

PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTANDARES DE
AMBIENTE FISICO DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD
RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA IPS ALIANZA
DIAGNÓSTICA S.A.

MABEL MARGOTH REYES PULIDO
ANDREA CATALINA SUÁREZ MOLANO

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICO MECANICAS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD
BUCARAMANGA

2013

PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTANDARES DE
AMBIENTE FISICO DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD
RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA IPS ALIANZA
DIAGNÓSTICA S.A.

MABEL MARGOTH REYES PULIDO
ANDREA CATALINA SUÁREZ MOLANO

MONOGRAFÍA PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GERENCIA
INTEGRAL DE LA CALIDAD.

DIRECTOR: DR. JAIME HERNAN RODRIGUEZ MORENO
MÉDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICO MECANICAS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD
BUCARAMANGA

2013

DEDICATORIA

ANDREA:

Dedico este trabajo a mis padres, Hernando y Elena, a mi esposo Jaime, a mi hijo Diego Alejandro quienes siempre me apoyaron de manera incondicional para alcanzar este título.

MABEL:

Dedico el fruto de este esfuerzo a Dios y sus ángeles, a mi familia especialmente Tías, Mabel y Margoth, quienes siempre me han apoyado en todo sentido, a mis hermanos, Luis y Diana por su apoyo emocional.

AGRADECIMIENTOS

ANDREA:

A Dios por darme el don de vida

A mis padres por sus palabras de aliento cuando desfallecía.

A mi esposo e hijo por su apoyo, tolerancia, comprensión con las largas jornadas de estudio.

A mi compañera de estudio Mabel, quien fue incondicional durante el desarrollo de este proyecto, quien me dio soporte para la toma de decisiones y desarrolló metodologías apropiadas a este proyecto.

A nuestro Director Dr. Jaime Rodríguez, por sus valiosos aportes, por el acompañamiento continuo y respaldo en el desarrollo de este proyecto.

A la IPS Alianza Diagnostica por permitirme ser parte de la organización y tomarla como objeto en este proyecto.

A todos aquellos que indirectamente fueron partícipes de este triunfo.

MABEL:

A Dios por las bendiciones y milagros que nos brinda a diario.

A mi familia, amigos(as), compañeros(as) de estudio por sus palabras de ánimo y apoyo.

A todos los Docentes de la Especialización, que nos brindaron con toda la disposición y alegría sus valiosos conocimientos, que se ven reflejados en los resultados obtenidos y nuestra realización personal y profesional.

A nuestro Director por sus aportes y disponibilidad 24 horas, en el desarrollo de este trabajo.

A mi compañera Andrea por su infinita paciencia, por tener mente abierta para crear y materializar las ideas, por tener las puertas abiertas de su hogar para nuestras noches de insomnio y de inspiración, que afortunadamente estuvieron acompañadas de tolerancia y una afinidad casi telepática que nos permitió conformar un excelente equipo de trabajo.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	18
1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	21
2. JUSTIFICACIÓN.....	23
3. OBJETIVOS.....	25
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	25
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4. MARCO DE REFERENCIA.....	26
4.1. MARCO TEÓRICO	26
4.2. MARCO DE ANTECEDENTES.....	31
4.3. MARCO CONCEPTUAL	36
4.3.1. Definiciones Relacionadas Con La Seguridad Del Paciente.....	36
4.3.2. Definiciones Relacionadas con Ambiente Físico.	38
4.3.3. Definiciones Relacionadas del Sistema Único de Habilitación Resolución 1441 de 2013.....	40
5. METODOLOGIA.....	44
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	44
5.1.1Tipos de Investigación Descriptiva.....	45
5.1.1.1. Estudios Tipo Encuesta.	45
5.1.1.2. Estudios de Interrelaciones.....	46
5.1.1.3 Estudio de Casos.....	46
5.1.1.4 Estudios Causales Comparativos.	47
5.1.1.5 Estudios de Correlación.....	48
5.1.2. Estudios de Desarrollo	49
6. DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL PROYECTO.....	52
6.1. FASE DIAGNÓSTICA. - DIAGNÓSTICO INTERNO Y EXTERNO DE LA ORGANIZACIÓN	52
6.1.1. Identificación de la Empresa	52

6.1.2. Identificación del Contexto Externo.....	52
6.2. DEFINIR ALCANCE DE LOS ESTÁNDARES.	66
6.3. IDENTIFICACION DE LOS PROCESOS RELACIONADOS CON AMBIENTE FÍSICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.	70
6.4. ESTABLECER MÉTODO DE DIAGNOSTICO PARA LA GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO SEGÚN ESTÁNDARES DEL SUA QUE SE RELACIONAN CON SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	72
6.4.1. Aplicación de Guía para la Evaluación de los Estándares según Criterios del SUA para el Ambiente Físico Relacionado con la Seguridad del Paciente.....	72
6.4.2. Modelo diagnóstico para la evaluación del cumplimiento legal y normativo en salud y estándares del sua	77
6.4.3. Normograma Propuesto para la Evaluación Seguimiento, Control y Mejoramiento del Cumplimiento legal en Salud y de los Estándares de Ambiente Físico y Seguridad del Paciente en Acreditación en Salud para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.	78
6.4.4. Modelo Propuesto para el Análisis de vulnerabilidad y Panorama de Riesgos del Ambiente Físico para la IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.....	83
6.4.5. Matriz Propuesta de Peligros y Riesgos del Ambiente Físico para la IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.....	91
6.5. ESTRUCTURAR PLAN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO PARA LA GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	96
6.5.1 Desarrollo de Técnicas de Sensibilización y Formación del Personal Involucrado en los Procesos de Ambiente Físico.	96
6.5.2 Modelo de Planeación Estratégica, Implementación, Medición Mejoramiento de las Directrices Organizacionales en integración con las del SUA, respecto al Ambiente Físico relacionado con la Seguridad Del Paciente: Cuadro De Mando Integral Balanced Scorecard Modificado.	98
6.6 MODELO PROPUESTO DE CONTROL DE AMBIENTE FISICO PARA LA IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.....	109

6.7. MODELO DE PLAN DE MEJORAMIENTO SEGÚN FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LOS ESTANDARES DE ESTUDIO	119
CONCLUSIONES.....	125
BIBLIOGRAFIA.....	128
ANEXOS.....	130

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Identificación y Selección de Estándares de Ambiente Físico Relacionados con la Seguridad del Paciente según el SUA.	67
Tabla 2.	Caracterización Del Proceso De Ambiente Físico Relacionado Con La Seguridad Del Paciente Según Los Estándares Del SUA.	71
Tabla 3.	Método Diagnostico para la Gestión del Ambiente Físico Según Estándares de la Guía establecida por el SUA, que se relacionan con Seguridad del Paciente.	73
Tabla 4.	Valoración, Clasificación, Definición, medición cuantitativa y cualitativa de acuerdo a Criterios definidos para las Variables de los Riesgos de ambiente Físico relacionados con la Seguridad del Paciente en el Programa Microsoft Excel.	85
Tabla 5.	Tabla de Evaluación Cuantitativa de acuerdo a criterios definidos para los Riesgos identificados en el Ambiente Físico relacionado con la Seguridad del Paciente en el Programa Microsoft Excel.	89
Tabla 6.	Valoración Cuantitativa de los Riesgos identificados por Áreas frente a las variables del el Ambiente Físico relacionado con la Seguridad del Paciente en el Programa Microsoft Excel.	90
Tabla 7.	Escala de Valoración del Nivel de Riesgo del Ambiente Físico relacionado con la Seguridad del Paciente en el Programa Microsoft Excel.	92
Tabla 8.	Matriz de Peligros y Evaluación de los Riesgos del Ambiente Físico relacionado con la Seguridad del Paciente en el Programa Microsoft Excel.	93
Tabla 9.	Balanced Scored card para el Proceso de Ambiente Físico relacionado con la Seguridad del Paciente desde la Directrices organizacionales y del SUA.	102
Tabla 10.	Construcción de Objetivos Estratégicos.	103

Tabla 11.	Despliegue de Objetivos en Procesos	104
Tabla 12.	Plan de Medición de los Objetivos de Gestión del AF Relacionado con SP	105
Tabla 13.	Alineación General y Plan de Acción para Iniciativas Estratégicas de Mejoramiento	107
Tabla 14.	Modelo matemático para calcular el Índice de Seguridad de la Infraestructura Física en la IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA	113
Tabla 15.	Programa Propuesto de Mejoramiento Continuo para Líderes de Proceso en programa Microsoft Excel.	121
Tabla 16.	Propuesta Kaizen Para La Participación Activa De Las Personas De La Organización Para El Mejoramiento Continúo	123

LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1. Representación Gráfica tipo Radar de los resultados obtenidos en la aplicación del Método Diagnostico para la Gestión del Ambiente Físico según Estándares de la Guía Establecida por el SUA, que se relacionan con la Seguridad del Paciente.....	76
---	----

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1.	Fotografía Sede Principal ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.	59
Imagen 2.	Fotografía Sede CEI ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.	60
Imagen 3.	Fotografía Sede B. ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.	61
Imagen 4.	Imagen de Pantalla de la Herramienta de Normograma de Gestión de Ambiente Físico para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja 1 en el Programa Microsoft Excel.	78
Imagen 5.	Imagen de Pantalla de la Herramienta de Normograma de Gestión de Ambiente Físico para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja 1 en el Programa Microsoft Excel.	79
Imagen 6.	Imagen de Pantalla de la Herramienta de Normograma de Gestión de Ambiente Físico para ALANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja 2 en el Programa Microsoft Excel.	80
Imagen 7.	Imagen de Pantalla de la Herramienta de Normograma de Gestión de Ambiente Físico para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja 1 en el Programa Microsoft Excel.	81
Imagen 8.	Imagen de Pantalla de la Herramienta de Normograma de Gestión de Ambiente Físico para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja Plan de Mejoramiento en el Programa Microsoft Excel.	82
Imagen 9.	Herramienta Modelo de Análisis de Vulnerabilidad y Panorama de Riesgos de Ambiente Físico en Interacción con los Riesgos de Seguridad del Paciente para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja 1 en el Programa Microsoft Excel.	84

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. PLANOS.	130
ANEXO B. MAPA DE PROCESOS.....	138
ANEXO C. ORGANIGRAMA.....	139
ANEXO D. PROGRAMA DE AMBIENTE FISICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.	140
ANEXO E. PROPUESTA DE POLITICAS PARA LA IPS ALIANZA DIAGNOSTICA.	157
ANEXO F. PLAN DE CONTINGENCIA.	157
ANEXO G. INSTRUCCIONALES MODELO PEDAGOGICO.....	171
ANEXO H. FLUJOGRAMA DE PLANIFICACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES	180

RESUMEN

TITULO: PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.*

AUTORES:

REYES Pulido Mabel Margoth

SUÁREZ Molano Andrea Catalina **

Esta monografía corresponde a definir una Propuesta para la Implementación de los Estándares de Ambiente Físico del SUA relacionados con la Seguridad del Paciente para la IPS Alianza Diagnóstica S.A , se implementaron herramientas referenciadas y adaptadas de sistemas de gestión, comenzando con el establecimiento del contexto interno y externo de la organización. El éxito está en su capital humano, por lo que se proponen técnicas de sensibilización adoptadas de Instruccionales del Ministerio de Protección Social como estrategia de formación y sensibilización. Se realiza fase diagnóstica donde el primer método es una lista de la guía de valoración propuesta por el SUA, que servirá como inicio, seguimiento y valoración final de cumplimiento de cada criterio, sin embargo, para que el diagnóstico sea completo y multifocal se plantean métodos de análisis del riesgo de eventos como análisis de Vulnerabilidad, análisis de Peligros y Riesgos, analizado desde las 5M's, los estándares, criterios del SUA y los criterios de valoración y control del riesgo.

Para el cumplimiento de requisitos legales y normativos aplicables, se diseñó una herramienta, que valora el cumplimiento por los procesos de la organización, vinculado las paginas gubernamentales para su verificación y actualización.

Para la planificación de la Mejora, se presentan elementos como el análisis de causa y efecto y la alineación general del BSC con su plan de acción para el cumplimiento de iniciativas estratégicas, estos modelos están dirigidos a Líderes, Coordinadores y Gerentes, pero también quisimos adherirnos a una filosofía que permite romper resistencias al cambio y generar compromiso, conciencia en el personal de la organización, referimos a la estrategia de mejoramiento continuo Kaizen, que fue adaptado al proceso objeto y diseñado para el operario que son la esencia que pueden asegurar la sostenibilidad, el verdadero éxito de este esfuerzo de gestión de negocio, gestión integral de excelencia.

* Proyecto de Grado

** Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Especialización en Gerencia Integral de la Calidad. Jaime Hernán Rodríguez Moreno. Director

ABSTRACT

TITLE: PROPOSAL TO IMPLEMENT STANDARDS PHYSICAL ENVIRONMENT UNIQUE SYSTEM ACCREDITATION IN HEALTH RELATED PATIENT SAFETY IPS ALIANZA DIAGNOSTICA S. A.

AUTHORS:

REYES Pulido Mabel Margoth
SUÁREZ Molano Andrea Catalina **

In a descriptive method investigation thorough diagnosis is the pillar to define a proposal for the implementation of the standards of physical environment of the unique system of accreditation in health related to the safety of the patient for the “*IPS Alianza Diagnóstica S.A*”, to reach the real knowledge of this company, beginning with the establishment of the internal and external organization context. It proposed sensitization techniques adopted of “*instruccionales*” for that purpose, of the “*Ministerio de Proteccion Social*” as a strategy of training and sensitization of the people in the organization.

Subsequently, the diagnostic phase where the first method should be a list of the same guide to assessment proposed by the “*SUA*”, follow-up and final assessment of compliance with each criterion of every standard of defined scope. However, so the diagnosis is complete and multifocal arise events risk analysis methods such as vulnerability analysis and the analysis of hazards and risks, for purposes of the needs of the theme were modified and custom to be sensitive to risks, hazards and the vulnerability in the physical environment of the company seen analyzed from the “*5M's*”, standards, criteria of “*SUA*” and the criteria for assessment and risk control addressed in this specialization.

To know and comply with legal and regulatory requirements applicable and signed is a should be of any organization, so we designed a tool, which goes beyond being a saturated data “*normograma*” laws and regulations.

For improvement, there are elements such as cause and effect analysis and BSC with plan of action, these models are aimed at leaders and managers, but also wanted to adhere to a philosophy that allows to break resistance to change, refer to the Kaizen strategy, which was designed for operators that can ensure sustainability, the success of this effort business excellence management.

* Graduation Project

** Industrial University of Santander. Faculty of Physical Engineering Mechanics. Specialization in Integrated Quality Management. Jaime Hernan Rodriguez Moreno.

INTRODUCCIÓN

En ALIANZA DIAGNOSTICA S.A. se definió como objetivo estratégico seguir la ruta de la acreditación con enfoque inicial en la seguridad y la calidad de la atención, que luego de una evaluación a través de los estándares y criterios del SUA, considerando la particularidad acerca de su infraestructura, con sedes en alquiler y el proceso de mantenimiento a cargo de terceros, ambos aspectos sin controles establecidos y que generan riesgos sobre la atención y la seguridad en los usuarios de sus clientes.

Para esto, se ha realizado la planeación objeto de este trabajo en el estándar de ambiente físico relacionado con la seguridad del paciente, permitiendo dar respuesta al actual momento de cambio en los requisitos de habilitación y la adopción estratégica del SUA para la organización, abarcando el cumplimiento legal requerido, como también, el enfoque hacia la excelencia en la calidad de sus servicios.

Cuando iniciamos la Especialización teníamos una gran cantidad de expectativas como intenciones de aprender al máximo y afianzar lo ya conocido, y en un grupo tan heterogéneo estaba garantizado dicho aprendizaje tanto en conocimientos como en experiencias

Desde el principio del ciclo académico se dio inicio a esta monografía, lo que constituyó una adecuada planeación académica para nosotras, ya que a medida que los temas y las clases transcurrían, se enriquecía este documento con elementos útiles para su construcción.

Cada docente con esfuerzo, dedicación y vocación, nos aportaba la mayor cantidad de conocimiento y experiencia en lo que son expertos, sin embargo, y sin

conocerlo, eran maestros y asesores indirectos de monografía, ya que nuestra meta principal era aplicar todo lo aprendido en su mayoría.

Vivimos nuestro propio “proceso”, el proceso académico de descubrirnos y convertirnos en grandes Gerentes de Calidad, con la capacidad y habilidad de asumir retos, construyendo soluciones efectivas en gestión a cualquier situación empresarial que se presente, reflejado aquí en la planeación de la gestión del Ambiente Físico de Alianza Diagnóstica S.A.

En este documento elaborado con amor, responsabilidad y compromiso, se encontrará una metodología de gestión adaptada de grandes modelos a la situación particular del Ambiente Físico relacionada con la Seguridad del Paciente para el Sistema Único de Acreditación en Salud de Alianza Diagnóstica, con el potencial de poderse desarrollar para cualquier tema o proceso, de ésta o cualquier organización.

Así mismo, se verá reflejada la tendencia actual de gestión, dirigida hacia el enfoque integral, al control de riesgo y la cultura preventiva, como también el mejoramiento continuo, para todas las personas de la organización, en las que deseamos imprimir interés en el cambio positivo.

Nuestro aporte como Gerentes de Calidad en este trabajo de grado, está en el rediseño modelos conocidos a la necesidad específica que se nos presenta, así como diseño inédito de herramientas propias, para implementar innovación en el desarrollo de procesos.

Cada elemento, herramienta y el documento en general están pensados y organizados bajo el ciclo PHVA, para garantizar que se inicie con una planeación que conlleve siempre al mejoramiento continuo e integral.

En general, en este documento presentamos una metodología efectiva para abordar un problema, desde un exhaustivo diagnóstico e identificación, siguiendo con la planificación de la planeación, implementación, control y mejoramiento del Ambiente Físico de la empresa para todas las personas de sus diferentes niveles jerárquicos y todas las demás interesadas.

Dar soluciones eficaces y proactivas en forma creativa y específica con aprovechamiento de recursos, es nuestra razón de ser, con satisfacción y orgullo lo invitamos a conocer este proyecto

1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.

Alianza diagnóstica S.A es una IPS que ofrece servicios tanto de apoyo diagnóstico en imagenología y laboratorio clínico, como asistenciales ambulatorios de odontología general y especializada. Cuenta con cuatro sedes a nivel regional, las cuales son prioridad dentro del objetivo estratégico del proceso de acreditación en salud, ya que, según la autoevaluación aplicada al inicio de este proceso se identificó el ambiente físico como el área con mayor debilidad y amenaza al ciclo crítico de la acreditación, dado que la empresa no cuenta con proceso de mantenimiento y adecuación de instalaciones, sino que terceriza tal actividad sin control estructurado.

La no implementación de un ambiente físico adecuado según los estándares del Sistema Único de Acreditación (SUA) no sólo afecta la calificación sino que también es causal de incidentes, eventos y quejas por parte de los clientes y usuarios, estando correlacionado directamente con la seguridad del paciente, que es estandarte y prioridad para la organización y para el proceso de acreditación que inician.

Dentro del marco de seguridad del paciente bajo los criterios del ambiente físico, es importante identificar los riesgos y la materialización de eventos que deterioren la integridad física del paciente/usuario, para disminuir al máximo posible la morbilidad e incluso mortalidad asociada a la prestación de los servicios de la IPS, que no sólo puede ser deletéreo para los usuarios sino también para la imagen corporativa en el sector.

Un ambiente físico inadecuado define un incumplimiento de los requisitos contractuales definidos en los contratos y convenios, generando pérdida de clientes, disminución en la fidelización de éstos, posibles demandas y denuncias

ante entes de verificación gubernamentales, que podrían conllevar a sanciones y hasta cierre de la institución, en caso de ser un ambiente inseguro para la vida de usuarios y colaboradores.

Es así como Alianza Diagnostica S.A. al definir el proceso de acreditación en salud como objetivo estratégico, para alcanzar sus metas en cuanto a competitividad y reconocimiento a nivel regional, direcciona sus recursos hacia la definición de una metodología de evaluación, análisis y control de los estándares de ambiente físico del sistema de acreditación para garantizar la seguridad del paciente, desde su ingreso hasta el egreso, evidenciando así cumplimiento en las variables definidas en su política organizacional.

