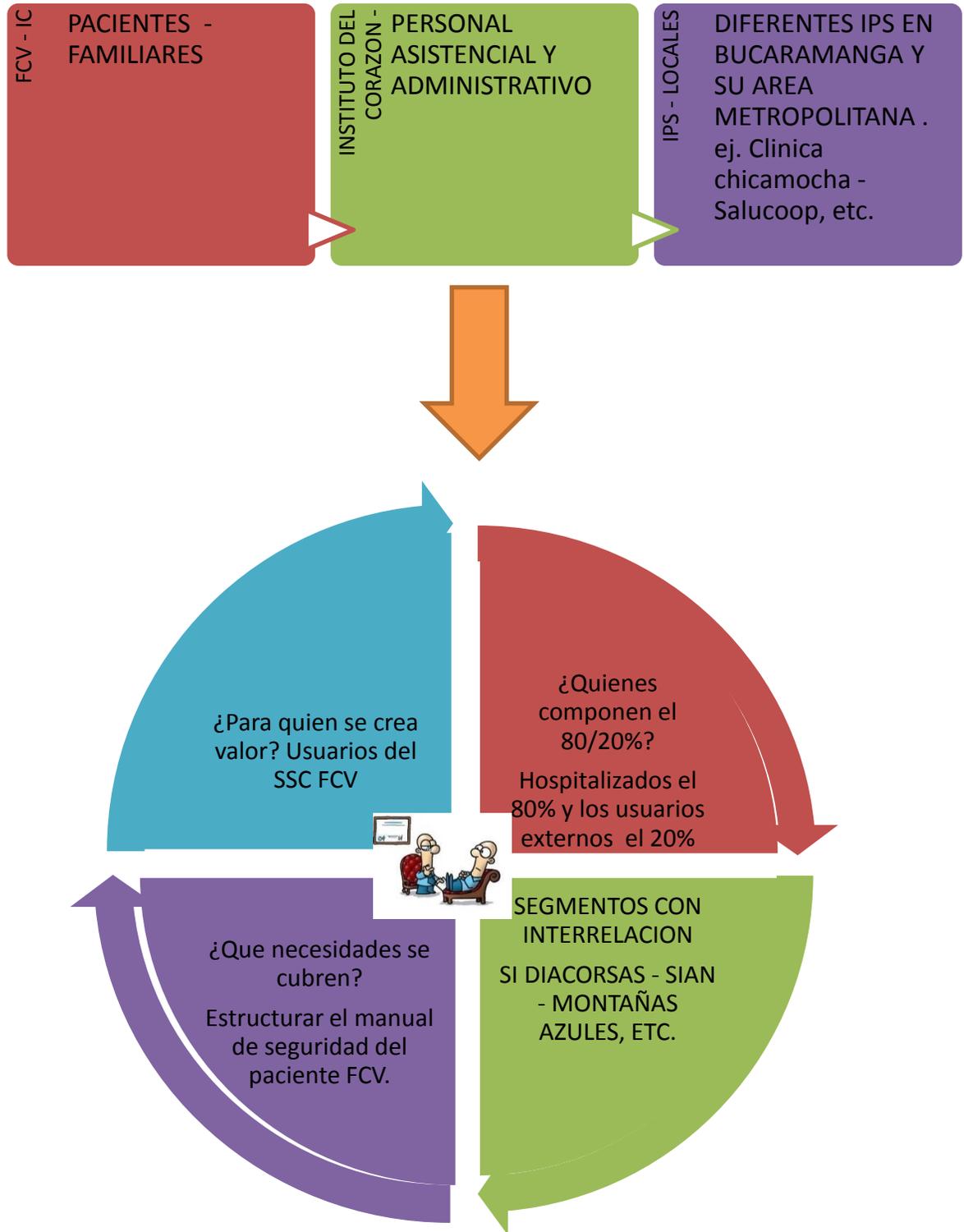
Cada día el análisis de las organizaciones requiere de mayor volumen de información, hay más variables a considerar y se requieren enfoques integrales, intuitivos, inteligibles y realistas para ser competitivos. Muchos gestores de fundaciones están muy ocupados en las actividades diarias de gestión, y es necesario reflexionar y pensar desde otras perspectivas para identificar soluciones que revolucionen su futuro. Aplicar el modelo Canvas en el diseño y la mejora del modelo de negocio de líneas específicas de servicios, permite a los directivos tomar decisiones acertadas y programar actividades que permitan cumplir objetivos entorno a la satisfacción de los pacientes y sus familias para el caso en estudio.

Para construirlo se siguió la metodología de Alex Osterwalder, donde se basa en nueve (9) módulos, adaptado y explicado para el programa de seguridad del paciente de la FCV así:

1. Segmento de mercados

Es la primera parte que hay que tener en cuenta, ¿quién será nuestro cliente?, para entender la importancia del cliente para el programa de seguridad del paciente se presenta el siguiente gráfico.

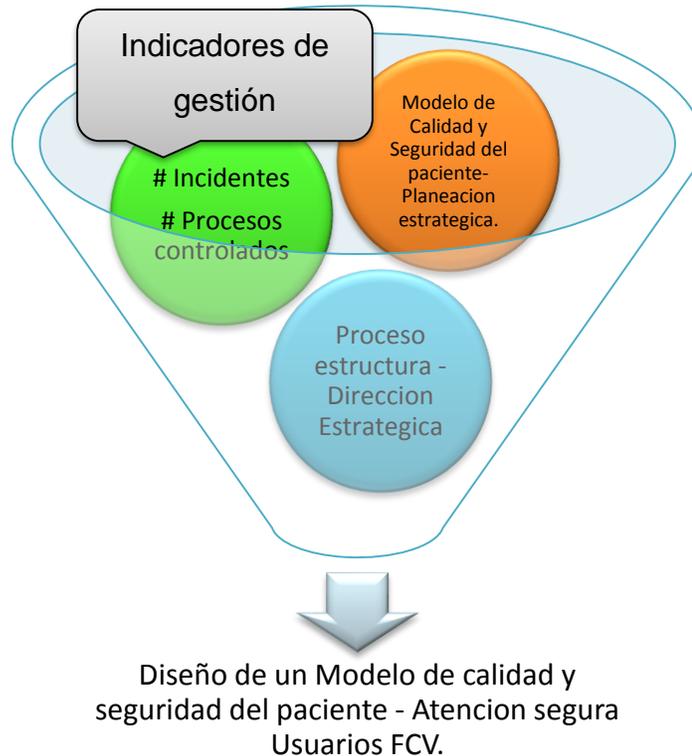
Figura 24. Segmento de mercados



2. Propuesta de valor

Posiblemente sea la parte más importante del modelo de negocio. La propuesta de valor no es nada más que la diferencia ante otros competidores dentro del sector, es decir, ¿Qué nos hace distinto de los demás?.