Este proyecto pretende ofrecer una propuesta pertinente a la problemática expuesta, siguiendo una metodología de evaluación e implementación de los estándares de ambiente físico que afecten la seguridad de usuarios, colaboradores y personas, entregando la planeación necesaria para la ejecución, control y mejora eficaz del proceso, contribuyendo al logro de objetivos estratégicos y los requeridos por el SUA.

2. JUSTIFICACIÓN

Para muchas de las IPS adherirse al sistema de evaluación de la calidad de la atención en salud es su estrategia más efectiva para promover el mejoramiento continuo y su competitividad en el mercado del sector de la salud a nivel nacional e internacional, para asegurarse de captar clientes y usuarios hacia sus diferentes servicios, sin embargo, dicha estrategia trae consigo requisitos de obligatoriedad como la seguridad del paciente, las instalaciones y los recursos definidos para ambiente físico, la humanización del servicio, entre otros.

El Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA) proporciona un proceso voluntario de autoevaluación interna y externa de los procesos y resultados que garantizan la mejora de la calidad en la atención del cliente y/o usuario de una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos, retadores pero alcanzables, cumpliendo con los temas críticos de calidad definidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia (SOGCS).

La planificación y la implementación de los estándares del SUA son en concepto factibles y alcanzables para Alianza Diagnóstica S.A., sin embargo, para la IPS disponer de recursos para tal fin, implica un esfuerzo económico en adecuaciones de infraestructura, cambio de enfoque hacia el control riesgo, desarrollo de habilidades en el personal y promoción de la responsabilidad conjunta de las partes interesadas; requiriendo la identificación y documentación de estrategias eficaces y eficientes para cumplir a cabalidad con los requisitos de cada uno de los estándares de ambiente físico relacionados con la seguridad del paciente, logrando garantizar que Alianza Diagnóstica S.A. sea una IPS con un ambiente físico seguro para sus pacientes/usuarios, abarcando y beneficiando de alguna manera a las personas de la organización..

Desde el punto de vista de Gerentes Integrales de Calidad, este proyecto quiere proponer estrategias efectivas a la IPS objeto, aumentando capacidad de autoevaluarse responsable y conscientemente, generando cultura de medición, creando oportunidades de mejora, para convertirlo en continua adaptación al cambio hacia la madurez y sostenibilidad de la organización, gracias al cumplimiento de estándares de ambiente físico relacionados con la seguridad del paciente como elemento diferenciador y enfoque hacia la excelencia.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Definir una metodología para la implementación de los estándares de ambiente físico del sistema único de acreditación en salud relacionado con la seguridad del paciente en la IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Formular la metodología para el registro, evaluación, seguimiento control y análisis de los eventos potenciales y/o que se lleguen a materializar por causas relacionadas con ambiente físico.
- Identificar los riesgos de ambiente físico de la IPS Alianza Diagnostica S.A. que afectan directa o indirectamente la seguridad del paciente en la prestación del servicio.
- Elaborar listas de chequeo de cumplimiento de los estándares de ambiente físico para garantizarla seguridad del paciente.
- Definir estrategias que aseguren el seguimiento y control de la implementación de los estándares de ambiente físico en los procesos misionales de la prestación del servicio en la IPS objeto.
- Elaborar modelo de plan de mejoramiento continuo de espacios físicos para mitigar o eliminar los riesgos de seguridad del paciente en el proceso de prestación del servicio.

4. MARCO DE REFERENCIA.

4.1. MARCO TEÓRICO

Mejorar la seguridad de la atención en salud es una meta requisito en este momento coyuntural en que la reforma al Sistema Único de Habilitación (SUH) incluye como eje principal y obligatorio a la seguridad del paciente, alineándose a la tendencia mundial. Por lo que las IPS deben responder a este requisito reglamentario transformando su direccionamiento hacia un ítem que se consideraba de excelencia al mínimo aceptable para el ofrecimiento de su servicio. Aunque la seguridad del paciente es un tema único y estándar, las expectativas y desafíos varían entre las IPS dependiendo de sus contextos internos y externos, desde esta base y teniendo clara la perspectiva se plantean las mejoras, proporcionando soluciones eficaces a través de estrategias como la formación, acreditación, implementación de modelos de excelencia y demás herramientas de gestión que sean útiles para un contexto en particular.

Estos requerimientos con evolución de voluntariedad a obligatoriedad han generado cambios de enfoque importantes en los líderes de atención en salud, en la mejora de la capacidad de sus procesos, en el desempeño organizacional y en la competitividad del sector, generando así, la tendencia y necesidad de cumplir con los más altos estándares de acreditación en salud.

Con una adecuada evaluación y diagnóstico, se pueden detectar todos los riesgos, eventos y fallas que pueden generar desviaciones a las directrices y metas estratégicas, teniendo como norte una intencionalidad más preventiva que correctiva, o más proactiva que reactiva, en la solución de problemas en el ambiente físico que afecten o puedan afectar la seguridad del paciente.

Este trabajo es multireferencial y altamente enriquecido por estrategias, métodos y herramientas de diversas fuentes, para la gestión eficaz del tema central de interés, logrando captar y definir con mayor precisión las necesidades y problemas del contexto particular de la empresa escogida, pero que a su vez genera una metodología útil para la dirección y control de cualquier proceso, estándar, tema o problema que se presente en una organización permitiendo su estandarización en la implementación.

Entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Joint Commission International (JCI), son los organismos internacionales que se tomaron como referentes de tendencias y recomendaciones en lo que a salud y seguridad del paciente se define, ya que es innegable y ampliamente conocido su liderazgo en educación, guía, prevención, establecimiento de directrices generales y soluciones proactivas para la mejora en la atención en salud basándose en praxis, investigación y las mejores prácticas a nivel mundial.

Cada año innecesariamente se producen errores prevenibles que afectan a millones de pacientes en todo el mundo. Los errores que se producen en la atención de la salud constituyen un grave problema tanto en las naciones en vías de desarrollo como en las que son más avanzadas en materia prestación de servicios de salud. De hecho, 1 de cada 10 pacientes en todo el mundo se ve perjudicado por errores. (1).

Trasladando esa estadística a ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A., si el 10% de sus usuarios pudiera ser afectado, conociendo que en promedio mensual atiende treinta mil usuarios (30.000), significa que tres mil pacientes participarían en un evento adverso, y al relacionarse dentro de esta probabilidad el ambiente físico, invariablemente se reporten o no, podrían ser víctimas de accidentes o incidentes dentro de la infraestructura y el entorno de la empresa.

Las Soluciones propuestas de la OMS para la Seguridad del Paciente trata los siguientes temas: -Medicamentos con nombres que se ven o suenan parecidos, - Identificación de pacientes, -Comunicación durante transferencias de pacientes, - Realización de la cirugía correcta en el lugar correcto y en la persona correcta, - Control de soluciones electrolíticas concentradas, -Exactitud de los medicamentos en transiciones de la atención, -Prevención para que no se realicen malas conexiones de catéteres y tubos, -Utilización de material descartable para inyecciones, y una -Mejor higiene de manos para prevenir infecciones relacionadas con la atención de la salud.(1).

Diferentes investigaciones y el día a día del sector salud demuestran que los pacientes sufren daños todos los días, en todos los países del mundo desarrollados y en vía de desarrollo, en cualquier fase y lugar de la obtención del servicio de salud. Lo primero que se debe hacer es reconocer esta perturbadora realidad, rechazar la noción de que el statu quo es aceptable, y tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura..¹

Las leyes sanitarias y gubernamentales ofrecen controles, herramientas y apoyo continuo para el trabajo conjunto de ofrecer Salud a la población en general, buscando soluciones constructivas y eficaces, tales como toma de conciencia, trabajo en equipo, comunicación asertiva, diseño de servicios y reformas a nivel legislativo, gubernamental, empresarial y comunitario para el control de todo tipo de condiciones inseguras para los usuarios y personas relacionadas con la prestación del servicio de salud, lo que incluye formación en cascada desde las instituciones públicas y privadas hasta llegar a los pacientes y sus familias, buscando mayor competencia y compromiso en la protección de su integridad y estado de salud, basados en evidencia científica y lecciones aprendidas a nivel local, regional, nacional e internacional.

¹ Organización Panamericana de la Salud OPS. <http://www.paho.org/col/>

Los incidentes que pueden o no causar daño al paciente pueden tener diversos orígenes:

1. El político: dado por el apoyo legislativo, financiero, formativo, disciplinario, diseño de sistemas de atención, etc.
2. Sistemas de Atención: que consiste en las Entidades, procesos y estructuras en los que se genera el servicio.
3. La prestación del servicio: que sucede cuando se interrelacionan el personal asistencial con los usuarios.

En este trabajo nos enfocaremos en Estructuras y procesos, respondiendo a la problemática del ambiente físico que rodea a los pacientes y las personas involucradas en la prestación del servicio en cualquier fase de dicha atención ya sea administrativa o asistencial; por lo que este proyecto se enfocará en el diseño y planeación del proceso con enfoque preventivo al promover una relación con el entorno segura, minimizando riesgos y mitigando impactos, tanto potenciales como reales dentro del contexto de Alianza Diagnostica S.A.

A nivel Colombia el servicio de salud está regulado por la ley 100 de 1993, el decreto 1011 de 2006 donde se define y regula el SOGCSSGSSS, que contiene cuatro componentes de los cuales dos son de nuestro particular interés: El sistema Único de Habilitación por su reciente modificación (Resolución 1441 de 2013) adicionando nuevos requerimientos mínimos a cumplir antes de continuar con el ciclo de la acreditación, como son la seguridad del paciente, procesos prioritarios y nuevas exigencias en adecuaciones y modificaciones de la infraestructura.

El otro componente pilar y razón de ser de este proyecto es el Sistema Único de acreditación (SUA) que ofrece la posibilidad de generar excelencia y madurez en la prestación del servicio de salud.

A nivel normativo colombiano, se cuenta como principal ente de referencia a ICONTEC, que además de ser la entidad certificadora para la acreditación designada por resolución 123 de 2102 del Ministerio de Protección, también pone a disposición una serie de normas ISO y NTC según las necesidades y requerimientos de un sector u organización en específico, que como se descubrirá en el desarrollo de esta guía, fueron implementadas como modelos de referencia, recomendaciones y estrategias de gestión extractadas de: ISO 9001:2005, ISO 14001:2004, NTC OHSAS 18001:2007, NTC-ISO 31000:2011, GTC 45, GTC 104, principalmente, y modelos de gestión estudiados en la Especialización de Gerencia Integral de la Calidad como: El Cuadro de Mando Integral o Balanced Scorecard, Modelo de Análisis de Riesgos (análisis de vulnerabilidad), Diagrama Causa-Efecto, Normograma, 5M's, y Modelos de implementación de Mejora a nivel de líderes y personas como la filosofía Kaizen, teniendo como norte la directriz estratégica de Alianza Diagnóstica para afrontar sus nuevos retos de Habilitación y acreditación con el sentido visionario y expansionista de alta competitividad en el mercado regional hasta llegar a niveles nacionales en el sector.

Para el logro de tal fin, se realizó una investigación de aspectos legales, normativos, tendencias nacionales e internacionales, y modelos de gestión con enfoque integral, que dieran un cumplimiento de alto nivel a los requisitos del Estándar objeto de este estudio, para la lograr la mayor cobertura organizacional para el proceso que nos compete, para así, ofrecer una metodología completa, estructurada, multireferencial, adaptada a la particularidad, pero a su vez adaptable a otros procesos y estándares del SUA.

Por lo que se invirtió la mayor cantidad de herramientas y tiempo al adecuado diagnóstico del contexto interno y externo, siendo el conocimiento profundo de la empresa la base para generar soluciones útiles y estratégicas a la organización;

se indagó desde su fundación hasta la actualidad su estructura, cultura, misión, visión, estrategia de negocio, infraestructura, procesos, etc.

Cada elemento y herramienta que constituyen esta guía metodológica cuenta con su descripción específica a través del desarrollo del trabajo.

4.2. MARCO DE ANTECEDENTES

A lo largo del siglo XX, durante la evolución del control de la calidad en salud, se empezaron a detectar las desviaciones comunes en la atención asistencial asociada al aumento de costos por errores en la seguridad de la atención, lo que influyó al sector salud a reevaluar sus controles y estandarizar sus procesos, como lo hacen las empresas de manufacturas y así minimizar los daños, basándose en estándares que garantizaran calidad en salud.

Las organizaciones de salud ante su necesidad de competitividad volcaron sus esfuerzos al proceso de Mejoramiento Continuo desde un Sistema de Acreditación, trascendiendo de un enfoque de inspección al de la mejora, incorporando los conceptos de estructura, procesos y resultados en salud, soportados por legislación y exigencias de partes interesadas.

En Udine, Italia (1985) se realizó el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua). Desde entonces se estableció la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia, como una sociedad sin ánimo de lucro dirigida por miembros de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico.²

La Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQua) es una organización sin ánimo de lucro e independiente cuya misión es mejorar la calidad

² International Society for Quality in Health Care (ISQua): <http://www.isqua.org/>

y la seguridad de la atención de la salud a nivel mundial. El Programa Internacional de Acreditación de la ISQua (IAP, por sus siglas en inglés) es el único programa que "acredita a los acreditadores" y le da reconocimiento a nivel mundial a las organizaciones acreditadas que alcanzan los estándares internacionales aprobados. Por lo que cabe resaltar que en Colombia el ICONTEC es la entidad acreditada por el ISQua para ser nuestro acreditador nacional en salud.³

Hoy en día, la gran mayoría de los países en todo el mundo han creado sus propios mecanismos de acreditación, para seguir la línea de las investigaciones y acciones encaminadas a pensar en la salud como un proceso lógico de mejora continua.

En cuanto a nivel nacional, el momento de la historia que determinó un cambio de visión sobre aspectos como la salud pública, fue la aprobación de la constitución nacional en 1991, donde se identifica la seguridad social como servicio público de obligatoriedad, dirigido, coordinado y controlado por el estado, bajo los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad en el servicio de salud, de donde emerge la Ley 100 de 1993, con la conformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).⁴

El Sistema de Calidad del Sector Salud Colombiano, definido desde hace 20 años, como el SGSSS, dentro del cual está el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), reglamentado por primera vez mediante el Decreto 1918 de 1994, luego por el decreto 2174 del 1996, y posteriormente fue modificado mediante los Decretos 2309 del 2002 (Derogado) y el Decreto 1011 del 2006, actualmente vigente, Por el cual se establece finalmente como el Sistema

³ International Society for Quality in Health Care (ISQua): <http://www.isqua.org/>

⁴ Ley 100 de 1993: Sistema de Seguridad Social y otras disposiciones.

Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCSSGSSS).⁵

El Ministerio de Salud, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe” publicado por Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1991, elaboró un “Manual de Acreditación de IPS” con el apoyo de la OPS, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, entre otras organizaciones del sector.⁶

En el 2002 se reglamentó el SOGCS para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado al cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Luego de investigaciones, revisiones y ajustes, de acuerdo con los principios y programas del ISQua, como también a la referenciación con otros países, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia reglamentado por la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del SOGCS.

El SOGCS debe cumplir en términos de Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad, definidos en el decreto 1011 de 2006 como: "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios".⁷

Los componentes que integran del SOGCS para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras son: La Habilitación de IPS y EPS, La

⁵ Ministerio de Protección Social: www.minsalud.gov.co

⁶ Ministerio de Protección Social: www.minsalud.gov.co

⁷ Decreto 1011 de 2006: Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención de salud del SGSSS

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, La Acreditación en Salud, El Sistema de Información para los Usuarios, así mismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora (ICONTEC) y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación y certificación.

La Acreditación en Salud busca garantizar un nivel óptimo de la calidad de la atención en salud, a través de estándares dinámicos por su carácter progresivo, ascendente y en espiral, de manera que incrementen su desempeño ininterrumpidamente en mejora continua de sus servicios; que para efectos de esta monografía serán el eje de evaluación y planificación para el Ambiente físico para la seguridad del paciente en Alianza Diagnóstica S.A.

A nivel empresarial, Alianza Diagnostica S.A. es una empresa dedicada a la prestación de servicios de salud, con énfasis en el apoyo diagnóstico, prestando servicios en sus procesos misionales de imagenología básica, ecografía, laboratorio clínico, citologías, pero además también ofrece consulta especializada y básica de odontología.

Entre sus clientes externos están usuarios particulares y afiliados a regímenes, Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Inició la prestación de servicios el 24 de octubre de 2005 con laboratorio clínico, posteriormente expandió su portafolio de servicios a toma de citologías e imagenología como radiología y ecografía en la sede de la Calle 45 N° 29-55, que es la sede principal en la actualidad.

Para el año 2007, se habilita el servicio de mamografía y se da la apertura de la sede B ubicada en la carrera 29 N° 50-64.

En Agosto de 2010 se dio apertura a una sede en la ciudad de Barrancabermeja con los servicios de consulta especializada en cirugía cardiovascular, ginecobstetricia, salud ocupacional, perinatología, laboratorio clínico, radiología, ecografía, mamografía, ecografía vascular periférica y ecografía de tercer nivel.

En Marzo de 2011 inicia la prestación de servicios de odontología para los usuarios de la EPS Salud Total y en adelante a diferentes EPS en la Sucursal de Bucaramanga.

En abril de 2012 se inaugura el Centro Especializado de Imágenes, ubicado en la calle 54 Nro. 34 – 20 en donde se prestan los servicios de tomografía, ecografías Doppler y Radiografías.

En la actualidad, teniendo en cuenta los constantes cambios del entorno en el sector salud y en pro del beneficio y aseguramiento de la calidad en la atención de los usuarios, la organización ALIANZA DIAGNOSTICA S.A. en busca del mejoramiento continuo de sus procesos y conscientes de la responsabilidad frente a estos, ha decidido adoptar las directrices del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Bajo esta visión, la organización con su equipo de trabajo, iniciará el proceso de adherencia a los diferentes estándares, con el firme propósito de iniciar el camino hacia la obtención de la acreditación en los próximos tres años; en el que, el ambiente físico cobra gran importancia para la organización por ser un tema débil ante los estándares propuestos para la acreditación en salud.

4.3. MARCO CONCEPTUAL

4.3.1. Definiciones Relacionadas Con La Seguridad Del Paciente.⁸

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

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 la planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

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

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.

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

Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial.

⁸ www.minsalud.gov.co/.../Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf

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 el proceso de atención.

Violación 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.

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.

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.

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 un daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

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

Fallas Activas: Errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que participan en un proceso.

Error Inconsciente: El personal no se da cuenta del error y no interviene la voluntad de la persona.

Fallas Latentes: Fallas que se encuentran en los procesos o en los sistemas.

Error Consciente: Implica la voluntad de la persona en el error, se asocian al exceso de confianza.

Acciones de Reducción del Riesgo: Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla, y el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

Acciones Reactivas: Aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso.

Acciones de Reducción del Riesgo: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia en un incidente o evento adverso.

4.3.2. Definiciones Relacionadas con Ambiente Físico.⁹

Infraestructura: Conjunto de elementos o servicios que están considerados como necesarios para que una organización pueda funcionar, o bien para que una actividad se desarrolle efectivamente.

Mantenimiento: Acción eficaz para mejorar aspectos operativos relevantes de un establecimiento tales como funcionalidad, seguridad, productividad, confort, imagen corporativa, salubridad e higiene. Otorga la posibilidad de racionalizar

⁹ www.minsalud.gov.co

costos de operación. El mantenimiento debe ser tanto periódico como permanente, preventivo y correctivo, predictivo y de entorno.

Mantenimiento Correctivo: Acción de carácter puntual a raíz del uso, agotamiento de la vida útil u otros factores externos, de componentes, partes, piezas, materiales y en general, de elementos que constituyen la infraestructura o planta física, permitiendo su recuperación, restauración o renovación, sin agregarle valor al establecimiento.

Mantenimiento Preventivo: Acción de carácter periódica y permanente que tiene la particularidad de prever anticipadamente el deterioro, producto del uso y agotamiento de la vida útil de componentes, partes, piezas, materiales y en general, elementos que constituyen la infraestructura o la planta física, permitiendo su recuperación, restauración, renovación y operación continua, confiable, segura y económica, sin agregarle valor al establecimiento.

Mantenimiento Predictivo: Acción de carácter periódico para pronosticar el punto futuro de falla de un componente de una máquina de tal forma que se pueda realizar un ajuste justo antes de que este falle.

Mantenimiento del Entorno: Acción de carácter periódico y permanente para prever anticipadamente el deterioro de la infraestructura o planta física permitiendo que la infraestructura se mantenga en las mejores condiciones posibles.

Mejoramiento: Tiene por objetivo aumentar la calidad de uno o más espacios en el establecimiento existente.

4.3.3. Definiciones Relacionadas del Sistema Único de Habilitación

Resolución 1441 de 2013.¹⁰

Adecuación: Intervención de la infraestructura física, en la que no se modifican las condiciones espaciales y técnicas de los ambientes, no aumentando el área construida, mejorando las condiciones existentes de acabados y tecnología.

Exclusividad: Personal y áreas que no puede ser compartidas con otros servicios.

Lavamanos: Aparatos dotados con llaves para suministro de agua y sifón, de uso exclusivo para lavado de manos, la grifería, donde se requiera por las condiciones de asepsia (áreas quirúrgico-obstétrica y de procedimientos, será con accionamiento manos libres).

Pocetas de Aseo: Área de uso específico para efectuar las operaciones de aseo y limpieza de carácter general (pisos, paredes, mesones, etc.). Cuenta con punto hidráulico y desagüe, localizadas, en general, dentro de ambiente organizados para recibir también los elementos de aseo (trapeadores, detergentes, baldes, contenedores, etc.)

Personal en Entrenamiento: Corresponde al talento humano que realiza actividades asistenciales pero que aún no ha sido titulado o certificado. Este personal, si bien atiende pacientes, debe realizarlo bajo supervisión de personal legalmente autorizado para el ejercicio profesional. Para este efecto, se debe definir formalmente y difundir entre el personal de la institución, un procedimiento que establezca la supervisión del personal en entrenamiento, conforme con el decreto 2376 de 2010 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

Pocetas de Lavado: Aparatos dotados con llave para suministro de agua cuello de cisne y sifón con rejilla, destinados a operaciones de lavado de materiales,

¹⁰ Definiciones extractadas de la Resolución 1441 de 2013

elementos, etc., pueden ser de distintas dimensiones de acuerdo con el uso específico que tienen asignado. Generalmente localizados sobre mesones o independientes.

Unidad Sanitaria: Ambiente que cuenta con lavamanos y sanitario.

Disponibilidad: Es la posibilidad de tener o contratar un servicio, que puede funcionar por fuera de la IPS.

Ambiente: Lugar físico delimitado por barrera fija piso techo, en el cual se realiza una actividad específica o varias compatibles.

Lavaplatos: Aparatos sanitarios dotados de un sistema que garantice un arrastre hidráulico, para vertimiento de residuos líquidos, secreciones o excretas, dotado con ducha (o aspersor) tipo teléfono.

Servicio Independiente: Son los servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico que ostenta patrimonio propio e independiente, autonomía administrativa, presupuestal y financiera, y cuenta con una dirección y orientación autónoma, prestando sus servicios al público en general o a la institución que lo solicite. El servicio podrá estar localizado dentro o fuera de las instalaciones de un prestador, salvo que la tabla de detalle por servicios especifique lo contrario.

Disponibilidad Recurso Humano: Personal que no está en servicio activo permanente, pero está a disposición y localizable para hacerse presente dentro del tiempo requerido para atender el evento en salud.

Ampliación: Extensión o adición del área física de una edificación existente.

Baño: Ambiente que cuenta con sanitario, lavamanos y ducha.

Cuenta Con: Es la existencia obligatoria de un servicio dentro la IPS, que debe funcionar las 24 horas, sin importar si el servicio es propio o contratado.

Servicio Dependiente: Es aquel que desde el punto de vista institucional, patrimonial, administrativo, laboral, técnico, científico, presupuestal y financiero, constituye una unidad integral con la institución a la cual pertenece.

Obra Nueva: Construcción de infraestructura física que se adelante en terrenos no intervenidos o en aquellos en los que se reponga parcial o totalmente la edificación existente.

Permanencia O Presencialidad: Estancia constante en un mismo servicio, durante el tiempo que se oferte y preste el servicio.

Remodelación: Intervención de la infraestructura física, en la que se modifican las condiciones espaciales y técnicas de los ambientes, no aumentando el área construida, mejorando las condiciones existentes y ajustándose a nuevos requerimientos de espacios, uso, acabados y nuevas tecnologías.

Área o Espacio: Lugar físico no necesariamente delimitado con barrera física, en el cual se realiza una actividad específica.

Barrera Física: Elementos materiales que permiten separar áreas o espacios, ambiente o servicios entre sí.

Vertedero: Aparato de uso exclusivo para vertimiento de residuos líquidos, en material lavable, dotado con sifón, rejilla, llave de suministro de agua en cuello de cisne y con ducha (o aspersor) tipo teléfono.

Área De Procedimientos Menores: lugar físico limpio, no necesariamente delimitado con barrera física, ubicado en consultorios de enfermería, de terapias, de medicina general o de medicina especializada en el que se realizan procedimientos menores.

Salas de Procedimientos: es un lugar físico, delimitado por barrera fija piso techo, en el cual se realiza una actividad específica o varias compatibles, dependiente de un servicio hospitalario, de un servicio de urgencias o de un servicio de consulta externa o de un consultorio destinado a la realización de procedimientos menores que no pueden ser realizados en los consultorios y no requieren quirófano.

5. METODOLOGIA.

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación desarrollada en este proyecto es de tipo descriptiva o investigación diagnóstica.

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas.

Su meta no sólo se limita a la recolección de datos, sino también a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

Los investigadores recogen los datos con base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información para luego analizar minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento y resolución de un problema dado.

Etapas de la investigación descriptiva:

- Examinar las características del problema escogido.
- Definir y formular la hipótesis.
- Enunciar los supuestos en que se basan las hipótesis y los procesos adoptados.
- Elegir los temas y las fuentes apropiadas.
- Seleccionar o elaborar técnicas para la recolección de datos.
- Establecer, a fin de clasificar los datos, categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio y que permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas.
- Verificar la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos.

- Realizar observaciones objetivas y exactas.
- Describir, analizar e interpretar los datos obtenidos.

En la investigación se señalan los datos obtenidos y la naturaleza exacta de la población de donde fueron extraídos.

La población constituye siempre una totalidad, las unidades que la integran pueden ser individuos, hechos o elementos de cualquier índole. Una vez identificada la población se decide si se recogerán datos de la población total o de una muestra representativa de ella.

El método elegido dependerá de la naturaleza del problema y de la finalidad para la que se desee utilizar los datos.

5.1.1 Tipos de Investigación Descriptiva.

En algunos estudios se pueden encontrar sólo un tipo, y en muchos otros más de uno, como en encuestas, estudio de interrelaciones y estudios de desarrollo.

5.1.1.1. Estudios Tipo Encuesta. Se llevan a cabo cuando se desea encontrar la solución a problemas que surgen en organizaciones educacionales, gubernamentales, industriales o políticas. Se efectúan minuciosas descripciones de los fenómenos a estudiar, a fin de justificar las disposiciones y prácticas vigentes o elaborar planes más inteligentes que permitan mejorarlas. Su objetivo no es sólo determinar el estado de los fenómenos o problemas analizados, sino también comparar la situación existente con las pautas establecidas.

El alcance de estos estudios varía considerablemente; pueden abarcar una nación, región, estado, sistema escolar de una ciudad o alguna otra unidad. Su alcance y profundidad dependen de la naturaleza del problema.

Los datos pueden extraerse a partir de toda la población o de una muestra representativa. La información recogida puede referirse a un gran número de factores relacionados con el fenómeno o sólo a unos pocos aspectos.

5.1.1.2. Estudios de Interrelaciones. Su objetivo es identificar las relaciones que existen entre los hechos para lograr una verdadera comprensión de un fenómeno a estudiar.

5.1.1.3 Estudio de Casos. El investigador escoge una unidad social o comunidad, en la cual recoge información de la situación existente, las experiencias y condiciones pasadas y las variables ambientales que ayudan a determinar las características específicas y conducta de la unidad.

Después de analizar las secuencias e interrelaciones de esos factores, se elabora un cuadro amplio e integrado de la unidad social. Se reúnen los datos a partir de una muestra de sujetos cuidadosamente seleccionados y se procura extraer generalizaciones válidas sobre la población que representa la muestra.

La meta principal de los estudios de casos, consiste en realizar una indagación profunda dentro de un marco de referencia social sus dimensiones o aspectos dependen de la naturaleza del caso estudiado.

Un estudio de casos debe contener una gran cantidad de información acerca de las personas, grupos y hechos con los que el individuo entra en contacto y la naturaleza de sus relaciones con éstos.

Estos estudios son similares a las encuestas, la diferencia radica en que se realiza un estudio intensivo de una cantidad limitada de casos representativos, en lugar de reunir datos de pocos aspectos de un gran número de unidades sociales. Tiene

un alcance más limitado pero es más exhaustivo, y le da más importancia a los factores cualitativos.

5.1.1.4 Estudios Causales Comparativos. Si además de pretender descubrir cómo es un fenómeno se quiere saber de qué manera y por qué ocurre, entonces se deben comparar las semejanzas y las diferencias que existen entre los fenómenos, para descubrir los factores o condiciones que puedan contribuir a la aparición de ciertos hechos y situaciones.

Por la complejidad y naturaleza de los fenómenos sociales, es imperativo estudiar las relaciones de causalidad. Este tipo de estudio se usa en los casos en que los investigadores no pueden manejar una variable independiente y establecer los controles requeridos en los experimentos.

En un estudio causal comparativo el investigador analiza la situación vital en la cual los sujetos han experimentado el fenómeno que se quiere investigar, después de estudiar las semejanzas y diferencias que hay entre dos o más situaciones, se podrán describir los factores que explican la presencia del fenómeno en una situación y la ausencia en otra.

Las posibles dificultades en este tipo de estudios, residen en la imposibilidad de establecer un control, más allá de poner a prueba tantas hipótesis alternativas como sea posible.

Si se desea hallar las posibles causas de los fenómenos y desechar los factores aleatorios se debe poseer suficiente información general acerca de tales fenómenos y elaborar cuidadosamente sus procedimientos de observación.

Los fenómenos sociales son complejos y obedecen a múltiples causas, cuando dos variables se hallan relacionadas entre sí es difícil determinar cuál de ellas es la causa y cuál el efecto.

Cuando se trata de estudios en los que se comparan situaciones normales, la tarea de seleccionar no requiere los mismos cuidados y precauciones que en el caso de los estudios experimentales, generalmente resulta difícil hallar grupos de elementos que sean similares en todos sus aspectos, excepto, en lo que respecta al hecho de hallarse expuestos a una variable distinta (diferencias en salud, nivel educativo, antecedentes familiares, experiencias anteriores, que pueden afectar los resultados del estudio).

5.1.1.5 Estudios de Correlación. Se utilizan para determinar la medida en que dos variables se correlacionan entre sí, es decir, el grado en que las variaciones de un factor corresponden a las que experimenta otro.

Las variables pueden hallarse estrecha o parcialmente relacionadas entre sí, o que no exista entre ellas relación alguna. Puede decirse, en general, que la magnitud de una correlación depende de la medida en que los valores de dos variables se incrementen o disminuyan en la misma o en diferente dirección. Las técnicas de correlación son muy útiles en los estudios de carácter predictivo.

Si bien el coeficiente de correlación sólo permite expresar en términos cuantitativos el grado de relación que dos variables guardan entre sí, no significa que tal relación sea de orden causal. Para interpretar el significado de una relación se debe recurrir al análisis lógico, porque la computación estadística no dilucida el problema. Sus riesgos son los mismos que en los estudios causales comparativos.

5.1.2. Estudios de Desarrollo

Consisten en determinar las interrelaciones, el estado en que se hallan los fenómenos y los cambios que se producen en el transcurso del tiempo, además describen el desarrollo que experimentan las variables durante un lapso definido de tiempo, como son los estudios de crecimiento y de tendencia.

Los estudios de crecimiento se refieren a la identificación de los diversos factores interrelacionados que influyen sobre el crecimiento en sus diferentes etapas, saber en qué momento se tornan observables los diversos aspectos y cuándo surgen, permanecen estacionarios, alcanzan su desarrollo óptimo y, finalmente, decaen. Para el estudio del desarrollo humano se usan dos métodos: las técnicas lineales y las de corte transversal. En ambos tipos de investigación, se deben efectuar una serie de observaciones sistemáticas.

Los estudios de tendencia consisten en obtener datos sobre aspectos sociales, económicos y políticos y en analizarlos posteriormente para identificar las tendencias fundamentales y predecir los hechos que pueden producirse en el futuro. En ellos se combinan las técnicas históricas, documentales y las que se usan en las encuestas.

A causa de los innumerables factores impredecibles que pueden ejercer influencia sobre los fenómenos sociales, la duración de los análisis de tendencia afecta en una medida considerable la validez de la predicción; la mayoría de las predicciones de largo alcance constituyen meras estimaciones, en tanto que las que se refieren a lapsos más breves gozan de mayores posibilidades de certeza. La metodología de investigación de este proyecto, se basó en las premisas antes descritas. De esta manera favoreció a la recolección de información para el desarrollo del diagnóstico y el diseño de herramientas como listas de chequeo que permiten la recolección, evaluación y análisis de datos que generan la toma de acciones frente a los temas evaluados.

Para la toma de decisiones frente a las herramientas planteadas en esta propuesta, se tuvieron en cuenta las entregadas a lo largo de la especialización y dando un giro y enfoque lógico con los objetivos de este proyecto se aplicaron buscando variables apropiadas a la dinámica de la organización en estudio.

La metodología de este trabajo, según la fase de la planificación establece los siguientes elementos para la gestión del proceso de Ambiente Físico relacionado con la seguridad:

FASE DIAGNÓSTICA

FASE DE PLANEACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

FASE DE PLANEACIÓN DEL CONTROL

FASE DE PLANEACIÓN DEL MEJORAMIENTO

5.2. CRONOGRAMA DE TRABAJO.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA (MESES)																					
			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			
Definir una metodología para la implementación de los estándares de ambiente físico del sistema único de acreditación en salud relacionado con la seguridad del paciente en la IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.	Identificar aspectos organizacionales relevantes con el objeto de estudio en la IPS Alianza Diagnóstica.	Presentación inicial de la propuesta de monografía																						
		1) Conocer la empresa (Servicios, Clientes, usuarios, infraestructura, personal, sedes, proveedores de construcción y adecuación)																						
		2) Definir Alcance de los estándares																						
	Identificar los estándares de ambiente físico relacionados con seguridad del paciente según el SUA	3) Describir técnicas de sensibilización y formación al personal involucrado en aspectos de ambiente físico																						
		4) Identificación de los procesos relacionados con ambiente físico y seguridad del paciente																						
		5) Establecer método de Diagnóstico de la gestión del ambiente físico según estándares																						
		6) Estructurar Plan de direccionamiento estratégico para la gestión de ambiente físico relacionado con la seguridad del paciente																						
		7) Elaborar el normograma aplicable a los estándares de ambiente físico y seguridad del paciente en acreditación en salud y a la organización																						
	Definir estrategias que aseguren el seguimiento y control de la implementación de los estándares de ambiente físico en los procesos misionales de la prestación del servicio en la IPS objeto	8) Planeación de los herramientas de seguimiento y medición al desempeño de la implementación de los estándares propuestos																						
		9) Elaborar modelo de plan de implementación de ambiente físico de la IPS que afectan a la seguridad del paciente																						
	Identificar los riesgos de ambiente físico de la IPS Alianza Diagnóstica que afectan directa o indirectamente la seguridad del paciente en la prestación del servicio	10) Elaborar modelo de Análisis de vulnerabilidad y pasaporte de riesgos de ambiente físico en interacción con los riesgos de seguridad del paciente.																						
		11) Estructurar Modelo de plan de mejoramiento según factores de riesgo identificados en los estándares de estudio.																						
	Elaborar un plan de mejoramiento continuo de espacios físicos para mitigar o eliminar los riesgos de seguridad del paciente identificados en los procesos de prestación del servicio	Presentación final de Monografía																						

Fuente autor del proyecto

6. DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL PROYECTO.

6.1. FASE DIAGNÓSTICA. - DIAGNÓSTICO INTERNO Y EXTERNO DE LA ORGANIZACIÓN

6.1.1. Identificación de la Empresa

A continuación se enmarca la organización objeto de este estudio siguiendo los criterios de evaluación sugeridos en ISO 31000:2011, para generar conocimiento previo de la empresa en términos de su contexto interno y externo, como partida para su adecuado diagnóstico.

Razón Social de la Empresa: ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A

Ubicación:

Sedes Principal: Calle 45 N° 29 -55

Sede CEI: Calle 54 N° 34 -20

Sede B: Calle 51 N° 29 -50

6.1.2. Identificación del Contexto Externo.

Ambiente Cultural: La organización se encuentra ubicada en la región Santander, con tres sedes en la ciudad de Bucaramanga. La cultura de que rodea a la organización es básicamente comercial.

En la región no existe agremiación de imagenología, pero a nivel nacional existe la Asociación de Imagenología, a la cual algunos de los médicos que prestan los servicios en la organización pertenecen.

Ambiente Social: El servicio que ofrece está dirigido a todos los niveles sociales y estratos del Nororiente Colombiano, Sin embargo su entorno social es medio alto por ubicarse en los barrios Cabecera y Sotomayor de estratos 5 y 6.

Ambiente Legal / Reglamentario: La organización se encuentra controlada por entes gubernamentales como Secretaria de Salud Departamental, Corporación para la defensa de la Meseta de Bucaramanga (CDMB), Empresa de Alcantarillado de Bucaramanga (EMPAS), a nivel Nacional por el Ministerio de Protección Social, Supersalud y el Ministerio de Trabajo principalmente.

Ambiente Tecnológico: A nivel regional se observa avance tecnológico hacia la sistematización de la imagenología, que compite con los equipos análogos con los que cuenta la organización. Sin embargo, a nivel de los servicios de odontología y laboratorio clínico se cuenta con un nivel tecnológico alto equiparable a la tendencia del mercado.

Ambiente Económico: El sector es rentable, con alta demanda para todas las organizaciones dedicadas a la misma razón social en este momento, aunque a largo plazo se podría observar un aumento en la competencia por la estabilidad misma del negocio y las tarifas que aseguran ingresos altos y constantes.

Ambiente Natural: Se encuentra en el entorno urbano, con poca vegetación en sus instalaciones, a pocos metros de las tres sedes urbanas, se encuentran parques con árboles de más de 8 metros de altura, que favorecen una adecuada temperatura ambiental pero que suponen los riesgos propios de alteración de infraestructura y lesiones por aplastamiento por ruptura de partes de los árboles, como también daño a las redes eléctricas que cesarían la actividad de la empresa. A nivel natural general existe la particularidad, que al encontrarse sobre la meseta de Bucaramanga, se ve expuesta a altos índices de movimientos sísmicos desde las placas tectónicas de la región geográfica de Santander, con un epicentro cercano como es el de La Mesa De Los Santos.

Ambiente Competitivo: La competencia existente afecta principalmente en las tarifas y la oportunidad de atención, desplazando al aspecto tecnológico. Dentro

de la competencia se destacan empresas como IDIME, CADME e Imágenes Diagnosticas.

Tendencias: La tendencia está dada por la innovación en Tecnología, en Imágenes diagnosticas computarizadas, y oportunidad en entrega de resultados online.

Partes Involucradas: EPS: Salud Total, Cafesalud, SaludCoop, Coomeva, Ecopetrol, IPS: Clínica Chicamocha, Clínica Bucaramanga, Clínica Metropolitana, Clínica San Pablo, Usuarios, clientes VIP, comunidad (vecinos residencial y comercial), accionistas, Trabajadores, Entidades gubernamentales.

6.1.3. Identificación del Contexto Interno

Ambiente Cultural: La organización está conformada por socios y accionistas, el gobierno está determinado por una asamblea general, que elige una junta directiva que a su vez elige un gerente general.