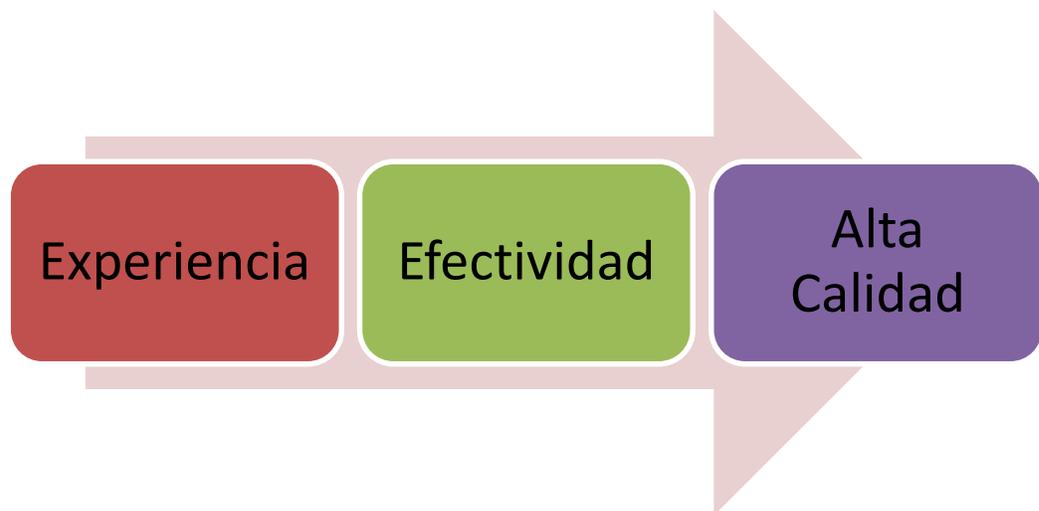
Figura 25. Propuesta de valor modelo de seguridad del paciente.



La propuesta de valor se centra en diseñar y formular un modelo de calidad y seguridad del paciente basado en la política y lineamientos ya establecidos en la fundación cardiovascular de Colombia, en aras de fortalecer el programa de seguridad y actualizar el sistema de información con los que ya se cuentan. Es la razón por la que un cliente, paciente o usuario asiste a la clínica FCV y no se va a otra institución, por tanto describen las características del servicio que crean valor para un determinado segmento de mercado.

La propuesta de valor del Modelo de calidad y seguridad del paciente se centra en:

- a. Experiencia de la FCV – IC .la cual posee un "Knowhow" en el manejo del paciente y el manejo de sus patologías, motivo por el cual las instituciones remiten a la fundación, dado que se cuenta con una experiencia de más de 20 años en manejo de pacientes.
- b. Efectividad clínica. La fundación Cardiovascular de Colombia, posee efectividad en cuanto se refiere al manejo con alta capacidad de resolución clínica, de tal manera que se brinde la mejor atención al paciente y su familia.
- c. Alta calidad. Se cuenta con una atención de alta calidad, por cuanto se garantiza estándares, mediante la medición de sus procesos y el desarrollo de indicadores que permiten el seguimiento a la gestión prestada.



3. Canales

Con los canales las empresas establecen contacto con los clientes, (canales de comunicación, distribución y venta). Son medios para dar conocer las propuestas de valor, ayudando a los clientes a evaluar las propuestas que se les ofrece y

permitiéndoles tomar decisiones entorno a ellas. Teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

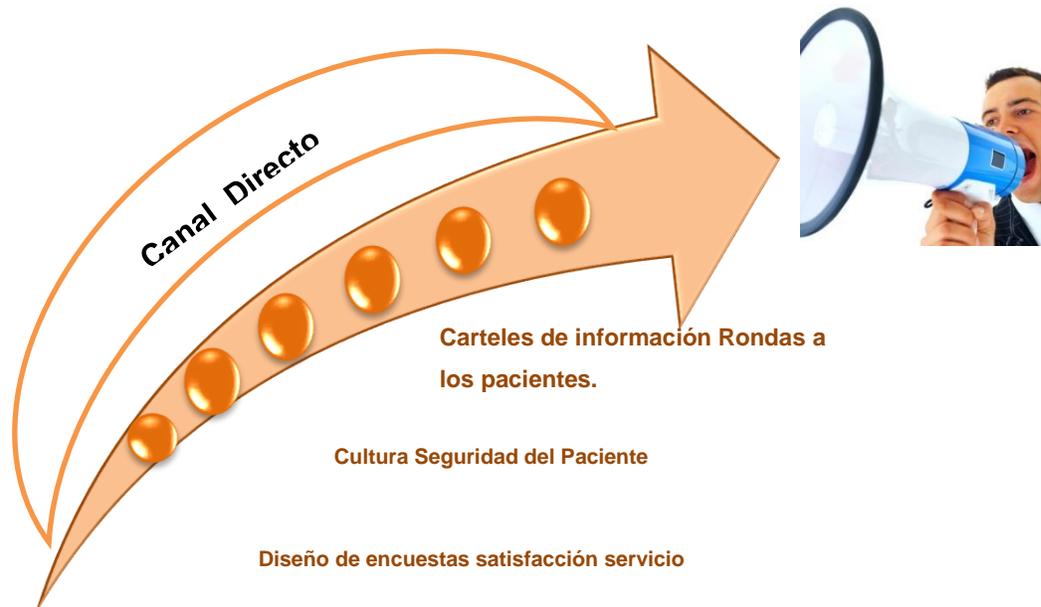
Tabla 1. Consideraciones de los canales.

	Canales Directos	Canales Indirectos
	Con personal y/o recurso propios de la empresa	Alianzas o asociaciones con otras empresas
Ganancias	Mayor margen	Menor margen
Puesta en Marcha	costo elevado	costo menor
Campo de acción	Puede ser limitado	campo de acción es mayor
Ventajas	Puede controlar 100% sus canales	Aprovecha ventajas de otras empresas para beneficio propio
Ejemplos	Equipo comercial interno Sitio Web propio Ventas por Internet	Distribución al por mayor Venta al por menor Sitios Web de socios

Fuente. Revista Gerencia Mic ticc.