Cada proceso en la organización es liderado por un coordinador, quien es seleccionado por el Gerente General.

El grupo de apoyo operativo son quienes tienen contacto directo con el usuario. Ver anexo organigrama.

Políticas Objetivos y Estrategias

Misión: Entregar a la población del Nororiente Colombiano resultados oportunos y confiables, en servicios de salud para el diagnóstico de la enfermedad, en diferentes niveles de complejidad, mediante la gestión rentable de un equipo multidisciplinario de personas idóneas, que guiadas por un alto sentido ético y una inquebrantable vocación de servicio, trabajan con equipos de la más alta

tecnología, para entregar al cliente una propuesta competitiva e incrementar el valor a los accionistas.

Visión: En el año 2014 seremos reconocidos como el Centro de Ayudas Diagnósticas líder en el Nororiente Colombiano, con los mejores indicadores de rentabilidad del sector salud, y el talento humano más sobresaliente por su calidad humana y su continuo crecimiento personal.

Valores: Compromiso, Responsabilidad, Respeto, Innovación, Equidad, Liderazgo, Excelencia, Ética.

Política: Somos una Institución dedicada a la prestación integral de Servicios Diagnósticos, donde trabajamos para lograr la satisfacción de los usuarios, brindando una alta calidad en los servicios ofrecidos, así como Oportunidad, Seguridad y Confiabilidad en los mismos. Contamos con equipos de alta tecnología, personal idóneo y capacitado, y una infraestructura física en todas nuestras Sedes, acorde a los requerimientos de cada servicio.

Trabajamos en tres Ramas: Imagenología Básica, Toma y procedimientos de Citologías y Laboratorio Clínico al servicio de las EPS y Entidades Privadas. Nuestros servicios son accequibles a todos los usuarios sin distinción alguna. Todo esto con el fin de brindar a nuestros clientes servicios de alta Calidad, con Calidez y proponiendo siempre un mejoramiento continuo.

Capacidad

-Capital: Aportes de accionista e ingresos del negocio.

-Tiempo: En una sede hay disponibilidad 24 horas según demanda, en las otras dos hay atención diurna, en el siguiente horario: 6: 00 am a 6:00 pm

-Personas: La atención en los procesos misionales está dada por profesionales y técnicos del sector salud, los procesos de apoyo y estratégicos por personal administrativo competente.

-Procesos: Ver anexo mapa de procesos.

-Tecnología: Equipos de laboratorio clínico especializado, equipos de tomografía, radiología, ecografía, equipo de odontología especializada en endodoncia ortodoncia.

Sistemas De Información, Flujos De Información Y Proceso Para La Toma De Decisiones (Formales E Informales)

Existe red informática con intranet, comunicación en línea con el software Spark, sistema de comunicación con usuarios en medio físico y electrónico, Backup en línea, Qadmin, y pagina web.

Relaciones Con Las Partes Involucradas Internas Y Sus Percepciones Y Valores: En este momento se inició desde Abril el proceso de transición a Sistemas de Calidad y Acreditación en Salud, lo que genera una fase de adaptación del personal antiguo a los nuevos estándares, nuevas tendencias y cambios a la cultura organizacional inicial.

Cultura: La cultura de la organización la determina una relación abierta, directa y amigable de todos los niveles con las directivas. Se da prioridad a actividades de bienestar y de integración por motivos como cumpleaños y encuentros anuales con cierre total de la institución y sus actividades de servicio.

Actualmente en la fase de adaptación a los sistemas de gestión se evidencia resistencia al cambio por parte del personal antiguo. Los procesos trabajaban de forma aislada, sin interacción basándose en el autocontrol. Poca rendición de

cuentas, sin estandarización de los procesos y con objetivos estratégicos propios por área.

Al ser una empresa mediana de 160 empleados, los problemas de convivencia laborales y personales (dados por la familiaridad) son notorios influenciando el día a día.

Normas Directrices Y Modelos Adoptados Por La Organización: Normatividad sector salud: Ley 100/93, Decreto 1011/06, Ley 9 7/79, Resolución 4445 / 06, Resolución 1441/13, y demás que regulan a la IPS por su objeto social. Actualmente se adoptó el Modelo de Acreditación en Salud. Aplica Normatividad regional.

Forma Y Extensión De Las Relaciones Contractuales: El tipo de contratación con las EPS e IPS es por Capitación y por Evento. Programas de beneficios (descuentos) y Cortesías para aliados y familiares.

Infraestructura: Las tres sedes de Alianza Diagnostica S.A se encuentran ubicadas en la comuna 12 de la ciudad de Bucaramanga, denominada Cabecera del Llano, el sector se caracteriza por ser comercial y residencial.

La sede principal se encuentra sobre una de las calles más transitadas de la ciudad de Bucaramanga, calle 45 entre carrera 33 y 29, lo que conlleva a ser la sede de más reconocimiento a nivel local. Esta sede cuenta con 4 pisos incluido el sótano, ver anexo 1, distribuido de la siguiente manera:

Sótano: En este piso se encuentran 8 parqueaderos, una bodega, el cuarto de almacenamiento central de residuos y los banco condensadores.

Primer Piso: Sala de espera con capacidad de aproximada de 50 usuarios, baños hombre, mujeres y discapacitados, fron con capacidad de 6 auxiliares, 6 cubículos para toma de muestras de laboratorio, un consultorio para toma de electrocardiograma, un consultorio para lectura de rayos x, consultorio de ecografía, sala de rayos x 1, patio, cuarto de aseo.

Segundo Piso: Sala de espera con capacidad aproximada de 40 usuarios, fron con capacidad de 3 personas, cafetería clientes internos, baños hombre y mujer, cuarto de aseo, toma de citología, call center con baño independiente, sala de rayos x 2, consultorio de mamografía con baño independiente, consultorio ecografía con baño independiente, oficina proceso contable.

Tercer Piso: Sala de espera capacidad 5 personas, oficina proceso financiero y sistemas, Oficina de Gerencia con baño independiente, Oficina parte administrativa de laboratorio y coordinación de calidad, Laboratorio clínico en las etapas analítica y post analítica (hematología, Inmuno química, microbiología, microscopia, referencia y lavado), 3 baños y cuarto de aseo.

Imagen 1. Fotografía Sede Principal ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.



Fuente autor del proyecto

La Sede Centro Especializado en Imágenes, cuenta con dos pisos los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Primer piso: Parqueadero público con capacidad de 3 vehículos y 2 ambulancias, dos salas de espera con capacidad total de 50 personas, 2 oficinas de atención al cliente, Oficina de transcripción, monta carga (adaptado para discapacitados), cuarto de almacenamiento de residuos, cuarto de aseo, sala toma de rayos x, (baño, vestier y cuarto de revelado), consultorio ecografía, enfermería, sala de Tomografía (cuarto de disparo, bodega, baño), baños mujer, hombre y discapacitados.

Segundo Piso: Sala de espera con capacidad de 30 usuarios, 10 unidades odontológicas, baños hombre, mujer, discapacitados, oficina administrativa, bodega, patio.

Imagen 2. Fotografía Sede CEI ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.



Fuente autor del proyecto

La sede B, cuenta con dos pisos los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Primer piso: 3 Sala de esperas con capacidad de 50 personas aproximadamente, 3 toma de muestras sanguíneas, baños hombre y mujer, consultorio de salud ocupacional, oficina comercial, cuarto de aseo, cafetería, archivo, patio, cuarto de residuos sólidos, consultorio citología con baño independiente.

Segundo Piso: 3 consultorios con baño independiente cada uno, sala de espera con capacidad de 8 personas y Fron de 2 personas.

Imagen 3. Fotografía Sede B. ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.



Fuente autor del proyecto

Las sedes de alianza diagnostica se encuentran construidas basadas en las normas de sismo resistencia, cuentan con escaleras estrechas en todas las sedes, los pisos y paredes son lisos, las tres sedes cuentan con rampa al ingreso para facilitar el acceso de usuarios. Las áreas de atención cumplen con las normas de habilitación, basadas en el decreto 1441 de 2013.

Portafolio de Servicios

Laboratorio Clínico: Es un área de Apoyo Diagnóstico clasificada en cuatro niveles de complejidad distribuidos en: Laboratorio Clínico General y Laboratorio Clínico

Especializado, para la valoración Médica y la definición de la conducta Clínica de un paciente.

Entrega de Resultados: De acuerdo al tipo de examen.

Toma y análisis de muestras para exámenes de bajo, medio y alto nivel de Complejidad. Se cuenta con una amplia red de apoyo de referencia.

Toma de muestras de Laboratorio Clínico a domicilio: Servicio que se ofrece, con el fin de llegar al domicilio o lugar de trabajo de nuestros usuarios, para evitarles desplazamientos y costos asociados a la toma de muestras. Este servicio tiene cobertura en el Municipio de Bucaramanga y Floridablanca, no tiene ningún costo adicional para el Cliente con el cual establecemos el Convenio, ni para el Paciente y/o usuario atendido.

Patología y Citología

- Estudio de tinciones de rutina y de tinciones especiales.
- Receptores Hormonales.
- Toma, procesamiento y análisis de muestras para la detección temprana de cáncer de cérvix (Cuello Uterino).

Radiología Convencional: Es un examen de Apoyo Diagnóstico de Primer Nivel que busca valorar e identificar lesiones del sistema óseo y tejidos blandos.

Entrega de resultados: 24 Horas.

Ecografía: Es un examen de Diagnóstico Médico que trabaja con equipos de ultrasonido de última tecnología, con los que se realizan valoraciones obstétricas, y se evalúa el funcionamiento de los principales órganos del cuerpo, identificando lesiones de tejido blando. Entrega de Resultados: Ecografías Gineco-Obstétricas: De Inmediato Ecografías de Tejidos Blandos: 24 horas.

Tipos de Ecografías: Pélvica/Trans-vaginal, Mamas y Tejidos Blandos, Control Obstétrico, Hepato Biliar, Renal.

Mamografía: Es un examen de Apoyo Diagnóstico Especializado de Segundo Nivel, basado en Radiología que busca identificar lesiones de las Glándulas Mamarias con el fin de prevenir e identificar el cáncer de Seno. Entrega de Resultados: 24 Horas.

Toma e interpretación de la imagen Radiográfica de la mama, para la detección de anomalías y prevención del Cáncer de mama.

Electrocardiograma: Toma e interpretación de la actividad eléctrica del corazón. Permite obtener el registro gráfico de las valoraciones de potencial eléctrico de la actividad del corazón, en un tiempo determinado. Entrega de Resultados: 48 Horas.

Historia Clínica Salud Ocupacional: Consta de un detallado análisis donde se identifican los factores de riesgos y factores protectores relacionados con el grado de exposición y antecedentes laborales. Se enfatiza en una revisión detallada del sistema osteomuscular, órganos de los sentidos y valoración de hernias.

Tomografía Espiral Multicorte: Es el procesamiento de imágenes por secciones; se obtiene la imagen de una parte del cuerpo seleccionada, desplazando la fuente de rayos X y la película en direcciones opuestas durante la exposición. En consecuencia, las estructuras en el plano focal aparecen nítidas, mientras que las estructuras de los otros planos aparecen borrosas. Al modificar el sentido y la amplitud del movimiento, los operadores pueden seleccionar diferentes planos focales que contengan las estructuras de interés.

En lugar de obtener una imagen de proyección, como la radiografía convencional, el TAC obtiene múltiples imágenes al efectuar la fuente de rayos X y los

detectores de radiación con movimientos de rotación alrededor del cuerpo. La representación final de la imagen topográfica se obtiene mediante la captura de las señales por los detectores y su posterior proceso mediante algoritmos de reconstrucción, (sin embargo genera 100 veces más radiación que una placa de rayos X convencional).

Ecografía III Nivel: Ecografía morfológica o de detalle que se realiza en la mitad de la gestación, tiempo en el cual la cantidad de líquido amniótico, el tamaño del feto y la posibilidad de cambios de posición fetal, hace posible la detección de la mayoría de las anomalías estructurales del bebe y permite sospechar algunas de anomalías metabólicas o cromosómicas.

Ecografía DOPPLER: Técnica ultrasónica que permite estudiar el flujo de los distintos vasos mediante el registro de la onda del pulso y la determinación de su presión.

Los ultrasonidos emitidos por el transductor se reflejan en los hematíes del vaso, para dirigirse de nuevo al transductor con una desviación del haz directamente proporcional a la velocidad de los hematíes (el flujo) del vaso explorado.

Todos estos servicios están catalogados dentro de la prestación ambulatoria puesto que no generan hospitalización, y el diagnóstico es interpretado por Médicos Especializados en Radiología y Ginecología.

CLIENTES

CLINICA EL PINAR

BARRANCA - BYB SALUD OCUPACIONAL

BARRANCA - CAJA DE PREVISION SOCIAL - CAPRECOM

BARRANCA - CAJASAN I.P.S.

BARRANCA - COOMEVA E.P.S.

BARRANCA - COOP. DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL COOSALUD

BARRANCA - FORPRESALU E.U.
BARRANCA - FUNDAC. MEDICO PREVENTIVA
BARRANCA - M&M DIAGNOSTICO LTDA.
BARRANCA – SALUDCOOP
BARRANCA - SOM & C LTDA.
CAFESALUD
CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIÓN - CAPRECOM
CAJASAN I.P.S.
CENTRO CLINICO DE CIRUGIA AMBULATORIA - CENPOST
CLINICA REVIVIR S.A.
CLINICA SAN PABLO S.A.
COOMEVA E.P.S. BUCARAMANGA
COOP. DE TRABAJO ASOCIADO TALENTUM CTA
COOP. MULTIACTIVA DE LOS TRABAJADORES DE SDER.
COLVISALUD I.P.S.
E.P.S. FAMISANAR LTDA.
EFISALUD RIESGOS PROFESIONALES
FUNDACION CASA DEL DIABETICO
INSTITUTO MEDICO OFTALMOLOGICO
INTERNATURAL IPS
IPS CENTRO MEDICO OLIMPICA
IPS PRISMA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
IPS PRODIAGNOSTICO S.A.S.
LABORAL MEDICA SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA INTEGRAL IPS
PEDRO MIGUEL GUZMAN BUELVAS
POSITIVA CIA. DE SEGUROS
PROTEGER TU VIDA S.A.S.
QBE SEGUROS
SALUDCOOP E.P.S.

SAOC´SS S.A.S.
SALUD COOMULTRASAN
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA
SIGEMA S.A.S.
TQC LABORATORIO ANALYSIS
UNIDAD BASICA DE ATENCION PROSANAR
VIHONCO IPS

6.2. DEFINIR ALCANCE DE LOS ESTÁNDARES.

Para definir el alcance de los estándares se realizó una extracción de los criterios relacionados y aplicables a este estudio para los dos estándares escogidos, los cuales fueron caracterizados e identificados según lo establecido en el Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA).

Se analizaron los criterios de Ambiente Físico, clasificando los que se relacionaran o afectarán la seguridad del paciente, sin embargo dado el nivel de excelencia exigido por el SUA, es ineludible el enfoque integral, por ello, se deben incluir no solo al paciente mismo, sino también a los familiares/acompañantes, colaboradores, vecinos y entorno, es decir, personas interesadas de la Organización.

Cada criterio seleccionado por estándar se clasifica en los temas pilares del Ambiente Físico y de la Seguridad del Paciente, lo que permite definir estrategias y planes de acción para tratar dichos temas y cumplir con los estándares simultáneamente.

A continuación se presenta el consolidado (alcance) de los estándares aplicables con sus criterios relacionados como también la su identificación con los temas eje seleccionados para este proyecto: -Riesgos, -Emergencias y Desastres, -Pérdida de Pacientes, -Política de no Fumar, -Movilización, -Manejo de Desechos.

Tabla 1. Identificación y Selección de Estándares de Ambiente Físico Relacionados con la Seguridad del Paciente según el SUA.

IDENTIFICACIÓN DE ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EL PACIENTE							
ESTANDARES DE AMBIENTE FÍSICO	CRITERIOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE	Riesgos	Emergencias y Desastres	Perdida de pacientes	No fumar	Movilización	Manejo de desechos
		119 (GAF1) La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta.	Enfoque del riesgo	X	X	X	
Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuestas ante emergencias y desastres internos y externos	X		X				
Plan de readecuación de ambiente físico según necesidades y balance entre oferta y demanda						X	
Diseño, difusión e implementación de Plan para la protección a usuarios y colaboradores							
Programas de prevención para riesgos (biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.) para usuarios y funcionarios	X						X
Condiciones para la humanización del ambiente físico				X			
120 (GAF2) La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico	Organización tiene establecido mecanismo para identificar e investigar incidentes y accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico y genera estrategias para prevenir recurrencia	X				X	
	Protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente, y son conocidos por el personal que lo aplica y por todos los que la organización considere pertinentes, el entendimiento y aplicación de éstos protocolos son evaluados de manera periódica						X
	Cumplimiento de la legislación en materia de seguridad hospitalaria						
121 (GAF3) La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental	Riesgos de contaminación ambiental						X
122 (GAF4) La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos	Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final						X
	Definición y aplicación de plan de manejo, almacenamiento y desecho de material infeccioso o peligroso (líquido, sólido o gaseoso)						X
	El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente	X					X
	Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos según aplique						X
	Monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras	X					X

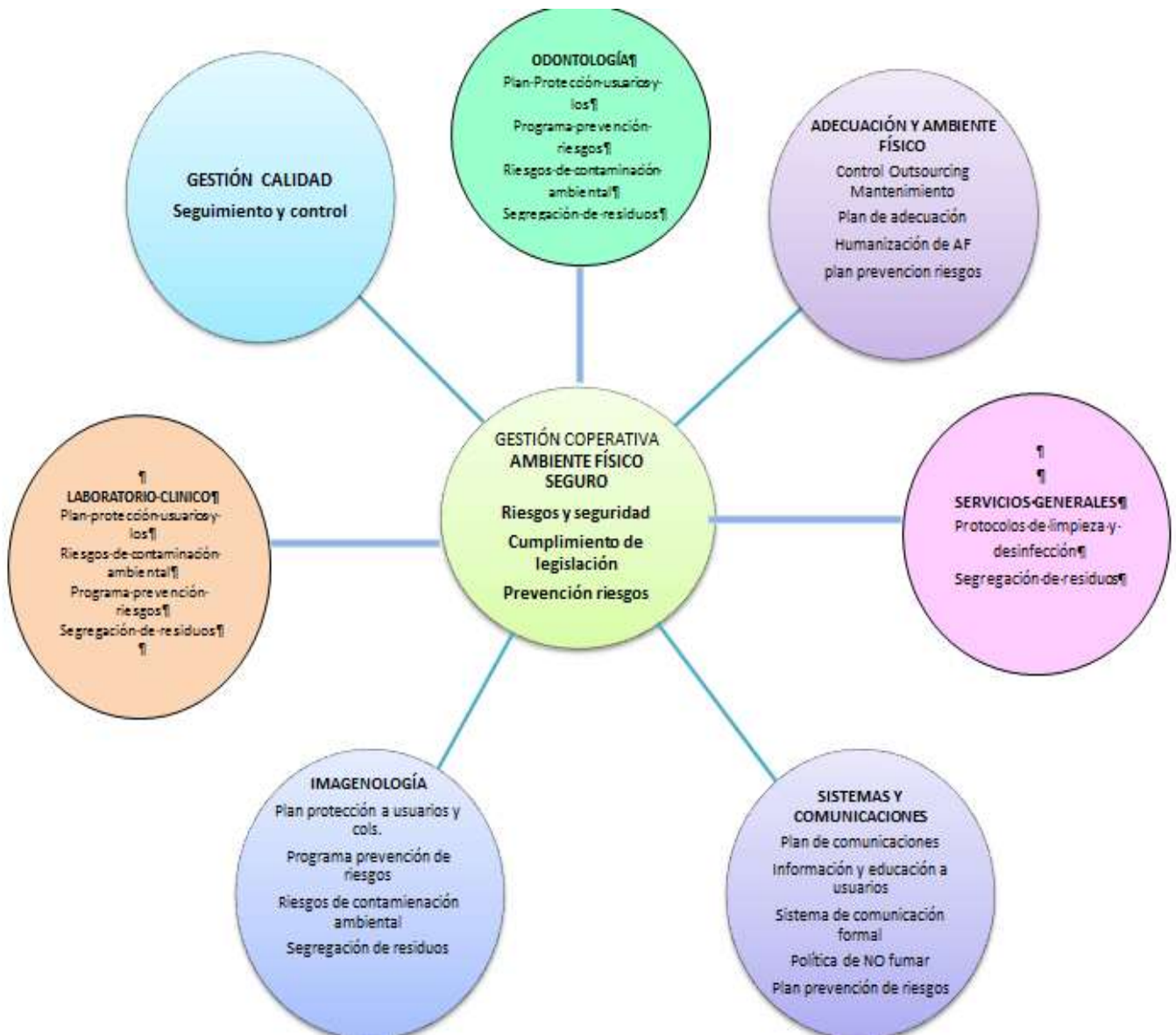
IDENTIFICACIÓN DE ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EL PACIENTE								
ESTANDARES DE AMBIENTE FÍSICO	CRITERIOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE	Riesgos	Emergencias y Desastres	Perdida de pacientes	No fumar	Movilización	Manejo de desechos	
		123 (GAF5) La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	Desarrollo y revisión permanente de Plan organizacional para la preparación en casos de emergencias y desastres		X			X
El Plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes si aplica			X					
Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del Plan de emergencias y desastres a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementen				X				
La coordinación institucional del Plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna				X				
La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación				X				
Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan				X				
Relaciones con las agencias de emergencias y desastres				X				
123 (GAF5) La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	la institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para la preparación en casos	X	X					
	Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre: disposición de áreas para recepción de afectados, registro de nombres y números de identificación al momento del ingreso, aplicación de un sistema de triage	X	X					
	Señalización del área acomodada para atender al grupo de usuarios		X			X		
	Activación de protocolos de salida de los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar los nuevos ingresos		X			X		
	Un sistema de comunicación formal entre la organización que atienda la emergencia, los pacientes y sus familias		X					
	Existe un proceso para la prevención y respuesta a incendios	X	X					
	El proceso está acorde con los códigos aprobados		X					
	Educación a los empleados de la organización sobre planes en casos de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación		X					
	Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores, clientes de la organización y departamento de bomberos		X					
	Evacuación de los usuarios en riesgo		X			X		
	Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y uso de ascensores		X			X		
	Sistemas de evacuación		X			X		
	Señalización de sistemas de evacuación		X			X		
	la institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para la preparación en casos de incendio	X	X					
	Un sistema de evaluación de simulacros y la definición de acciones frente a las desviaciones encontradas	X	X					