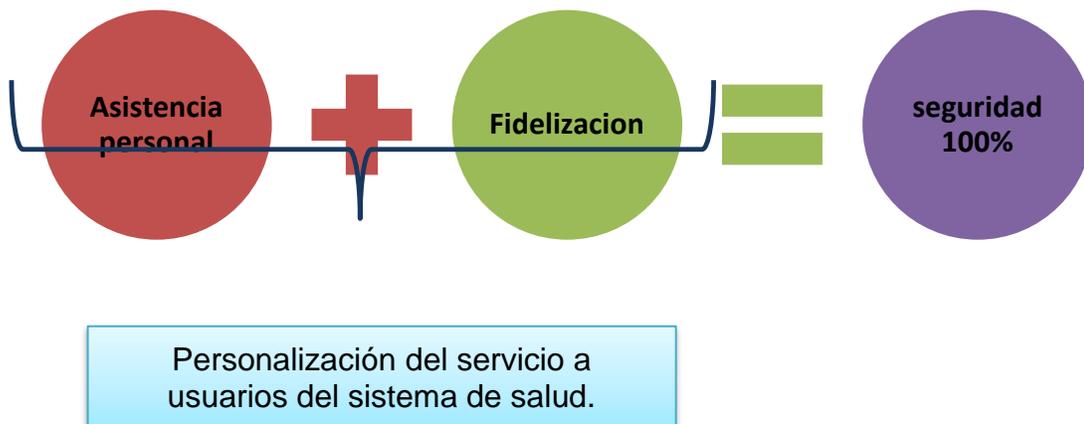
Para el desarrollo de este módulo se requiere seleccionar el canal directo, ya que se cuenta con los recursos y apalancamiento por parte de la FCV, lo que implica utilización de infraestructura y la asignación de personal de apoyo para la comunicación del modelo de calidad y seguridad del paciente.

Figura 26. Canal directo modelo de calidad y seguridad del paciente.



4. Relación con los clientes

La empresa debe tener claramente definida qué tipo de relación tiene y desea con cada segmento de mercado. Se pueden establecer varios tipos de relación con los clientes.



5. Fuentes de ingreso.

Se debe conocer detalladamente cuál es el flujo de caja que genera cada segmento de mercado y qué tipos de ingreso se reciben (por pagos puntuales de clientes, pagos periódicos por el suministro de una propuesta de valor o un servicio postventa de atención al cliente).

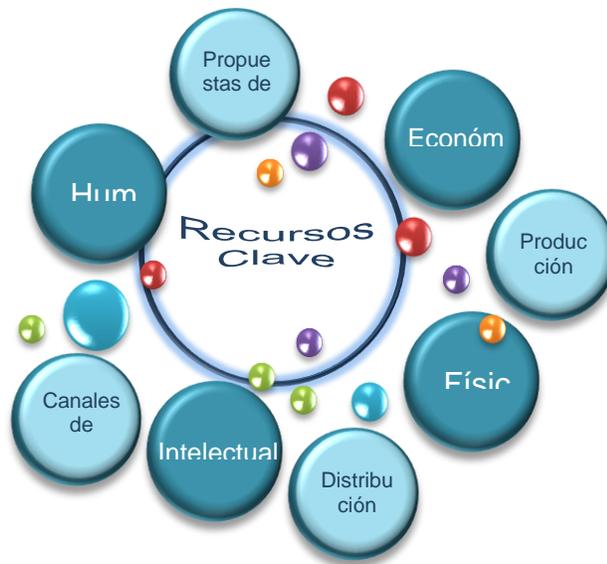
Para el ejercicio del modelo de calidad y seguridad del paciente, al garantizar esta última generará mejores ingresos para la Fundación Cardiovascular de Colombia reforzando la credibilidad y solidez empresarial que posee, ya que se contara con un modelo estructurado que puede ser vendido, patentado y publicado, generando ingresos alternos a la actividad propia de la salud.



Costo efectividad. El costo efectividad se debe manejar como una herramienta que a través de intervenciones oportunas y seguras, le permita maximizar los beneficios a los pacientes (calidad de vida, años de vida saludables), además la mejora continua en resultados clínicos relacionados con este aspecto, lo que garantiza la fidelidad de sus usuarios hacia la FCV.

6. Recursos clave

Es necesario establecer minuciosamente cuáles son los recursos necesarios y cuáles se tienen para crear y ofrecer las propuestas de valor, distribuirlas y comunicarlas.



- Recursos humanos: Se requiere un grupo interdisciplinario de profesionales que tenga las competencias especiales para dar solución a los eventos registrados, así como las estrategias y programas requeridos para prevención y seguimiento. Se debe tener en cuenta que para prestar un servicio de calidad, se debe contar con un grupo interdisciplinario de profesionales capacitados en estas áreas y apoyados con tecnologías especializadas con las cuales podrán prestar servicios integrales con un impacto positivo para la seguridad del paciente.
- Económicos: Se requiere una inversión de capital que este conformada por la adquisición de una actualización de software, la adecuación de salas para las juntas de seguridad del paciente, la asignación de recursos para la capacitaciones que hayan lugar.
- Canales de comunicación: Intranet – Grupos de whatsapp por pisos de seguridad del paciente – foros de discusión y carteleras de información.

- Recursos intelectuales: gestión del conocimiento por la propiedad intelectual del modelo de calidad y seguridad del paciente.
- Recursos físicos o de infraestructura. La implementación de un lugar que cuente con las condiciones de infraestructura física incluyendo muebles y enseres, que satisfagan las necesidades y expectativas del grupo interdisciplinario con unas instalaciones confortables para realizar los comités y toma de decisiones entorno a la seguridad del paciente.

7. Actividades Clave.

Se debe prestar especial atención a las actividades vitales para que el modelo de negocio funcione. Estas actividades clave son las que conducen al éxito. De su buena funcionalidad depende que la propuesta de valor se dirija por los canales adecuados, se establezcan las relaciones necesarias con los clientes y se perciban los ingresos esperados. Las actividades claves se presentan interna y externamente de la empresa y todas deben evaluarse.

Para el modelo de calidad y seguridad del paciente, las actividades claves están encaminadas a la resolución de problemas: nuevas soluciones para los problemas individuales de cada cliente. Esto permitirá dar soluciones a eventos o incidentes que se presenten en la prestación del servicio de salud a los usuarios del sistema.

- Prestación del servicio integral y oportuno.
- Mantenimiento del software de clasificación y seguimiento de eventos.
- Capacitación continua en seguridad del paciente.
- Procesos de atención más seguros
- Eliminar o corregir practicas inseguras y poco económicas.
- Lograr la participación del paciente y familia en su atención
- Lograr la monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

- Gestión de garantía de la calidad. Habilitación, sistemas de información, auditoría para el mejoramiento continuo y acreditación.
- Del conocimiento. La gestión del conocimiento, como actividad asociada a los recursos intelectuales del modelo de calidad y seguridad del paciente, insumo básico para la transferencia de conocimiento que se realiza por medio de la gestión realizada armónicamente con educación médica donde por medio de programas académicos se actualiza la formación de profesionales en estas áreas de la salud.

8. Alianzas – Socios claves.

Las asociaciones hoy en día toman un lugar importante en el éxito de cualquier modelo de negocio. Deben establecerse, eso sí, las más estratégicas y las que generen más contribuciones de interés al modelo.

- Directivas FCV _ IC
- Secretarías de Salud – Información del modelo de calidad y seguridad del paciente.
- Grupos Estratégicos de negocios de la FCV (UEE).
- Hospital Internacional de Colombia – Adaptación modelo de calidad y seguridad del paciente.
- Sistema de Gestión de calidad – FCV

9. Estructura de costos.

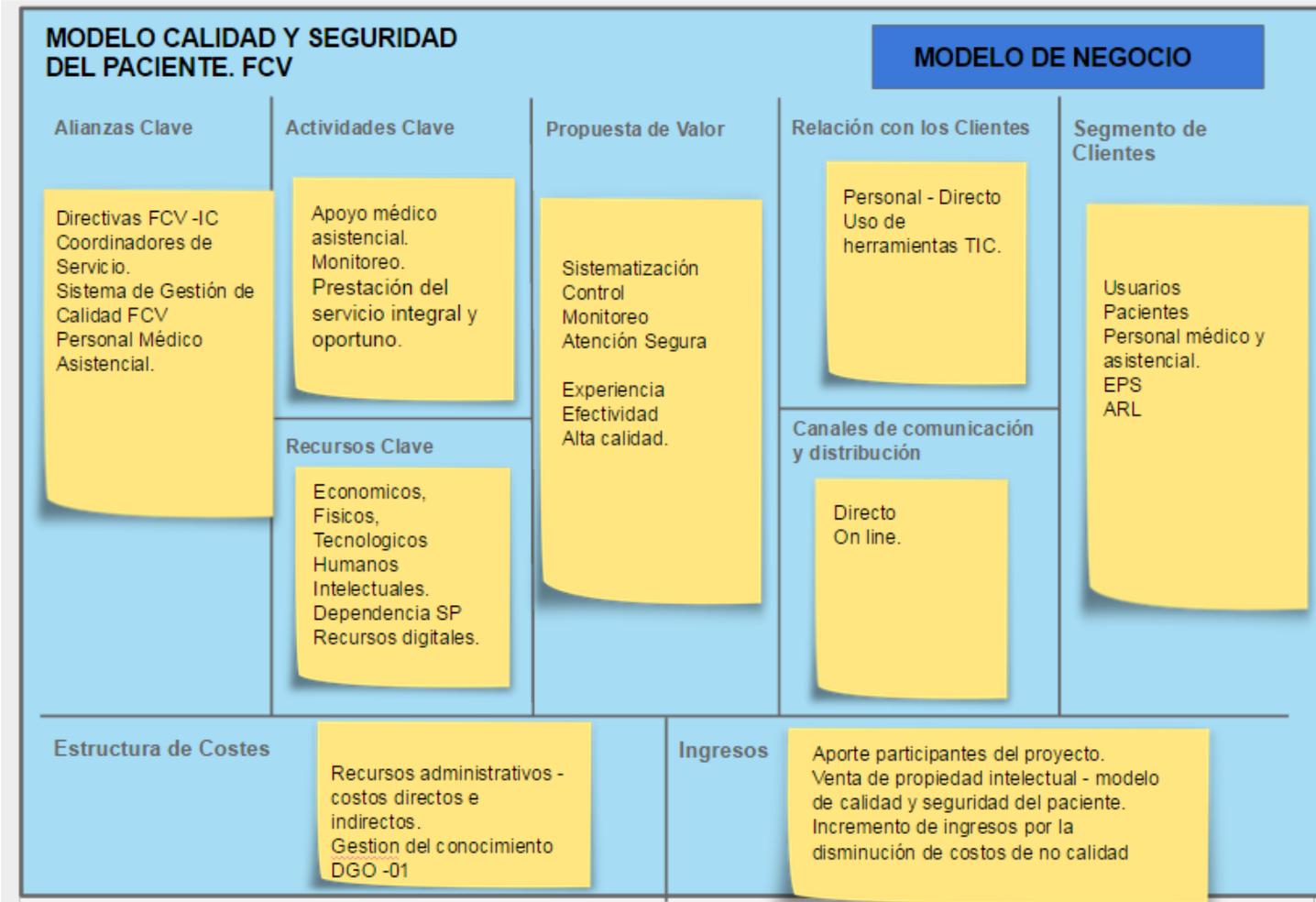
Es fundamental conocer a plenitud los costos de la operación, pues sin importar el modelo, es siempre imprescindible tratar de minimizarlos. Al identificar actividades, asociaciones y recursos clave se hace más fácil determinar los costos inherentes que implica la puesta en marcha del modelo de negocio de la empresa.

- a. Costos directos. Dentro de la estructura de costos se definen costos directos como aquellos elementos indispensables para generar los servicios de salud, entre los cuales se consideran los costos de talento humano, insumos y gastos generales.

- b. Costos indirectos. Se definen costos indirectos como todos los costos diferentes a los directos que se utilizan para producir los servicios de salud en el centro de excelencia dentro de los cuales tenemos infraestructura hotelera, estadística, lavandería, facturación y esterilización, entre otros.

- c. Costos de Administración. Indican todos los costos asociados a la administración del modelo de seguridad del paciente, incluyendo los costos de gerencia, las direcciones científicas, financiera, administrativa y atención al usuario, además de los costos generados por los entes asesores.

Figura 27. Modelo canvas modelo de calidad y seguridad del paciente – FCV.



9. SOCIALIZAR CON LOS ALTOS DIRECTIVOS, LA OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EL POSIBLE MODELO A IMPLEMENTAR EN LA INSTITUCIÓN

De acuerdo con el planteamiento del modelo Canvas se estructuró un borrador del modelo de calidad y seguridad del paciente bajo el enfoque gerencial requerido, el cual se dio a conocer a la junta directiva y subgerentes de la FCV, en aras de hacerlos partícipes de los direccionamientos y orientaciones en que la estructura de la oficina de seguridad del paciente debe seguir en pro, de seguir cumpliendo y optimizar los procesos asistenciales con los que ya se cuenta, evidencia de ello se presenta a continuación la estructura del modelo planteado evaluado en la reunión ante la FCV.