IDENTIFICACIÓN DE ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE							
ESTANDARES DE AMBIENTE FÍSICO	CRITERIOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE	Riesgos	Emergencias y Desastres	Perdida de pacientes	No fumar	Movilización	Manejo de desechos
		124 (GAF6) Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten).	Identificación de usuarios que deben ser reubicados		X		
	Comunicación de esta situación a las familias		X				
	Sistema de transporte a los usuarios		X			X	
	Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente incluyendo al personal de atención		X			X	
125 (GAF7) La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación	Identificación de los usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución	X		X			
	Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación			X			
	Mecanismo de seguridad para la ubicación de pacientes			X			
	Sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente			X			
	Designación de un responsable en la búsqueda			X			
	Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización			X			
	Contacto con la policía y la familia del paciente			X			
126 (GAF8) La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización	La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización				X		
127 (GAF9) La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores	Condiciones de humedad, ruido, iluminación						
	Promoción de condiciones de silencio						
	Señalización adecuada, sencilla y suficiente						
	Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios	X				X	
	salas de espera confortables						
128 (GAF10) En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.	Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, etc., incluyendo aislamiento del ruido y la contaminación	X		X			X

Fuente autor del proyecto

6.3. IDENTIFICACION DE LOS PROCESOS RELACIONADOS CON AMBIENTE FÍSICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Figura 1. Representación Gráfica de la Interrelación de los Procesos con Ambiente Físico para la Seguridad del Paciente.



Fuente autor del proyecto

Tabla 1. Caracterización Del Proceso De Ambiente Físico Relacionado Con La Seguridad Del Paciente Según Los Estándares Del SUA.

CARACTERIZACION						
ELEMENTO DE GESTION: AMBIENTE FISICO			AUTORIDAD: Coordinador Operativo			
OBJETIVO: Gestionar el ambiente físico organizacional, de manera eficaz, bajo los lineamientos de los estándares de acreditación en salud con enfoque en la seguridad del paciente, y las directrices definidas para el proceso, controlando el cumplimiento legal y normativo vigente y los que la organización suscriba.						
ALCANCE: Aplicable a la relación entre infraestructura con el entorno organizacional para todas las sedes de la ciudad Bucaramanga, dentro los marcos de ambiente físico del SUA.						
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES		
Legislación aplicable a la IPS. Entidades de Vigilancia y Control Gubernamentales. Gestión Gerencia. líderes Operativos Gestión de Calidad Gestión adecuación y mantenimiento. Gestión de Compras (Proveedores)	Estándares de ambiente físico del SUA. Lineamientos Normativos y Legales. Políticas y Direccionamiento estratégico Identificación de la infraestructura y el entorno de la organización. Listas de Chequeo – Informes de Inspecciones. Valoración de riesgos de ambiente físico en Estadísticas de accidentalidad de partes interesadas. Resultados de los simulacros Planes de Gestión. Resultados de auditorías internas y externas (clientes, entidades de vigilancia y control) PGRH Plan de Emergencias Guía para ubicación de pérdida de pacientes Plan de adecuación y mantenimiento de infraestructura	Manejo Seguro de Ambiente Físico Gestión Ambiental Gestión de desechos Emergencias y Desastres Perdidas de Pacientes Política de No fumador Ambiente Físico Humanizado Remodelación y Construcción	Política de ambiente físico con enfoque de seguridad del paciente. Objetivos, metas, programas y Planes de Gestión Lista de Chequeo Planes de comunicación y consulta. Análisis de Vulnerabilidad y tratamiento del riesgo. Estándares de gestión Planes de emergencia Informes de gestión BSC con directrices del SUA en ambiente físico. Planes de mejoramiento. Cambios en los elementos de gestión Necesidades de formación en competencias y habilidades	Gerencia General Coordinadores de Procesos EPS IPS Usuarios / pacientes Comunidad Recursos Humano Entes de vigilancia y control.		
DOCUMENTOS ASOCIADOS	RECURSOS	PARTICIPANTES	REQUISITOS DEL PRIORITARIOS DE	PARAMETROS DE CONTROL	SEGUIMIENTO Y MEDICION	REQUISITOS ASOCIADOS
Ver nomograma enfoca a ambiente físico. Mapa de procesos Identificación del contexto organizacional.	Locativos: Oficina dotada con equipos de cómputo y comunicación. Financieros: Presupuesto aprobado para modificaciones y adecuaciones. Humanos: Outsourcing para adecuación y mantenimiento y líderes formados en ambiente físico. Tiempo: Disponibilidad de actividades propias para el ejercer la gestión de ambiente físico.	Gerente, socios, líderes operativos, coordinadores, trabajadores, proveedores, ley, normatividad, comunidad, partes interesadas, medio ambiente.	Accesibilidad segura Entorno seguro Cumplimiento de normatividad Ambiente humanizado	Planificación de la gestión de documentación. Autoevaluaciones de cumplimiento legal, normativo y propio de la organización. Auditorías. Seguimiento al desempeño periódico.	Seguimiento: Inspecciones, autocontrol, informes periódicos verbales y escritos, revisión por la Medición: Indicadores de desempeño de planes y controles, lista de chequeo, Cumplimiento de Estándares de Valoración de riesgos. Cumplimiento de requisitos legales y	Ley 100 de 1993 Ley 9 de 1979 Resolución 1441 de 2013 Decreto 4445 de 1996 Decreto 1011 de 2006 Resolución 123 de 2012. Ley 1618 de 2013. Ley 1287 de 2009 Ley 1346 de 2009 Ver Normograma

Fuente autor del proyecto

6.4. ESTABLECER MÉTODO DE DIAGNOSTICO PARA LA GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO SEGÚN ESTÁNDARES DEL SUA QUE SE RELACIONAN CON SEGURIDAD DEL PACIENTE.

6.4.1. Aplicación de Guía para la Evaluación de los Estándares según Criterios del SUA para el Ambiente Físico Relacionado con la Seguridad del Paciente.

El objetivo de esta evaluación es realizar un diagnóstico de ambiente físico enfocado a la seguridad del paciente basado en los estándares de acreditación en salud, que permita determinar el nivel de cumplimiento de los estándares con el fin de reconocer los documentos existentes necesidades y expectativas de la organización frente al tema, con esto se garantiza la generación de ideas para planes estratégicos de la organización.

Para la aplicación de esta evaluación se hizo una previa revisión en la organización de estudio, con el fin de conocer los comités existentes, entrevistas a nivel operativo y administrativo, evaluación de información recopilada con el fin de determinar la posición de la empresa.

Este método de diagnóstico tiene como herramienta una tabla que incluye todos los aspectos a evaluar, con valoración en un rango entre 1 y 5, siendo 1 el puntaje mínimo y 5 el máximo.

Partiendo de los puntajes obtenidos para cada uno de los estándares se puede apreciar en la siguiente grafica que la organización tiene varios aspectos por mejorar, es evidente algunas fortalezas que pueden facilitar todo el proceso de ambiente físico con son: 1. Adherencia a protocolo de limpieza y desinfección, revisión y actualización periódica. 2. Identificación, segregación y destino. 3. Buena relación con las entidades gubernamentales de emergencias y desastres. 4. Señalización adecuada de emergencia. 5. Promoción de Política de No fumador

Dentro de los puntos de mayor criticidad se encuentran: 1. La organización actualmente no está trabajando bajo el enfoque del riesgo. 2. Ambientes humanizados, confort en áreas comunes. 3. No se encuentra estipulado la forma de educar e informar a usuarios, familiares la preparación en casos de emergencias. 4. Educación a empleados sobre uso de equipos de supresión de incendio y método de evacuación.

Tabla 2. Método Diagnostico para la Gestión del Ambiente Físico Según Estándares de la Guía establecida por el SUA, que se relacionan con Seguridad del Paciente.

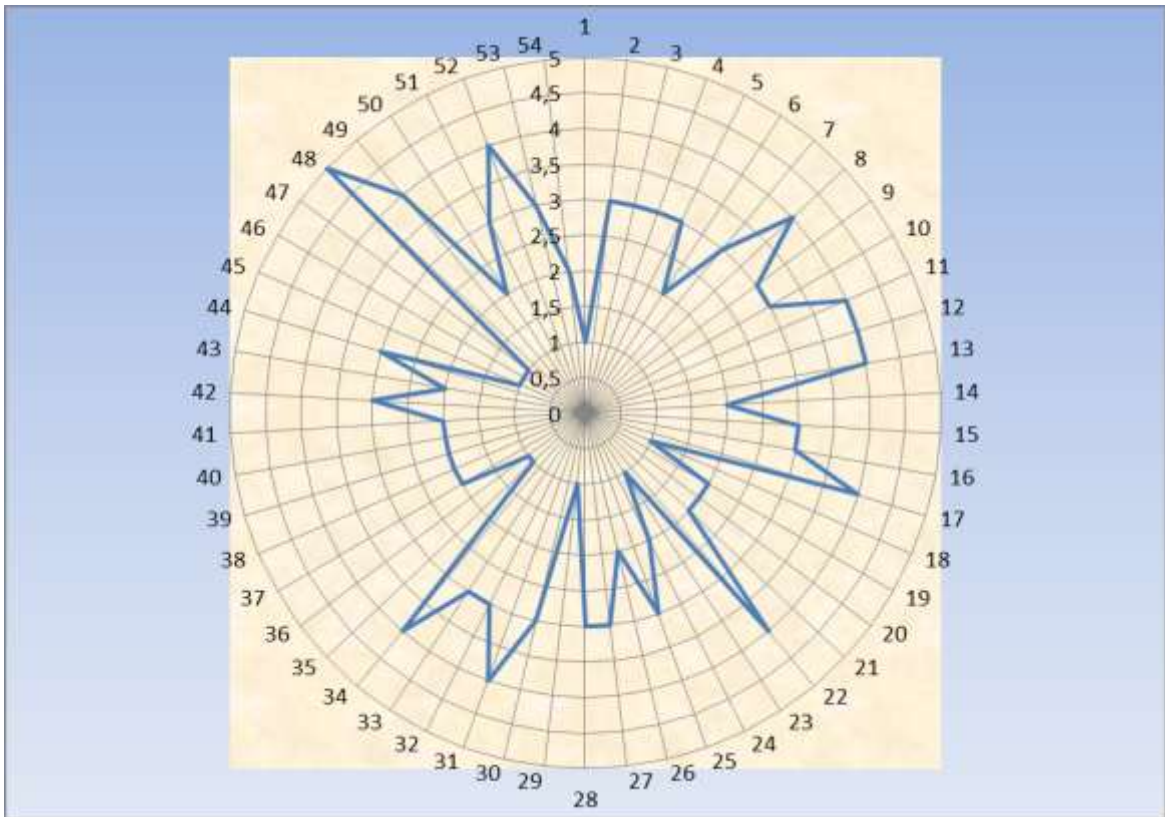
ESTANDARES DE AMBIENTE FÍSICO	CRITERIOS RELACIONADOS CON SEGURIDAD DEL PACIENTE					
		5	4	3	2	1
119 (GAF1)	Enfoque del riesgo					x
	Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuestas ante emergencias y desastres internos y externos			x		
	Plan de readecuación de ambiente físico según necesidades y balance entre oferta y demanda			x		
	Diseño, difusión e implementación de Plan para la protección a usuarios y colaboradores			x		
	Programas de prevención para riesgos (biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.) para usuarios y funcionarios			x		
	Condiciones para la humanización del ambiente físico				x	
120 (GAF2)	Organización tiene establecido mecanismo para identificar e investigar incidentes y accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico y genera estrategias para prevenir recurrencia			x		
	Protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente, y son conocidos por el personal que lo aplica y por todos los que la organización considere pertinentes, el entendimiento y aplicación de éstos protocolos son evaluados de manera periódica		x			
	Cumplimiento de la legislación en materia de seguridad hospitalaria			x		
121 (GAF3)	Riesgos de contaminación ambiental			x		
122 (GAF4)	Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final		x			
	Definición y aplicación de plan de manejo, almacenamiento y desecho de material infeccioso o peligroso (líquido, sólido o gaseoso)		x			
	El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente		x			
	Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos según aplique				x	
	Monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras			x		

123 (GAF5)	Desarrollo y revisión permanente de Plan organizacional para la preparación en casos de emergencias y desastres			x			
	El Plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes si aplica		x				
	Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del Plan de emergencias y desastres a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementen						x
	La coordinación institucional del Plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna					x	
	la existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación					x	
	Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan					x	
	Relaciones con las agencias de emergencias y desastres		x				
	la institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para la preparación en casos de emergencias y desastres						x
	Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre: disposición de áreas para recepción de afectados, registro de nombres y números de identificación al momento del ingreso, aplicación de un sistema de triage						x
	Señalización del área acomodada para atender al grupo de usuarios			x			
	Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias						x
	Existe un proceso para la prevención y respuesta a incendios			x			
	El proceso está acorde con los códigos aprobados			x			
	Educación a los empleados de la organización sobre planes en casos de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación						x

123 (GAF5)	Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores, clientes de la organización y departamento de bomberos			x		
	Evacuación de los usuarios en riesgo		x			
	Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación			x		
	Sistemas de evacuación			x		
	Señalización de sistemas de evacuación		x			
	La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para la preparación en casos de incendio					x
	Un sistema de evaluación de simulacros y la definición de acciones frente a las desviaciones encontradas					x
124 (GAF6)	Identificación de usuarios que deben ser reubicados				x	
	Comunicación de esta situación a las familias				x	
	Sistema de transporte a los usuarios				x	
	Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente incluyendo al personal de atención				x	
125 (GAF7)	Identificación de los usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución				x	
	Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación			x		
	Mecanismo de seguridad para la ubicación de pacientes				x	
	Sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente			x		
	Designación de un responsable en la búsqueda					x
	Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización					x
	Contacto con la policía y la familia del paciente					x
126 (GAF8)	La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización	x				
127 (GAF9)	Condiciones de humedad, ruido, iluminación		x			
	Promoción de condiciones de silencio				x	
	Señalización adecuada, sencilla y suficiente			x		
	Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios		x			
	Salas de espera confortables			x		
128 (GAF10)	Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, etc., incluyendo aislamiento del ruido y la contaminación					x

Fuente autor del proyecto

Grafica 1. Representación Gráfica tipo Radar de los resultados obtenidos en la aplicación del Método Diagnostico para la Gestión del Ambiente Físico según Estándares de la Guía Establecida por el SUA, que se relacionan con la Seguridad del Paciente.

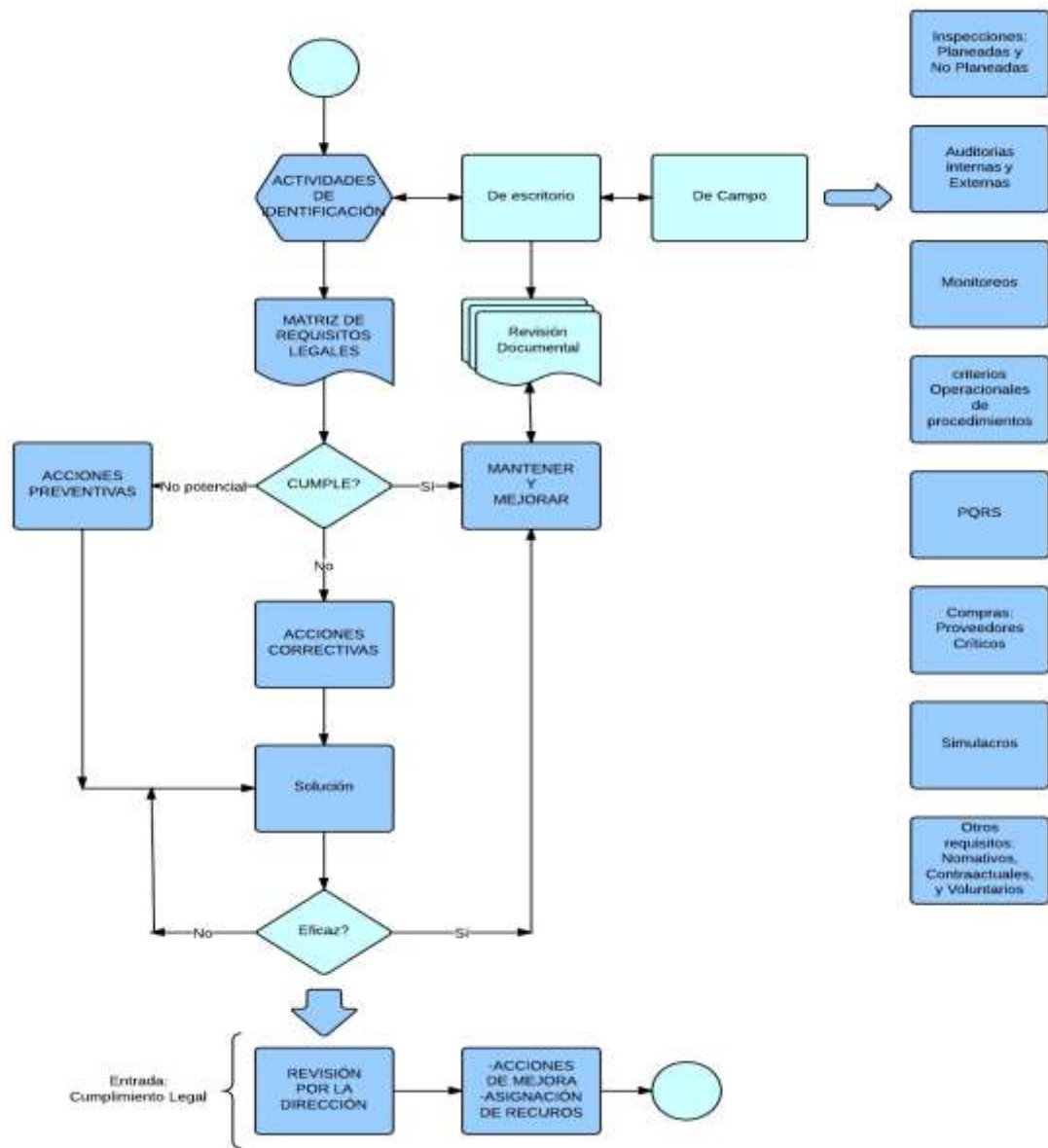


Fuente autor del proyecto

6.4.2. Modelo diagnóstico para la evaluación del cumplimiento legal y normativo en salud y estándares del sua.

Fuente autor del proyecto

Figura 2 PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN DE REQUISITOS LEGALES Y NORMATIVOS.



Fuente autor del proyecto

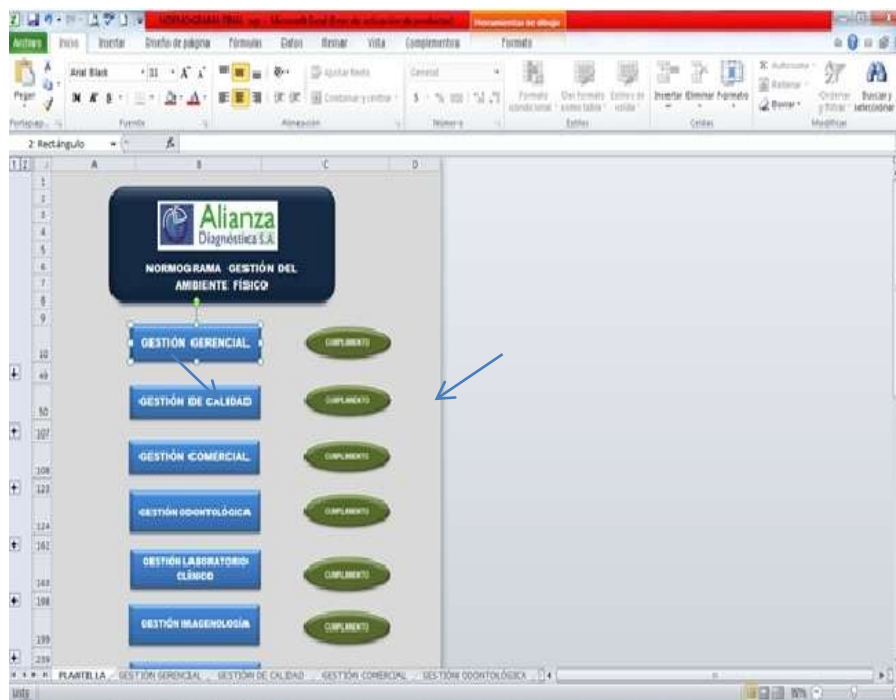
6.4.3. Normograma Propuesto para la Evaluación Seguimiento, Control y Mejoramiento del Cumplimiento legal en Salud y de los Estándares de Ambiente Físico y Seguridad del Paciente en Acreditación en Salud para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.

Esta herramienta consiste en la recopilación de las normas aplicables a la organización ALIANZA DIGNOSTICA S.A en los aspectos relacionados al ambiente físico de forma sistémica y práctica.

La forma de operar la herramienta es la siguiente:

Cuenta con una hoja de inicio en donde se encuentran los iconos con los procesos de la organización y su cumplimiento.

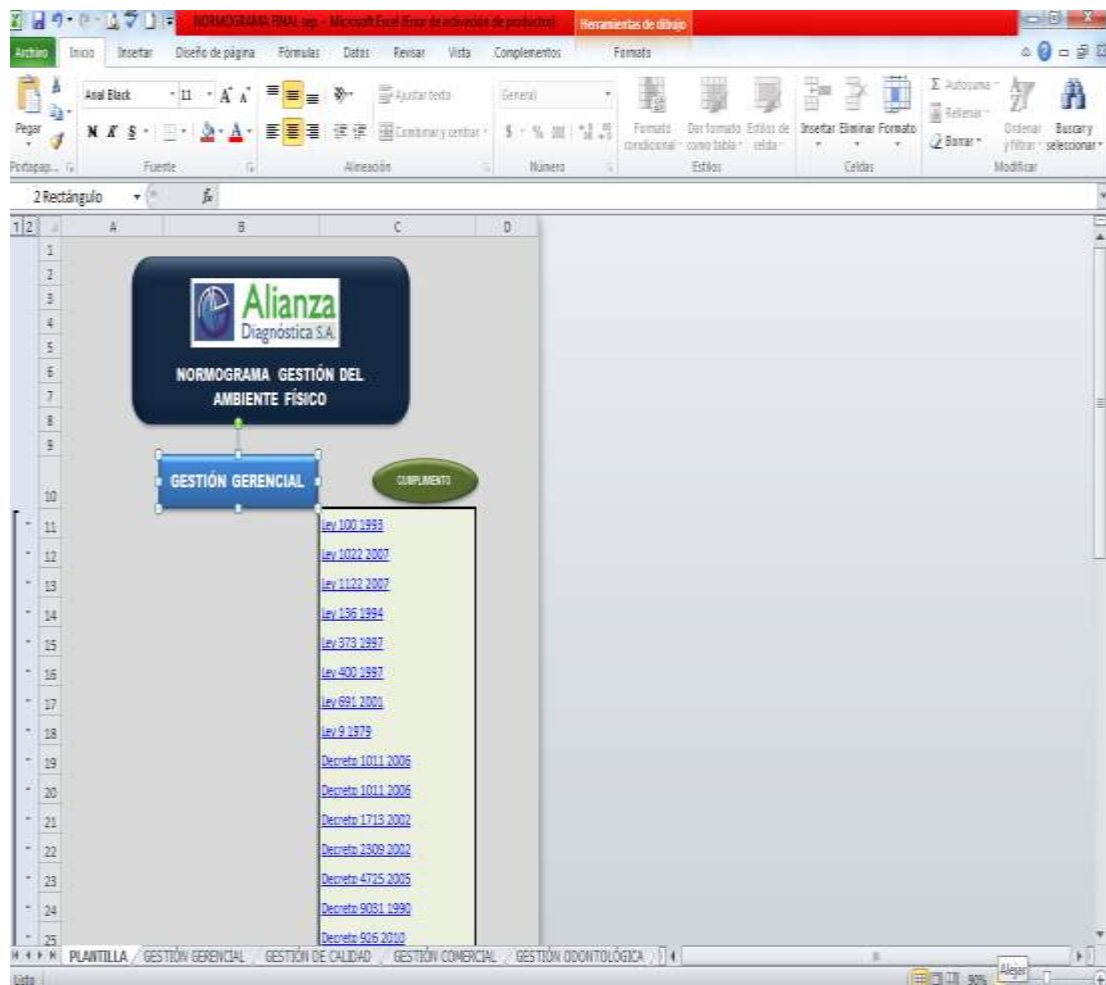
Imagen 4. Imagen de Pantalla de la Herramienta de Normograma de Gestión de Ambiente Físico para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja 1 en el Programa Microsoft Excel.



Fuente autor del proyecto

Al ubicar el cursor sobre el icono de cada proceso y dar doble clic sobre el signo positivo de la columna 1, se desplegara la lista de normas aplicables. Estas nomas cuentan con hipervínculo a páginas de internet donde se pueden ubicar con facilidad para consultarlas en caso de requerirlo.

Imagen 5. Imagen de Pantalla de la Herramienta de Normograma de Gestión de Ambiente Físico para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja 1 en el Programa Microsoft Excel.



Fuente autor del proyecto

Para observar el cumplimiento de la norma a revisar, se debe dar doble clic en el icono, el cual trasladara a la siguiente tabla, en donde se evaluara dicho ítem. Imagen 6. Imagen de Pantalla de la Herramienta de Normograma de Gestión de Ambiente Físico para ALANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja 2 en el Programa Microsoft Excel.

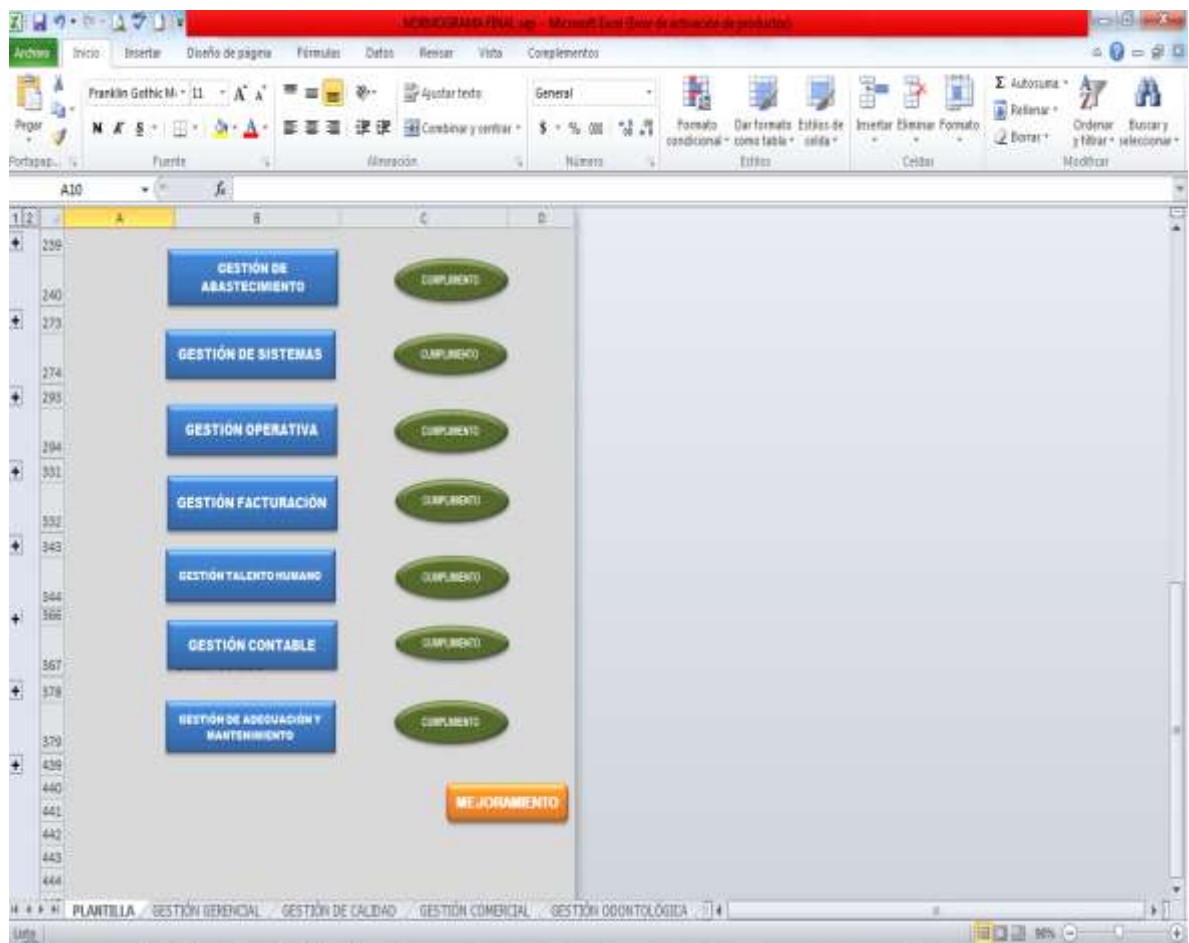
TIPO DE NORMA	AUTORIDAD	ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN	CUMPLE SI NO	EVIDENCIA DOCUMENTAL	RESPONSABLE	ÁREA
Ley 100 1993							
Ley 1022 2007							
Ley 1122 2007							
Ley 136 1994							
Ley 373 1997							
Ley 400 1997							
Ley 691 2001							
Ley 9 1979							
Decreto 1011 2006							
Decreto 1011 2006							
Decreto 1740 2009							

Fuente autor del proyecto

En la parte superior de cada tabla se encuentra una flecha que indica retroceder a la página principal.

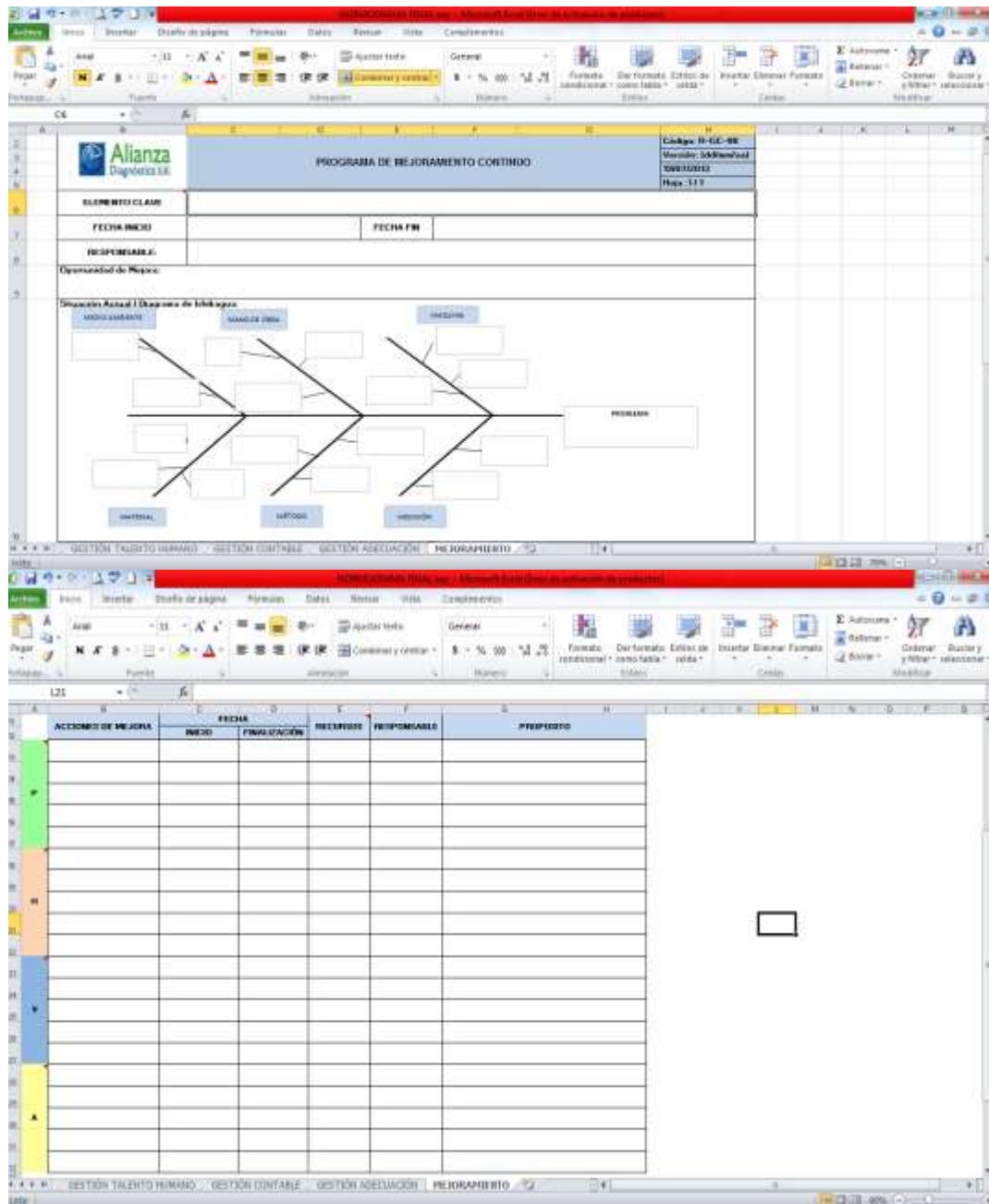
Una vez se realice la evaluación de cada uno de los artículos aplicables a la organización, se puede evidenciar el porcentaje de cumplimiento por normas procesos. Al obtener no cumplimiento se procede a realizar el programa de mejoramiento continuo con el propósito de identificar todas las etapas para el logro del objetivo del programa.

Imagen 7. Imagen de Pantalla de la Herramienta de Normograma de Gestión de Ambiente Físico para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja 1 en el Programa Microsoft Excel.



Fuente autor del proyecto

Imagen 8. Imagen de Pantalla de la Herramienta de Normograma de Gestión de Ambiente Físico para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja Plan de Mejoramiento en el Programa Microsoft Excel.



Fuente autor del proyecto

6.4.4. Modelo Propuesto para el Análisis de vulnerabilidad y Panorama de Riesgos del Ambiente Físico para la IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.

Identificar el nivel de vulnerabilidad de una empresa ante amenazas y su probabilidad de ocurrencia, enmarca su cultura preventiva ante los riesgos potenciales que podrían impactar altamente en el desempeño organizacional si no se identifican desde la planificación estratégica.

El análisis de vulnerabilidad pretende generar conocimiento de las amenazas existentes para establecer planes de emergencia y de contingencia, evaluar su eficacia y disminuir por tanto la vulnerabilidad detectada.

Para el presente análisis de la vulnerabilidad del Ambiente Físico, se evaluó el entorno respecto a las 5M's con adición de la Imagen empresarial, eventos y Operación. Estos elementos de evaluación se trasladaron a las diferentes áreas y procesos de Alianza Diagnóstica, con identificación de riesgos por área para calificar los controles hallados, para ser evaluados posteriormente en de acuerdo a su frecuencia, víctimas, materiales, operación, imagen, ambiente; lo que se graficara según los datos insertados siguiendo la escala de valoración y sus criterios, generando un consolidado de todas las amenazas identificadas por áreas existentes.

Posteriormente se continúa con la valoración del impacto y la priorización del riesgo, la herramienta cuenta con fórmulas predeterminadas que construyen los resultados con los datos de ingreso iniciales, lo que permitirá la toma de decisiones en las áreas problema y las de potencializar, con planes preventivos de emergencia y contingencia ya mencionados.

A continuación se aplica la herramienta para beneficios en el diagnóstico y para demostrar su aplicación:

Imagen 1. Herramienta Modelo de Análisis de Vulnerabilidad y Panorama de Riesgos de Ambiente Físico en Interacción con los Riesgos de Seguridad del Paciente para ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A. Hoja 1 en el Programa Microsoft Excel.¹¹

SISTEMA DE VULNERABILIDAD AMBIENTE FISICO																
<u>ALIANZA DIAGNOSTICA S.A SEDE PRINCIPAL</u>																
AÑO 2.013																
<table border="1"> <tr><td>RIESGOS HALLADOS</td></tr> <tr><td>CONTROL DEL RIESGO</td></tr> <tr><td>AREAS IDENTIFICADAS</td></tr> <tr><td>VALORACION DE LA VULNERABILIDAD</td></tr> <tr><td>TABLAS DE VALORACION</td></tr> <tr><td>GRAFICOS DE RIESGOS</td></tr> </table>	RIESGOS HALLADOS	CONTROL DEL RIESGO	AREAS IDENTIFICADAS	VALORACION DE LA VULNERABILIDAD	TABLAS DE VALORACION	GRAFICOS DE RIESGOS	<table border="1"> <tr><td>FRECUENCIA</td></tr> <tr><td>VICTIMAS</td></tr> <tr><td>OPERACION DE LA EMPRESA</td></tr> <tr><td>MATERIALES</td></tr> <tr><td>IMAGEN</td></tr> <tr><td>AMBIENTE</td></tr> <tr><td>CONSOLIDADO</td></tr> <tr><td>PRIORIZACION</td></tr> <tr><td>IMPACTO DEL RIESGO</td></tr> </table>	FRECUENCIA	VICTIMAS	OPERACION DE LA EMPRESA	MATERIALES	IMAGEN	AMBIENTE	CONSOLIDADO	PRIORIZACION	IMPACTO DEL RIESGO
RIESGOS HALLADOS																
CONTROL DEL RIESGO																
AREAS IDENTIFICADAS																
VALORACION DE LA VULNERABILIDAD																
TABLAS DE VALORACION																
GRAFICOS DE RIESGOS																
FRECUENCIA																
VICTIMAS																
OPERACION DE LA EMPRESA																
MATERIALES																
IMAGEN																
AMBIENTE																
CONSOLIDADO																
PRIORIZACION																
IMPACTO DEL RIESGO																

Fuente autor del proyecto

¹¹ Adaptación y rediseño, basado en el modelo de análisis de vulnerabilidad de ARL Colpatría.