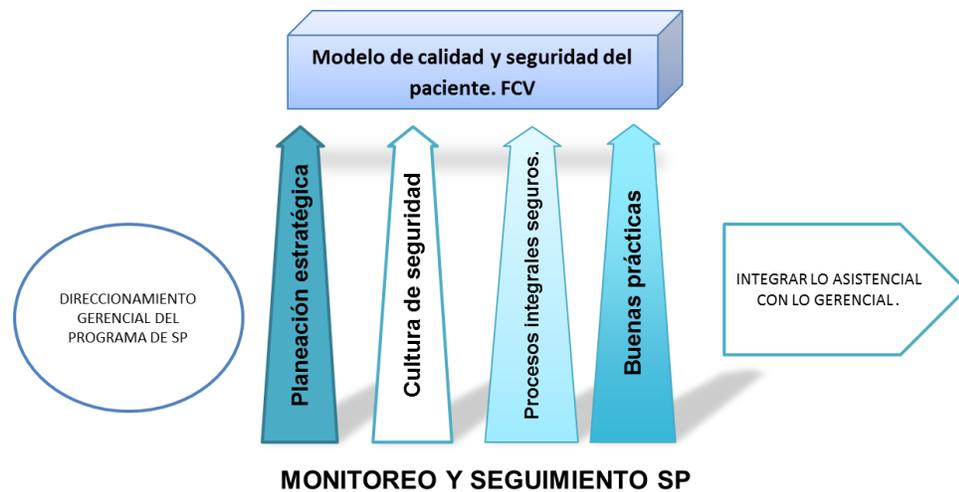
Figura 28. Estructura del modelo de calidad y seguridad del paciente.

ESTRUCTURA DEL MODELO CSP.



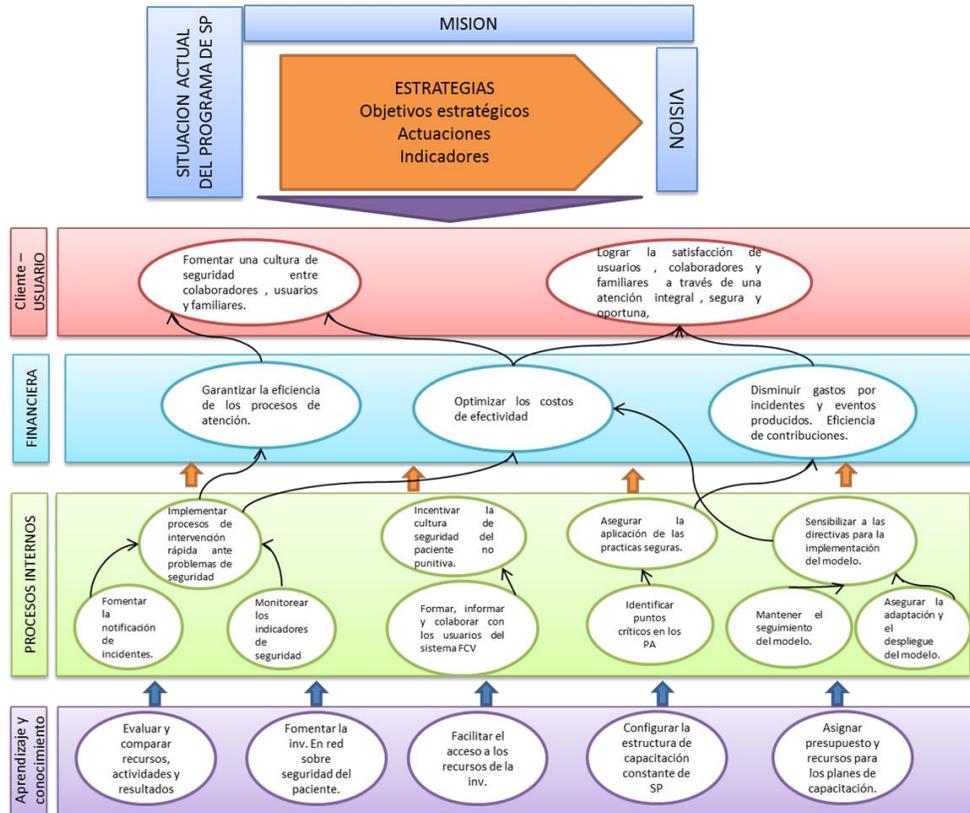
En la figura 28 se muestra en que forma está estructurado la propuesta del modelo con base en una misión, visión, objetivos y políticas de acuerdo a los lineamientos estratégicos de seguridad del paciente, acordes con el direccionamiento estratégico y el modelo gerencial con el que cuenta la FCV, así mismo, se establece que el modelo es la organización de la política, paquetes, manual de buenas prácticas, habilitación y acreditación con los que ya se cuenta, de forma gerencial y administrativa.

Figura 29. Pilares del modelo CSP



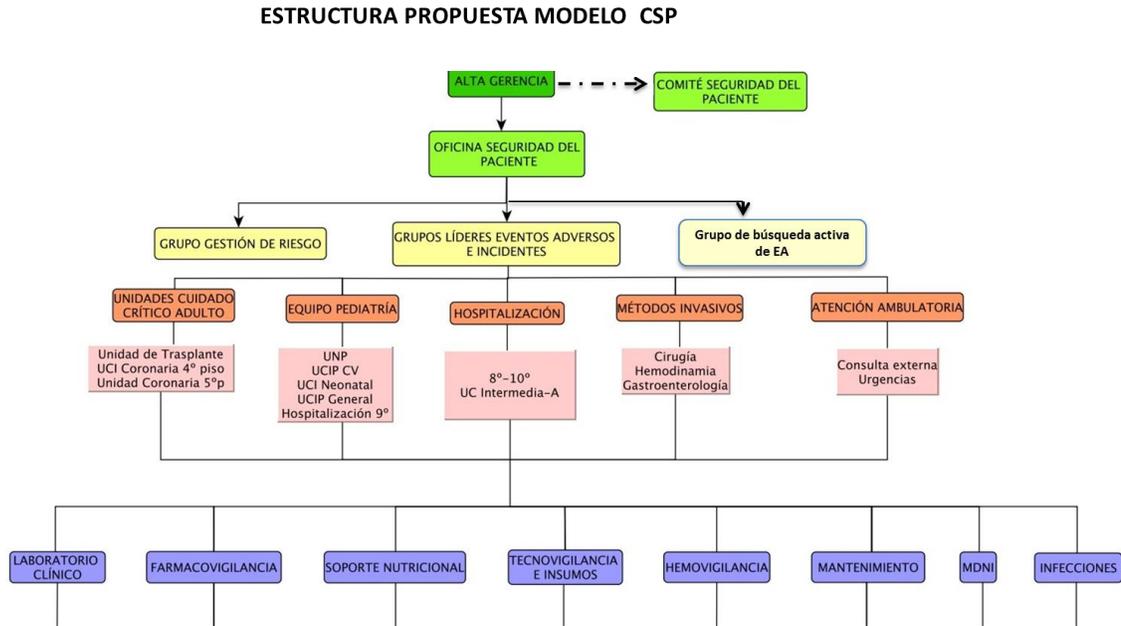
En la figura 29 se muestran los pilares en que se encuentra soportado el modelo de CSP que se propone para el programa de seguridad del paciente, cuyo primer eje esta la planeación estratégica enfocada al direccionamiento gerencial del programa existente, buscando la integración asistencial y administrativa.