Tabla 3. Valoración, Clasificación, Definición, medición cuantitativa y cualitativa de acuerdo a Criterios definidos para las Variables de los Riesgos de ambiente Físico relacionados con la Seguridad del Paciente en el Programa Microsoft Excel.

TABLAS DE VALORACIÓN DE RIESGOS					
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	ESCALA CUALITATIVA	ESCALA CUANTITATIVA	CRITERIOS
FRECUENCIA	EVENTO (TODOS LOS ITEMS)	Está determinada por la probabilidad de ocurrencia del evento que puede originar la pérdida. De acuerdo a la frecuencia con que pueda ocurrir	IMPROBABLE	1	Su posibilidad de ocurrencia es nula. Las condiciones no permiten que suceda.
			POCO PROBABLE	2	Existe la posibilidad que se presente pero
			MODERADAMENTE PROBABLE	3	El riesgo ha ocurrido al menos en una ocasión durante el funcionamiento de la empresa.
			FRECUENTE	4	El riesgo se ha presentado varias veces con consecuencias leves o potencialmente catastróficas.
IMPACTO POTENCIAL	EVENTO	Para este análisis de vulnerabilidad se consideraron los tipos de riesgo, el ámbito de influencia, escenarios y variables. . Para la priorización de los eventos se utilizó el método Zúrich que genera un análisis bimodal	BAJO	1	Las consecuencias no afectan el funcionamiento del sistema y/o el entorno, las pérdidas o daños son despreciables. Sin afección, las pérdidas son completamente
			MEDIANO	2	Las consecuencias afectan en forma leve al sistema y al entorno, las pérdidas o daños Aunque afecta la economía de la empresa ésta la puede resolver con recursos
			CRITICO	3	Las consecuencias afectan parcialmente el sistema y/o al entorno en forma grave, las pérdidas o daños son considerables. Se requiere de recortes presupuestales de otras áreas, endeudamiento o ampliación de capital.
			CATASTROFICO	4	Las consecuencias afectan en forma total Agotamiento de los recursos propios y accesibles de la empresa, llevándola al caos económico produciendo la quiebra.

TABLAS DE VALORACIÓN DE RIESGOS					
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	ESCALA CUALITATIVA	ESCALA CUANTITATIVA	CRITERIOS
GRAVEDAD	PERSONAS: CLIENTE, USUARIO, TRABAJADORES, CONTRATISTAS, PROVEEDORES, VISITANTES O PARTES INTERESADAS (VICTIMAS)	Está determinada por la forma como el evento puede afectar (consecuencias) el ámbito de influencia y por ende la estabilidad de la Empresa. (Personas/Víctimas)	INSIGNIFICANTE	1	Sin lesiones, o lesiones sin atención Hospitalaria
			MARGINAL	2	Lesiones Leves que requieran atención médica o de un
			CRITICA	3	Lesiones Graves con atención en un centro Hospitalario y/o incapacidad temporal.
			CATASTROFICA	4	Invalidez y/o Muertes
	MATERIALES Y EQUIPOS	El monto de las pérdidas materiales, de los equipos, materias primas, productos en proceso, productos terminados, instalaciones locativas, entre otros, se puede determinar con base en un porcentaje del capital o por salarios mínimos mensuales vigentes (s.m.l.m.v.).	INSIGNIFICANTE	1	Menores a 15 S.M.L.M.V
			MARGINAL	2	Entre 15 S.M.L.M.V a 30 S.M.L.M.V
			CRITICA	3	Entre 30 S.M.L.M.V a 300 S.M.L.M.V
			CATASTROFICA	4	más de 300 S.M.L.M.V
	OPERACIÓN DE LA EMPRESA	Se puede establecer que el cese en la operación de la empresa sea considerada por horas, por días o por semanas.	INSIGNIFICANTE	1	Suspensión inferior a 2 horas
			MARGINAL	2	Suspensión entre 2 y 8 horas
			CRITICA	3	Suspensión de 1 a 3 días
			CATASTROFICA	4	Suspensión mayor a 3 días

TABLAS DE VALORACIÓN DE RIESGOS					
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	ESCALA CUALITATIVA	ESCALA CUANTITATIVA	CRITERIOS
GRAVEDAD	IMAGEN DE LA EMPRESA	Es el grado de afección que tenga la compañía desde el punto de vista comercial, confianza en la comunidad y apoyo interinstitucional.	INSIGNIFICANTE	1	Solo es de conocimiento en la empresa no hay difusión en medios de comunicación masiva y la comunidad no se entera del evento
			MARGINAL	2	La comunidad se entera y el apoyo interinstitucional es inmediato, los medios de comunicación no prestan importancia al evento.
			CRITICA	3	Los medios de comunicación hacen una amplia difusión del evento, la empresa requiere de un comunicado de prensa para mejorar la imagen. Existe la posibilidad de recibir demandas instauradas por la comunidad.
			CATASTROFICA	4	Los medios de comunicación hacen una amplia difusión del evento. Son un hecho las demandas de la comunidad. No es posible el apoyo interinstitucional.
	MEDIO AMBIENTE	El impacto sobre el medio ambiente se evalúa en cada uno de sus componentes (parte aire, parte agua y parte suelo)	INSIGNIFICANTE	1	Mediante el uso de elementos y/o tratamientos de fácil aplicación o de bajo costo es posible realizar un control sobre el impacto, las consecuencias son leves y los recursos se recuperan rápidamente.
			MARGINAL	2	Es necesario aplicar tratamientos primarios, la recuperación de los recursos es lenta y progresiva.
			CRITICA	3	Se requiere de tratamientos secundarios, estos son de alto costo y de tecnología de difícil aplicación. Los efectos sobre los recursos son devastadores y duraderos
			CATASTROFICA	4	El impacto generado es de difícil recuperación y de alta duración, es necesario la aplicación de tratamientos terciarios. En algunos casos no es posible la recuperación de los recursos.

TABLAS DE VALORACIÓN DE RIESGOS					
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	ESCALA CUALITATIVA	ESCALA CUANTITATIVA	CRITERIOS
CONTROL	MÉTODOS DE CONTROL	Discrimina las medidas de control halladas al momento del análisis	MUY BUENO	1	Están identificados, evaluados y controlados todos los factores del riesgo. Se realizan chequeos y/o mantenimiento periódico y se garantiza la efectividad de estos métodos.
			BUENO	2	Están identificados, evaluados y controlados todos los factores del riesgo. Faltan inspecciones y/o mantenimientos periódicos que garanticen la efectividad de los métodos de control.
			FALLAS MENORES	3	Están identificados, evaluados y controlados algunos de los factores del riesgo, las medidas de control no están totalmente implementadas o deben mejorarse.
			FALLAS / PROBLEMAS	4	No están identificados, evaluados y controlados los factores del riesgo. Faltan métodos de control y/o los existentes son inadecuados o incompletos.

Fuente autor del proyecto

Tabla 4. Tabla de Evaluación Cuantitativa de acuerdo a criterios definidos para los Riesgos identificados en el Ambiente Físico relacionado con la Seguridad del Paciente en el Programa Microsoft Excel.

REGRESAR		
# Riesgo	Riesgo Identificado	Control Hallado
1	Caída en escaleras	3
2	Contaminación cruzada por traslado de desechos	3
3	Exposición a Radiaciones ionizantes	2
4	Incendio por corto circuito	3
5	Incendio por sobrecalentamiento	1
6	Incendio vehículo parqueadero	1
7	Escape de gases medicinales	2
8	Sismo daño estructural	2
9	Amenaza de bomba	2
10	Explosión	2
11	Derrame de sustancias químicas	3
12	Derrame de residuos peligrosos	3
13	Derrame de aguas negras	2

Fuente autor del proyecto

Tabla 5. Valoración Cuantitativa de los Riesgos identificados por Áreas frente a las variables del el Ambiente Físico relacionado con la Seguridad del Paciente en el Programa Microsoft Excel.

ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD																
AÑO 2013																
RIESGO	Caída en escaleras	Contaminación cruzada por traslado de material de diagnóstico	Exposición + Radiaciones ionizantes	Incendio por corto circuito	Incendio por sobrecalentamiento	Incendio debido a parqueadero	Escape de gases medicamentos	Sistema de agua estructural	Amenaza de bomba	Explosión	SÍSMIC.	Demora de prestaciones quirúrgicas	Derribo de residuos peligrosos	Derribo de aguas negras	SEVERIDAD GENERAL POR ÁREAS	FRECUENCIA GENERAL POR ÁREA
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV		
ÁREA	PROMEDIOS DE DAÑOS Y/O PERDIDAS															
GENERAL POR RIESGO	1,29	1,30	1,23	2,29	2,26	1,56	1,46	2,18	2,40	2,20	1,12	1,08	1,00	1,10		
1 Atención al Usuario	1,13	1,13	1,00	2,25	2,25	1,63	1,75	2,13	2,50	2,25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,57	1,31
2 Toma de muestras	1,25	1,25	1,00	2,25	2,13	1,63	1,88	2,13	2,38	2,25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,58	1,54
3 Toma de Electrocardiograma	1,13	1,13	1,00	2,25	2,13	1,63	1,75	2,13	2,38	2,25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,55	1,15
4 Sala de Lectura	1,13	1,13	1,00	2,25	2,25	1,63	1,75	2,13	2,38	2,25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,56	1,23
5 Sala de Rayos X 1º Piso	1,13	1,75	2,13	2,75	2,75	1,63	1,88	2,25	2,38	2,38	1,33	1,33	1,00	1,00	1,83	1,92
6 Ecografía	1,50	1,13	2,13	2,25	2,13	1,63	1,75	2,13	2,38	2,25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,66	1,46
7 Mamografía	1,50	1,13	1,88	2,25	2,25	1,63	1,88	2,25	2,38	2,25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,67	1,62
8 Citológia	1,38	1,50	1,00	2,25	2,13	1,63	1,75	2,25	2,38	2,25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,61	1,46
9 Sala de Rayos X 2º piso	1,63	1,63	2,38	2,75	2,75	1,50	1,88	2,25	2,38	2,38	1,33	1,17	1,00	1,00	1,86	1,92
10 Áreas comunes	1,25	1,25	1,00	2,38	2,25	1,50	1,75	2,25	2,38	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,57	1,38
11 Gestión Contable	1,38	1,13	1,00	2,25	2,25	1,50	1,13	2,25	2,38	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,52	1,31
12 Gestión Financiera	1,38	1,00	1,00	2,13	2,25	1,50	1,13	2,25	2,38	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,50	1,23
13 Gerencia General	1,38	1,25	1,00	2,25	2,25	1,50	1,13	2,25	2,38	2,25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,54	1,62
14 Admon Laboratorio	1,25	1,25	1,00	2,13	2,13	1,50	1,13	2,25	2,38	2,25	1,00	1,00	1,00	1,00	1,52	1,31
15 Laboratorio Clínico	1,50	1,75	1,00	2,63	2,63	1,50	1,13	2,25	2,38	2,00	1,33	1,33	1,00	1,00	1,67	1,54
16 Pafío	1,13	1,00	1,13	2,13	2,13	1,50	1,13	2,13	2,38	2,50	1,33	1,17	1,00	2,00	1,62	1,46
17 Parqueadero	1,25	1,25	1,00	2,13	2,13	1,63	1,13	2,13	2,38	2,13	1,00	1,00	1,00	1,00	1,51	1,54
18 Bodega	1,13	1,13	1,00	2,13	2,00	1,50	1,13	2,13	2,50	2,13	1,50	1,33	1,00	1,00	1,54	1,54
19 Cuartito de Almacenamiento Central de	1,13	2,13	1,00	2,13	2,13	1,50	1,13	2,13	2,50	2,13	1,50	1,17	1,00	2,00	1,68	1,85
20 Salas de Espera	1,25	1,13	1,00	2,25	2,25	1,50	1,13	2,00	2,50	2,13	1,00	1,00	1,00	1,00	1,51	1,38
GENERAL POR RIESGO	1,29	1,30	1,23	2,29	2,26	1,56	1,46	2,18	2,40	2,20	1,12	1,08	1,00	1,10		
SEVERIDAD AJUSTADA	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,29	
FRECUENCIA AJUSTADA	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00		
CONTROL DEL RIESGO	3,00	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,21	
IMPACTO DEL RIESGO	4,00	4,00	4,00	6,00	6,00	4,00	4,00	9,00	6,00	6,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,79	

Fuente autor del proyecto

6.4.5. Matriz Propuesta de Peligros y Riesgos del Ambiente Físico para la IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.

La matriz de peligros es un método sistemático, organizado y estratégico para la identificación, localización, valoración y priorización de los peligros y factores de riesgo presentes para así determinar controles eficaces continuos y periódicos que eliminen, sustituyan o minimicen en riesgo.

El esquema propuesto representa una herramienta tanto de planificación como de verificación, a través del conocimiento pleno del riesgo y sus consecuencias, generando como resultado planes de intervención y control sobre los peligros y riesgos

Se tomó como referencia para la creación de este método la norma NTC OHSAS 18001:2007 y la GTC 45, siguiendo sus lineamientos y recomendaciones de valoración, aunque cambiando su sentido ocupacional con una adaptación para la identificación de ambiente físico según sus factores de riesgo: humano, público, documental, físico, químico, natural, contaminación, y cultural, teniendo como base las directrices identificadas en el alcance del estándar de Ambiente Físico relacionado con la seguridad del paciente que proporcionan las fuentes o los peligros, constituyendo las diferencias de aplicación, para este efecto se denominó: MATRIZ DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS DE AMBIENTE FÍSICO.

Para la aplicación de ésta matriz se deben clasificar los peligros para cada directriz, con sus factores de riesgo y consecuencias asociadas, luego de dicha identificación se prosigue a la valoración definiendo la probabilidad según escala y la consecuencia, obteniendo el nivel de riesgo para tomar la decisión de la aceptabilidad, de acuerdo a esto se establecen los controles necesarios que implican inversión a nivel financiero, por lo que es de suma importancia que la valoración sea precisa y exacta, para que los recursos sean canalizados a


impactar en los peligros y riesgos de mayor impacto y probabilidad, es decir con el mayor nivel de riesgo, evitando perder recursos en controles desproporcionados en áreas de poca necesidad que no aportan a la mejora del proceso. Aplicar la siguiente escala para la valoración del nivel de riesgo:

Tabla 6. Escala de Valoración del Nivel de Riesgo del Ambiente Físico relacionado con la Seguridad del Paciente en el Programa Microsoft Excel.


PROBABILIDAD	CONSECUENCIA				
	CATASTROFICO (5)	IMPORTANTE (4)	MODERADO (3)	LEVE (2)	INSIGNIFICANTE (1)
	Muertes, liberación de tóxicos, impactos ambientales incalculables, enormes costos financieros, multas y demandas millonarias, no cumplimiento de ningún objetivo estratégico	Lesiones extensas, pérdida de capacidad productiva, impactos ambientales severos, multas y demandas de menor cuantía, pérdida financiera importante, no logro del 50% de los objetivos estratégicos.	Opción de tratamiento médico, impactos ambientales moderados, multas educativas o con tiempo para elaboración de planes de acción, pérdida financiera alta, no logro del 30% de los objetivos estratégicos.	Tratamiento de primeros auxilios, impactos ambientales leves, pérdida financiera media, no multas ni demandas pero si quejas de clientes, usuarios y partes interesadas, no logro del 15% de los objetivos estratégicos	Incidentes sin lesiones, impactos ambientales no significativos, pérdida financiera baja o imperceptible, no quejas, no logro del 5% de los objetivos estratégicos
SEGURO (5)	25	20	15	10	5
PROBABLE (4)	20	16	12	8	4
POSIBLE (3)	15	12	9	6	3
IMPROBABLE (2)	10	8	6	4	2
RARO (1)	5	4	3	2	1

Fuente autor del proyecto

Tabla 7. Matriz de Peligros y Evaluación de los Riesgos del Ambiente Físico relacionado con la Seguridad del Paciente en el Programa Microsoft Excel

		MATRIZ DE PELIGROS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS DE AMBIENTE FÍSICO																			
		SECTOR: ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.																			
DIRECTRICES DE AMBIENTE FÍSICO EN SUA	Peligros	FACTOR DE RIESGO	Consecuencias	Valoración del Riesgo				DETERMINACIÓN DE CONTROLES													
				Controles actuales				Medidas de control Jerarquización de controles operativos					Análisis de riesgo con medidas de control			Valoración del riesgo		El riesgo es aceptable			
				C	P	NR	Aceptabilidad del riesgo	Eliminación	Restricción	C. Registros	Saludables	Capacitación	Reservamiento	Equipo de protección personal	Documentos control del riesgo	C	P	NR	Priorización del riesgo	SI	NO
RIESGOS	No existencia del programa de riesgos	DOCUMENTAL	Multa por incumplimiento legal.	Documentos actualizados, divulgación e la información	4	2	8	SI											X		
	No adherencia a los procedimientos.	HUMANO	Falta de compromiso por parte del personal. No conocer como actuar frente a un riesgo latente o potencial. Materialización de los riesgos.	Divulgación de la información, programa de incentivos	4	4	16	SI												X	
	No tener cultura de riesgo	CULTURAL	Materialización de riesgos. Afectación de la salud, entorno.	Ninguno	3	3	9	SI												X	

Fuente autor del proyecto

		MANEJO DE RIESGOS Y CALIDAD OPERATIVA DE SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO SECTOR ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.															
		DIRECCIONES DE AMBIENTE FÍSICO EN SUJA	Peligros	FACTOR DE RIESGO	Consecuencias	Valoración del Riesgo				DE IDENTIFICACIÓN DE CONTROLES							
Control de actividad	C					I*	NR	Aplicabilidad del Riesgo	Medidas de control Jerarquización de controles operativos				Análisis del riesgo con medida de control		Valoración del riesgo	El riesgo es aceptable	
									Ubicación	Sectores	Urgencia	Saludables	Capacidades tecnológicas	Urgencia por el paciente		Documentos control del riesgo	C
NO HUMANO	Agresión física y verbal por parte de pacientes, acompañantes o visitantes	HUMANO	Golpes, contusiones, Delatoro de imagen organizacional.	Información en paredes y carteleras de política de no fumar	2	1	2	SI	x	Análisis de Vulnerabilidad - Identificación de estándares - Autoevaluación de habitación R. 1441 de 2013.	SI	I*	NR	SI	NO	X	NO
	Usuario no se adhiera a las políticas establecidas	HUMANO	Retorno de aceptación de normas.	Apoyo por parte de coordinación operativa continuamente.	2	1	2	SI	x	Análisis de Vulnerabilidad - Identificación de estándares - Autoevaluación de habitación R. 1441 de 2013.	SI	I*	NR	SI	NO	X	NO
MOVILIZACIÓN	Información errada	HUMANO	Desvío de pacientes, pérdida de tiempo e información.	Capacitación a personal de servicio al cliente, vigilantes, administrativo y asistencia.	3	2	6	SI	x	Análisis de Vulnerabilidad - Identificación de estándares - Autoevaluación de habitación R. 1441 de 2013.	SI	I*	NR	SI	NO	X	NO
	Señalización inadecuada	HUMANO-FÍSICO	Desvío de pacientes, pérdida de tiempo e información.	Señalización regulatoria de cada dependencia.	3	2	6	SI	x	Análisis de Vulnerabilidad - Identificación de estándares - Autoevaluación de habitación R. 1441 de 2013.	SI	I*	NR	SI	NO	X	NO
MANEJO DE RESIDUOS	Demanda de residuos peligrosos	CONTAMINACIÓN	Contaminación cruzada, afectación de la salud por contacto con piel, contaminación del agua y suelo.	Botas de calzado adecuado, prácticas de lavado de doble y llenado de bolsas hasta el nivel adecuado.	2	1	2	SI	x	Análisis de Vulnerabilidad - Identificación de estándares - Autoevaluación de habitación R. 1441 de 2013.	SI	I*	NR	SI	NO	X	NO
	No recolección de residuos sólidos y líquidos	CONTAMINACIÓN	Proliferación de vectores, contaminación cruzada, generación de bioresiduos.	Activación de Plan de contingencia.	2	4	8	SI	x	Análisis de Vulnerabilidad - Identificación de estándares - Autoevaluación de habitación R. 1441 de 2013.	SI	I*	NR	SI	NO	X	NO
	Segregación inadecuada	CONTAMINACIÓN	Contaminación cruzada, afectación al recurso suelo y agua.	Aplicación de plan de gestión de residuos hospitalarios y similares.	2	3	6	SI	x	Análisis de Vulnerabilidad - Identificación de estándares - Autoevaluación de habitación R. 1441 de 2013.	SI	I*	NR	SI	NO	X	NO

Fuente autor del proyecto

6.5. ESTRUCTURAR PLAN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO PARA LA GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

FASE DE PLANIFICACIÓN DE PLANEACIÓN E IMPLEMENTACIÓN.