Figura 30. Mapa estratégico del modelo CSP



El mapa estratégico que se muestra en la figura 30 se expuso con base en los objetivos que se esperan cumplir en cada una de las perspectivas, enfocándose a las actividades claves que deben tener y que son reserva de la FCV, con base en indicadores de gestión para la medición y seguimiento de la Seguridad del paciente.

Figura 31. Estructura propuesta para el modelo.



En la figura 31 la estructura propuesta para el modelo se basa en un direccionamiento gerencial, enfocado a la integración de servicios con la organización y administración de las políticas en pro de fortalecer el programa ya establecido.

Esta presentación se llevó a cabo a través de una solicitud por escrito, la cual se efectuó el día 23 de octubre del año en curso en la reunión de Gestión de Seguridad programada en la FCV, dentro de las personas que asistieron se encontraban los Doctores Víctor Castillo Presidente de la FCV, Dr Norberto Morales Subgerente de Calidad, entre otros, como se evidencia en la figura 32 que reúne la lista de asistencia a la presentación y que queda constancia de la participación de la presentación, así mismo en la siguiente figura 33 se evidencia la pertinencia de la reunión a través del registro fotográfico de la misma.

Figura 32. Lista asistencia presentacion borrador modelo CSP

	REGISTRO DE ASISTENCIA	DIRECCIÓN DE APOYO Y SERVICIOS
	PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Versión: 5 R-DTH-2028

Página 1 de 1

DIRECCIÓN, UEN O SERVICIO: Programa de Seguridad del Paciente FCV
 FECHA: 23- oct -2015 DURACIÓN: 40 minutos
 TEMA: Socialización modelo de Seguridad del Paciente FCV
 FACILITADOR O LIDER: Ruby Dueñas

NOMBRE	DIRECCIÓN, UEN O SERVICIO	CARGO	FIRMA
1 Norberto Morales B	HIC-IC	Subj. de Calidad	
2 Sandra Charry	HIC-IC	Directora Corporativa	
3 Fabio Vivas	HIC-IC	Subj. Exp	
4 Helina Zúñiga	HIC-IC	Dtor Exp	
5 Sandra Ramirez	HIC-IC	Subj. Clínica	
6 Alejandro Luna	HIC-UTAE	Gerente	
7 Andrea Jator	HIC-IC	Calidad Emp	
8 Olga Moreno	HIC-IC	gerente calidad	
9 Ana María	HIC-IC	Subj. Asesor	
10 Daniel Rodríguez	DSI	Profesional Calidad	
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

CONCLUSIONES: _____

OBSERVACIONES: _____

Elaborado por: Gestión Humana	Aprobado por: Dirección de Apoyo y servicios
Revisado por: Jefe Corporativa Selección y Talento Humano	Fecha de Aprobación: 2012-05-15

Fecha de Revisión: 2014-05-07
 Todos los derechos reservados. Fundación Cardiovascular de Colombia.

Figura 33. Registro fotográfico reunión de modelo CSP.





Por lo anterior, se puede decir que dentro de las observaciones presentadas, los participantes manifestaron estar de acuerdo con el modelo propuesto, el cual debe tener dentro de su diseño un presupuesto de capacitación, dotación de oficinas y requerimientos de recursos para su implementación y adopción. Así mismo, es fundamental destacar que este modelo está orientado a la integración de áreas funcionales de la FCV, participando de una misma comunicación en aras del cumplimiento de la política de seguridad del paciente, que ha hecho que la fundación sea líder en el sector salud a nivel nacional.

10. CONCLUSIONES

El éxito de todo proceso gerencial es el sentido de pertenencia con que se pueda apoyar y fortalecer los servicios asistenciales que se le brindan a usuarios del sistema de salud, máxime, si éstos están no solo orientados a salvaguardar su salud, sino a brindarle todo un sistema integral en pro de ese objetivo, esto requiere así mismo, una cultura de seguridad del paciente, justa, no punitiva y educativa, donde los profesionales del área de salud, puedan gestionar sus habilidades y cambios en pro de la satisfacción de los pacientes.

De igual manera, se hace necesario contar con políticas adecuadas que incorporen la excelencia como objetivo prioritario y que utilicen estrategias de consenso que permitan unificar esfuerzos entre todos los actores implicados.

Los sistemas adecuados de vigilancia más estrategias que integren las prácticas seguras basadas en evidencia y programas de seguridad, han mostrado efectividad en la reducción de eventos adversos e incidentes, sin embargo, y como se evidencio en el diagnóstico del programa aún se requiere fortalecer procesos, los cuales deben estar contemplados en el modelo de calidad y seguridad del paciente que se propone.

El reto de la FCV, es ofrecer una atención centrada en los usuarios, a través de una estructura fundamentada en la Seguridad del paciente, facilitando su implicación en todas las etapas de la atención y brindando una cultura eficiente y educativa en todos los procesos de la gestión clínica, base de ello y la fortaleza del programa de seguridad del paciente con el que se cuenta son las rondas de seguridad y paciente trazador, que permiten ofrecer a la FCV, una detección de fallas latentes que

comúnmente los funcionarios no detectan en el día a día y brindar una comunicación asertiva con el paciente y su familia.

Ahora no se puede afirmar que el tema está concluido, aun se requieren aplicar y efectuar diferentes cambios importantes al interior de la organización para hacer que un modelo de calidad y seguridad del paciente se implemente de forma eficiente y efectiva, ya que el tema de seguridad del paciente, se enfrenta a dificultades como la generación de la “cultura del reporte” de eventos adversos, enmarcada a su vez en una “cultura justa”, donde los errores no se personalicen, se facilite el análisis de procesos, se corrijen las fallas de sistemas, se unifiquen los métodos de identificación y medida, planes de notificación, sistemas de información actualizados y acordes a las situaciones que llegasen a presentar, por lo que se construye una organización confiable; donde quien reporta un incidente no es culpado ni castigado, donde quien no reporta es castigado no por el incidente sino por ocultarlo, donde se habla desprevenidamente de los errores y se aprende de ellos; donde no se pregunta, “¿quién?”, sino “¿qué?”.

El progreso hacia una gestión óptima y eficiente en términos de integralidad gerencial es lenta y requiere el compromiso a nivel Presidencia de la FCV para su sensibilización y posterior adopción, ya que se pretende proponer un modelo de gestión administrativa, que reúna lo asistencial con la gestión efectuada en la atención segura y oportuna de pacientes y usuarios de los servicios del Instituto Cardiovascular, para priorizar la satisfacción en la seguridad de los pacientes en el centro de las políticas estratégicas. Se trataría de diseminar una cultura para el cambio que permita a los profesionales de la salud, adquirir un compromiso que no responda sólo a mandatos sino fundamentalmente a la necesidad de la mejora de calidad de atención a sus pacientes y su mejoramiento profesional constante.

BIBLIOGRAFIA

BACA ,G. Evaluación de Proyectos 5 edición, Editorial Mcgraw-Hill. 2010. P. 5.
Centro de Gestión Hospitalaria, vía Salud. Número 43.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. En línea. Consultado en febrero
de 2015. Disponible en:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

FAJARDO DGE. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud.
2010;78:527-532

FUNDACIÓN CORONA. Centro de Gestión hospitalaria seguridad del paciente. Un
modelo de organización para el control sistemático de los riesgos en la atención de
salud. Página. 106 a la 117.

GRAHAM ID & TETROE, JM The Knowledge to Action framework. In J. Rycroft-
Malone & T. Bucknell (Eds), Models and frameworks for Implementing Evidence-
Based Practice: Linking Evidence to Action (pp. 207-222). 2010

GRAHAM ID, et al Lost in knowledge translation: Time for a map? Journal of
Continuing Education in Health Professions, 26,13-24. 2006

HAMMER Michael y Champy james. Reingenieria. Editoriales Norma. Bogota. 2005.

LUENGAS S. Modelo para gestionar la seguridad del paciente en las instituciones
de salud. Centro de Gestión Hospitalaria, Vía Salud N° 43

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1446. En línea. Consultada en febrero de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1474 de 2002. En línea. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201474%20DE%202002.pdf

MINISTERIOS DE PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. La Seguridad del paciente y la Atención Segura. Bogotá: Ministerio de Protección Social de Colombia; 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Oficina europea. Barcelona España. Página 209 a 220. 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Colombia, 28 Junio, 2010. Calidad y Seguridad del paciente. Disponible en <http://new.paho.org/col> Consultado 12 de Octubre de 2014.

OSTERWALDER, A. y Pigneur Y. Generación de modelos de negocio. Barcelona: Centro Libros PAPP, S. L. U. Grupo Planeta.2011.

REASON J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:769.

RESOLUCIÓN 1043 de 2006. En línea. Consultado en febrero 2015. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Normatividad%20Red%20nal%20bancos%20de%20sangre/Resolucion%201043%20de%202006.pdf>

RESOLUCIÓN 1446 de 2006.

ROBERT S. KAPLAN und DAVID P. NORTON. Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I. Accounting Horizons: March 2001, Vol. 15, No. 1, pp. 87-104. 2001.

SALLYTAYLOR-Adams, Charles V. The London protocol. (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London,UK)

SERNA, H. Gerencia Estratégica Bogotá: 3R. 2008. P. 55

VINCENT C. Patient Safety. London: Churchill-Livingstone, 2006

ANEXOS

Anexo A. Cuadro matrix – estándares de mejoramiento JOIN COMISION- SGC. FCV.

ESTÁNDARES JCI VERSION 5															PASO 1: AUTOEVALUACION														
Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga documentos escritos de las políticas o los procedimientos de algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono © después del texto estándar.															ESTÁNDARES ICNTEC RES 123			ASPECTOS CUALITATIVOS						CALIFICACION					
CODIGO	ESTANDAR JCI MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE QPS	CALIFICACION (Cumple, Parcialmente Cumple, No Cumple)	N. Estándar	Estándar	FORTALEZAS			OPORTUNIDADES DE MEJORA			SOPORTES DE LAS FORTALEZAS		ENFOQUE		IMPLEMENTACION		RESULTADOS			TOTAL									
					E. Sistémica	E. Proactivo	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del proceso	Despliegue en la institución	Aprobación por el Comité Asesor y/o Estándar	Participación	Consistencia	Avance de la medida	Tendencia	Compensación															
					MEJORAMIENTO																								
QPS.1	Una persona capacitada guía la implementación del programa mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los pacientes en el hospital. ©	No cumple		Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:	plan de acción de la oficina de calidad y seg. Pcte. PIME en donde se involucran las oportunidades de mejora de diferentes fuentes.			QPS1. actualizar en el perfil subgerente calidad ICF en donde especifique que la misión del cargo es guiar la implementación del programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes			4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3,7								
	EM1. Se selecciona a una persona(s) con experiencia en métodos y procesos de mejora para guiar la implementación del programa de calidad y seguridad de los pacientes del hospital.	Cumple		Criterios: • Tiene un enfoque sistémico. • Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.	QPS1. EM.4 y EM.5, es necesario en la oficina de calidad ICF estructurar un plan de capacitación para reforzar y comunicar en el personal los principales problemas de calidad que se presentan en la institución.			MCC1.2 Consolidar un plan de mejora de la calidad institucional de forma estratégica e incluir oportunidades de mejora productos de referenciancias externas.																					
	EM2. La(s) persona(s) a cargo de la supervisión del programa de calidad seleccionan y apoyan al personal con las capacidades necesarias para el programa de calidad y apoya al personal con las responsabilidades de calidad y seguridad de los pacientes en todo el hospital. (También consulte SOE.1)	Cumple		• Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.	QPS1. EM.4 y EM.5, es necesario en la oficina de calidad ICF estructurar un plan de capacitación para reforzar y comunicar en el personal los principales problemas de calidad que se presentan en la institución.			MCC1.2 Consolidar un plan de mejora de la calidad institucional de forma estratégica e incluir oportunidades de mejora productos de referenciancias externas.																					
	EM3. El programa de calidad apoya y coordina a los líderes de departamento/servicio para las medidas similares a lo largo del hospital y con las prioridades de mejora del hospital. (También consulte GLD.11)	Cumple		• Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes. • Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.	QPS1. EM.4 y EM.5, es necesario en la oficina de calidad ICF estructurar un plan de capacitación para reforzar y comunicar en el personal los principales problemas de calidad que se presentan en la institución.			MCC1.2 Consolidar un plan de mejora de la calidad institucional de forma estratégica e incluir oportunidades de mejora productos de referenciancias externas.																					
	EM4. El programa de calidad implementa un programa de capacitación para todo el personal, que es congruente con las funciones del personal en el programa de calidad y seguridad de los pacientes. (También consulte SOE.14.1, ME.1 y SOE.16.1, ME.1)	parcialmente cumple		• Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.	QPS1. EM.4 y EM.5, es necesario en la oficina de calidad ICF estructurar un plan de capacitación para reforzar y comunicar en el personal los principales problemas de calidad que se presentan en la institución.			MCC1.2 Consolidar un plan de mejora de la calidad institucional de forma estratégica e incluir oportunidades de mejora productos de referenciancias externas.																					
EM5. El programa de calidad es responsable comunicar regularmente a todo el personal los problemas de calidad.	parcialmente cumple		• Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su desarrollo.	QPS1. EM.4 y EM.5, es necesario en la oficina de calidad ICF estructurar un plan de capacitación para reforzar y comunicar en el personal los principales problemas de calidad que se presentan en la institución.			MCC1.2 Consolidar un plan de mejora de la calidad institucional de forma estratégica e incluir oportunidades de mejora productos de referenciancias externas.																						
				La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:	MCC2. Las oportunidades de mejora en el PIME no son priorizadas por su impacto en enfoque al usuario y riesgo, con el fin de identificar cuáles son las oportunidades de mejora a trabajar prioritariamente						4	3	4	4	4	3	3	3	3	3,4									
				Criterios: • Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo. • Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación. • Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo. • Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios. • Son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.	MCC2. Las oportunidades de mejora en el PIME no son priorizadas por su impacto en enfoque al usuario y riesgo, con el fin de identificar cuáles son las oportunidades de mejora a trabajar prioritariamente																								
				Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.	se cuenta con la revisión anual por la dirección del SGC. Informe de gestión trimestral. Comité de Calidad. Comité de Gerencia.			Retroalimentar de forma periódica y sistemática a los servicios los resultados de monitorización de la calidad y mejora continua de la institución. (cumplimiento de indicadores, mejora continua ACPM)																					
				Criterios: • Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo. • Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. • Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.																									
				• Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros. • Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones. • Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo.																									
				156 MCC3							4	4	4	3	3	3	3	3	3										

Anexo B. Estándares y criterios de acuerdo a Res 2003 - 2014.

ESTANDARES Y CRITERIOS DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 2003 de mayo 30 de 2014.						
TODOS LOS SERVICIOS Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones	
Talento Humano	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.	x				
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	x				
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.	x				
	Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.	x				
	Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.	x				
	Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, cuentan con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.				x	
	Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, por ejemplo en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación.	x				
	La realización de sedación profunda grado III (Cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos), cuenta con profesional con certificado de formación en: Soporte vital avanzado. Monitoría de EKG. Métodos avanzados en manejo de vía aérea. Sedación. Lectura e interpretación electrocardiográfica.	x				anestesiólogos
	Si realiza sedación grado IV, cuenta con anestesiólogo.	x				
	Una vez termine el procedimiento los pacientes deberán ser vigilados por enfermera o auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del profesional que realizó el procedimiento quien es el responsable del mismo.	x				
Para sedación en odontología con óxido nítrico, el odontólogo, debe contar con certificado de formación para el uso clínico y práctico de este gas.				x		
El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo, debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación				x		
Cuenta con anestesiólogo cuando la atención se trate de pacientes con características particulares; como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.	x					

Anexo C. Encuesta semi estructurada seguridad del paciente FCV.

LISTA DE CHEQUEO MODELO DE GESTION SEGURIDAD DEL PACIENTE					
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA - FCV.					
Fecha:					
Dependencia o Area					
Género:	Femenino		Masculino		
Cargo que ocupa					
Este instrumento hace parte de la investigación "CARACTERIZACIÓN Y FORMULACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA FCV-ICF"					
ITEM	CRITERIO A EVALUAR	FRECUENCIAS			OBSERVACIONES
		EN PROCESO	SI	NO	
1	Existe una persona capacitada que sirva como guía en la implementación del programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes y maneja las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y la seguridad de los pacientes en el hospital.				
2	Existe un proceso de calidad enfocado al seguimiento y control de un modelo de seguridad del paciente en la FCV.				
3	Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)				
4	Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad				
5	Se establece la prioridad en la institución sobre la seguridad del paciente.				
6	Se promueve un entorno no punitivo en cuanto a la seguridad del paciente.				
7	Existe una cultura de seguridad del paciente en la FCV				
8	La(s) persona(s) a cargo de la supervisión del programa de calidad seleccionan y apoyan al personal con las responsabilidades de calidad y seguridad de los pacientes en toda la FCV.				
9	Cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos				
10	Todo el personal de la FCV conoce el proceso para reportes eventos en cuanto a la seguridad del paciente				
11	Existe una plataforma que recopile la información de los reportes de eventos adversos				
12	Existe la comunicación de indicadores de seguimiento de los reportes de eventos adversos - Boletines.				
13	Se motiva a realizar reportes por parte de la institución buscando con ello optimizar los procesos				

14	Existe oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoría y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.				
15	Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes y/o articulación con los comités de calidad, farmacia y procedimientos asistenciales, en los cuales se realiza análisis de causa de fallas en la atención en salud, cuyas acciones y decisiones reposan en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS.				
16	El programa de calidad y seguridad de los pacientes da seguimiento al avance en la recolección de datos de medición planificada para las prioridades seleccionadas				
17	Se realizan capacitaciones constantes con aspectos relevantes para la seguridad del paciente desde los cargos asignados a cada personal				
18	Las herramientas y técnicas estadísticas se usan en el proceso de análisis cuando es adecuado.				
19	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación				
20	Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados				
21	Existe un control en los tiempos de espera de la prestación de servicios relacionados con la seguridad del paciente.				
22	La Fundación evalúa periódicamente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia				
23	Existe el manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la fundación y actualizado con la periodicidad que defina la institución.				
24	Existen auditorías centradas en los procedimientos que garanticen la seguridad del paciente				
25	Existe Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación).				