6.5.1 Desarrollo de Técnicas de Sensibilización y Formación del Personal Involucrado en los Procesos de Ambiente Físico.

Para la consecución de metas y objetivos a todo nivel es importante impactar al personal de la organización con formación continua pertinente, por lo que es necesario, definir estrategias de sensibilización en pro de generar toma de conciencia y compromiso organizacional, que en este caso, es con respecto al Ambiente Físico para la Seguridad del Paciente, que desde una visión de integralidad beneficia a su vez a las personas de la organización.

Las Personas de la Organización vistas desde los estándares de Ambiente Físico (usuarios/pacientes, familiares/acompañantes, colaboradores, visitantes, comunidad y aliados) deben recibir y/o compartir formación de acuerdo con las directrices de la dirección y la normatividad exigida y voluntariamente acogidas.

En este capítulo, se estructura un procedimiento para la sensibilización del personal con implementación transversal ante las necesidades actuales y las cambiantes de formación en ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A., donde y cuando amerite, para cualquier tipo de educación o formación.

El procedimiento adopta los lineamientos de los Paquetes Instruccionales (ver Anexo 7) para las Buenas Prácticas de Atención en Salud del Ministerio de la Protección Social de Colombia y las recomendaciones de la NTC 10015 de 2003 de ICONTEC.

La mejora continua, implícita en el desempeño del personal de la Organización y de la correcta selección de una formación eficaz, con la implementación de metodologías estandarizadas enfocadas a los requisitos de sus partes interesadas.

Para los términos y definiciones se tomó los definidos por la NTC-ISO 9000:

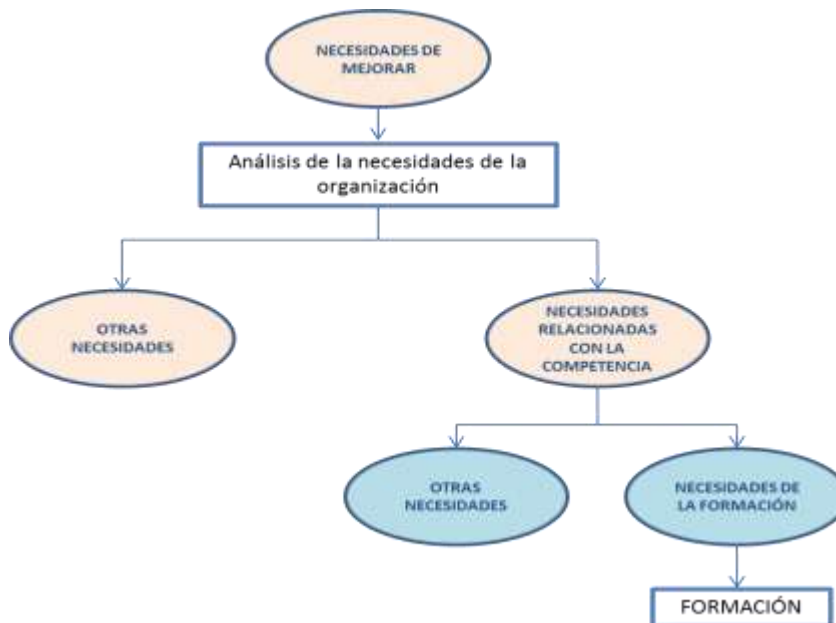
3.1 Competencia: aplicación del conocimiento, habilidades y comportamientos al desempeño.

3.2 Formación: proceso para proveer y desarrollar el conocimiento, las habilidades y los comportamientos para cumplir los requisitos.

Fuente: Figura 1 de la Norma Técnica Colombiana NTC 10015 de 2003.

Fuente: Figura 2 de la Norma Técnica Colombiana NTC 10015 de 2003.

Figura 3. Identificación de las necesidades de Mejora de la Calidad a través de la Formación.



Fuente autor del proyecto

Figura 4. Ciclo de Formación para cumplir con las Necesidades de la Organización



Fuente autor del proyecto

6.5.2 Modelo de Planeación Estratégica, Implementación, Medición Mejoramiento de las Directrices Organizacionales en integración con las del SUA, respecto al Ambiente Físico relacionado con la Seguridad Del Paciente: Cuadro De Mando Integral Balanced Scorecard Modificado. El Balanced Scorecard o Cuadro de mando integral es un método de gestión administrativa creada por Robert Kaplan y David Norton en 1992, que proporciona diferentes perspectivas de evaluación y medición de acuerdo a la estrategia y visión organizacional desde una óptica integral.

Esta herramienta permite definir y conocer el logro de metas, objetivos iniciativas definidas desde las directrices estratégicas, a través de actividades que responden a la pirámide de direccionamiento en estrecha interrelación.

Según el libro *The Balanced ScoreCard: Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press, Boston, 1996: "El BSC es una herramienta revolucionaria para movilizar a la gente hacia el pleno cumplimiento de la misión a través de canalizar las energías, habilidades y conocimientos específicos de la gente en la organización hacia el logro de metas estratégicas de largo plazo. Permite tanto guiar el desempeño actual como apuntar al desempeño futuro. Usa medidas en cuatro categorías -desempeño financiero, conocimiento del cliente, procesos internos de negocios y, aprendizaje y crecimiento- para alinear iniciativas individuales, organizacionales y trans-departamentales e identifica procesos enteramente nuevos para cumplir con objetivos del cliente y accionistas. El BSC es un robusto sistema de aprendizaje para probar, obtener realimentación y actualizar la estrategia de la organización. Provee el sistema gerencial para que las compañías inviertan en el largo plazo -en clientes, empleados, desarrollo de nuevos productos y sistemas más bien que en gerenciar la última línea para bombear utilidades de corto plazo. Cambia la manera en que se mide y maneja un negocio".

De la misión y la visión se extraen las variables que definirán las directrices estratégicas claras del negocio y que mantendrán consistentes a lo largo de todo el desarrollo del modelo, enlazando los objetivos a la planificación, comunicación, medición y planes de acción al direccionamiento estratégico.

Aunque el BSC constituye un sistema de gestión empresarial, quisimos adaptarlo nuestro proceso de interés, al ser el la adherencia al Estándar de Ambiente Físico un tema netamente estratégico para Alianza Diagnóstica, en lo cual este modelo nos aporta en forma pertinente desarrollo necesario para la gestión estratégica y global con la que queremos dar solución a los requerimientos de dicho estándar, además de convertirse en un sistema adaptable para el logro de los demás estándares del SUA según se avance en el ciclo de la acreditación y del éxito de la implementación en el área que aquí se propone.

El BSC para el Ambiente Físico relacionado con la seguridad del Paciente de Alianza Diagnóstica, se desarrolla en el programa Microsoft Office Excel, dando formato en tablas en la siguiente secuencia.

- Norte Estratégico de Negocio: Contiene la Misión, Visión y políticas relacionadas con el tema a desarrollar, de las cuales se obtienen las variables a medir y los objetivos estratégicos.
- Mapa de Procesos: Esquema que describe a nivel general los procesos y estructura de la organización.
- Vinculación por Perspectivas: En esta fase se definen las estrategias organizacionales definidas en el Norte estratégico clasificadas en las cuatro perspectivas escogidas (Cliente, Aprendizaje y crecimiento, Financiera, y Procesos internos); aquí se realizó la primera adaptación del modelo, se tomaron Los temas pilares identificados en la definición del alcance, y se cruzaron con los criterios de los estándares objeto, clasificándolos a su vez en cuatro perspectivas y variables estratégicas, para obtener la directriz final estratégica por cada perspectiva.
- Construcción de Objetivos Estratégicos: Por cada directriz estratégica se definen y establecen los objetivos estratégicos necesarios para dar cumplimiento a la directriz, en términos de lo que se quiere lograr y para cuando.
- Despliegue de Objetivos: Los objetivos definidos se asocian a los procesos relacionados ya sea por responsabilidad, apoyo o beneficio.
- Plan de Medición: Tomando las perspectivas, los objetivos estratégicos y las variables ya desarrolladas, se establece el método de medición a través de

indicadores de control y seguimiento, descritos en forma detallada con fórmula, unidad, sentido, responsable de captura y análisis, fuente de datos, valores base previos a medición con fecha, la meta a lograr en valores potenciales fechados y clasificados en C=Conformidad (logro meta única), NC=No Conformidad (no logro de meta aplicable para planes de acción correctivos), R=Riesgo (logro de la meta pero cercano a borde divisorio entre N y NC, aplicable para planes de acción preventivos), F=Fortaleza (logro de la meta por encima de la conformidad sin constituir riesgo de no alcanzarla, aplicable para Oportunidades de Mejora). Este plan permite planificar, comunicar, medir y analizar las metas y sus resultados para la posterior generación de Planes de Acción en cualquier estadio del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar)

- Alineación General: En esta fase final se puede apreciar la ramificación que se origina desde la perspectiva y la directriz hacia los objetivos estratégicos por procesos relacionados que dan origen por cada indicador a iniciativas estratégicas que se desglosan en las actividades necesarias con definición de sus responsables, con sus respectivos, recursos, tiempos y evidencia, impactando en el logro del Norte Estratégico de donde se partió, asegurando que los esfuerzos están encaminados a la visión del negocio. En aras del ejercicio y como demostración del desarrollo del método se tomó un indicador por perspectiva desarrollándolo en el plan de acción de la alienación general.

Vinculación por Perspectivas


Tabla 8. Balanced Score card para el Proceso de Ambiente Físico relacionado con la Seguridad del Paciente desde la Directrices organizacionales y del SUA.

Tabla 9. Construcción de Objetivos Estratégicos.

DIRECTRICES DE AMBIENTE FISICO	CLIENTE	APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	FINANCIERA	PROCESOS INTERNOS
ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES				
Visión Organizacional	Buen servicio	Talento Humano sobresaliente - Calidad Humana continuo crecimiento personal	Rentabilidad	Rentabilidad
Misión Organizacional	Resultados oportunos y confiables	Personas con alto sentido ético y vocación de servicio	Gestión rentable	Resultados oportunos y confiables
CRITERIOS DE LOS ESTANDARES DEL SUA DE AMBIENTE FISICO RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE				
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO QUE RESPONDA LAS NECESIDADES DE CLIENTES EXTERNOS E INTERNOS	necesidades de ambiente físico del cliente externo e interno	Desarrollo Formativo	Disponibilidad de recursos para adecuación / readecuación	Procesos coherentes
		Bioseguridad		efectividad en respuesta a necesidades
MANEJO SEGURO DEL AMBIENTE FISICO	Prevención	Desarrollo Formativo en seguridad del paciente		Manejo seguro
				Cumplimiento Legal y reglamentario
GESTION AMBIENTAL ADECUADA	Prevención	Desarrollo Formativo		Gestión Ambiental
	Desarrollo formativo			
GESTION DE DESECHOS	Mitigación de impactos	Desarrollo Formativo (Manejo y disposición de desechos)		Gestión segura de los desechos
	Educación			
EMERGENCIAS Y DESATRES	Comunicación eficaz	Adecuada capacidad de respuesta	Inversión en cultura preventiva	Control del riesgo
	Educación			
	Movilización segura			
PERDIDA DE PACIENTES	Protección del usuario	Responsabilidad y compromiso		Control del riesgo
	Comunicación eficaz			
POLITICA DE NO FUMAR	ambiente saludable	Cultura e Imagen Organizacional coherente (dar ejemplo).		
AMBIENTE FISICO HUMANIZADO	Ambiente Humanizado	Desarrollo formativo de seguridad del paciente	Inversión en adecuación	Ambiente de trabajo adecuado
REMODELACIÓN Y CONSTRUCCIÓN	Protección al Cliente interno y externo			Control del riesgo
DIRECTRIZ ESTRATÉGICA	Protección de las partes interesadas, brindando ambiente seguro humanizado y responsable con el entorno.	Aprendizaje, toma de conciencia continua en la cultura de la seguridad	Inversión para adecuación, remodelación y ampliación de Infraestructura con enfoque preventivo y sostenible	Gestión integral del desempeño de procesos, respecto a cumplimiento legal, control del riesgo y manejo seguro de desechos en la organización.

Fuente autor del proyecto

Tabla 10. Construcción de Objetivos Estratégicos.

CONSTRUCCIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS				
CLIENTE	APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	FINANCIERO	PROCESOS INTERNOS	
 <p>DIRECTRIZ ESTRATEGICA DEL AMBIENTE FISICO</p>	Protección de las partes interesadas, brindando ambiente seguro, humanizado y responsable con el entorno.	Aprendizaje, toma de conciencia continua en la cultura de la seguridad	Inversión para adecuación, remodelación y ampliación de Infraestructura con enfoque preventivo y sostenible	
	Garantizar la seguridad con la disminución de eventos inseguros en un 50% según estándares y directrices para el Agosto de 2014	Aumentar la sensibilización y compromiso hacia la seguridad según directrices de ambiente físico en un 50% a Abril de 2014.	Aumentar en un 50% la disponibilidad de recursos para el cumplimiento de estándares y directrices definidas en ambiente físico para la seguridad del paciente anual.	Asegurar la gestión de proveedores en contratación tercerizada con cumplimiento del 100 % de criterios establecidos a Marzo de 2014
	Incrementar la seguridad del paciente y partes interesadas en un 30% anual en el estándar de ambiente físico del SUA.	Aumentar competencias para el cumplimiento legal en habilitación para las partes interesadas a Marzo de 2014.	Asegurar cumplimiento presupuestal para ambiente físico.	Incrementar la percepción de la seguridad en los procesos organizacionales con enfoque al ambiente físico en un 50% a Agosto de 2014
	Disminuir a un 10% las PQRS por infraestructura y ambientes no humanizados debido al no cumplimiento de los estándares en la organización a Diciembre de 2014	Incrementar las competencias del personal en un 60 % sobre cultura de la seguridad del paciente en las directrices de ambiente físico a Agosto de 2014.	Aumentar la inversión al 60 % en cultura preventiva en seguridad organizacional según directriz estratégica.	Aumentar en un 30 % la adherencia a los estándares y directrices definidas para Ambiente Físico y Seguridad en los procesos prioritarios Marzo de 2014
	Asegurar la protección del medio ambiente según requerimientos normativos y legales, involucrando proveedores y comunidad.	Implementar el 100% de los planes de educación planificados a usuarios y acompañantes sobre autocuidado y el buen uso de ambiente físico a Junio de 2014.		

Fuente autor del proyecto

Tabla 11. Despliegue de Objetivos en Procesos

PERSPECTIVAS			GESTION GERENCIAL	GESTION DE COMERCIAL	GESTION DE ABASTECIMIENTO	PROCESOS ASISTENCIALES	GESTION DE ADECUACION Y MANTENIMIENTO (outsourcing)	GESTION FINANCIERA	GESTION HUMANA	GESTION DE LA CALIDAD	GESTION OPERATIVA	GESTION DE SISTEMAS
PERSPECTIVAS	CLIENTE	Garantizar la seguridad con la disminución de eventos inseguros en un 50% según estándares y directrices para el Agosto de 2014										
		Incrementar la seguridad del paciente y partes interesadas en un 30% anual en el estándar de ambiente físico del SUA.										
		Disminuir a un 10% las PCRS por infraestructura y ambientes no humanizados debido al no cumplimiento de los estándares en la organización a Diciembre de 2014										
		Asegurar la protección del medio ambiente según requerimientos normativos y legales, involucrando proveedores y comunidad.										
	APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Aumentar la sensibilización y compromiso hacia la seguridad según directrices de ambiente físico en un 50% a Abril de 2014.										
		Aumentar competencias para el cumplimiento legal en habilitación para las partes interesadas a Marzo de 2014.										
		Incrementar las competencias del personal en un 60 % sobre cultura de la seguridad del paciente en las directrices de ambiente físico a Agosto de 2014.										
		Implementar el 100% de los planes de educación planificados a usuarios y acompañantes sobre autocuidado y el buen uso de ambiente físico a Junio de 2014.										
	FINANCIERO	Aumentar en un 50% la disponibilidad de recursos para el cumplimiento de estándares y directrices definidas en ambiente físico para la seguridad del paciente anual.										
		Asegurar cumplimiento presupuestal para ambiente físico.										
		Aumentar la inversión al 60 % en cultura preventiva en seguridad organizacional según directriz estratégica.										
	PROCESOS INTERNOS	Asegurar la gestión de proveedores en contratación tercerizada con cumplimiento del 100 % de criterios establecidos a Marzo de 2014										
Incrementar la percepción de la seguridad en los procesos organizacionales con enfoque al ambiente físico en un 50% a Agosto de 2014												
Aumentar en un 30 % la adherencia a los estándares y directrices definidas para Ambiente Físico y Seguridad en los procesos prioritarios Marzo de 2014												

Fuente autor del proyecto

Tabla 12. Plan de Medición de los Objetivos de Gestión del AF Relacionado con SP

PLAN DE MEDICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO															
PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATEGICO	VARIABLE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO DE CALCULO	UNIDAD	SENTIDO	RESPONSABLE		FRECUENCIA		FUENTE DE INFORMACION	ACTUALIDAD		POTENCIALIDAD	
							CAPTURA	RESULTADO	CAPTURA	ANALISIS		VALOR	FECHA	VALOR	FECHA
CLIENTE	Garantizar la seguridad con la disminución de eventos inseguros en un 50% según estándares y directrices para el Agosto de 2014	Eventos Inseguros e incidentes	IQ 1	Numero de incidentes reportados *100	Porcentaje	Decreciente	Cualquier persona de las partes interesadas	Coord. Operativo	Por evento	Mensual	Reporte de incidentes	0% Por ausencia de medición	Julio de 2013	>50 % : F 50 % : R < 50 % : NC	Agosto de 2014
	Incrementar la seguridad del paciente y partes interesadas en un 30% anual en el estándar de ambiente físico del SUA.	Seguridad del paciente en ambiente físico	IQ 2	Cumplimiento de estándares referente a seguridad del paciente por ambiente Físico / total de criterios de estándar de Ambiente físico relacionados con seguridad del paciente* 100	Porcentaje	Crediente	Coord. Operativo	Coord. Operativo	Mensual	Trimestral	Check List	30%	Julio de 2013	>65 % : F 60 - 65 % : R < 60% : NC	Agosto de 2014
	Disminuir a un 10% las PQRS por infraestructura y ambientes no humanizados debido al no cumplimiento de los estándares en la organización a Diciembre de 2014	Ambiente humanizado	IQ 3	Numero de PQRS por infraestructura y ambiente físico / total de PQRS *100	Porcentaje	Decreciente	Líder de SIAU	Coord. Calidad	Por evento	Mensual	Reporte de PQRS, encuesta de satisfacción .	30%	Julio de 2013	<9%:F 9-10%:R >10%:NC	Agosto de 2014
			IQ 4	Calificación de Cumplimiento de estándar ambiente físico referente a ambiente humanizado/ Calificación máxima de criterios de estándar referente a ambiente humanizado* 100	Número	Crediente	Auxiliares de cada proceso	Coord. Operativo	Mensual	Trimestral	Inspecciones, Evaluaciones periódicas/ Checklist y métodos diagnóstico de estándares de I SUA	2 en promedio general	Julio de 2013	5-4.6:F 4.5-4:R <4:NC	Agosto de 2014
	Incrementar el cumplimiento de requerimientos normativos y legales de la protección del medio ambiente al 90% de los proveedores y comunidad.	Protección del Medio ambiente	IQ 5	Cumplimiento legal ambientales de proveedores y comunidad / Total de requerimientos legales * 100	Porcentaje	Crediente	Coord. Procesos	Coord. Calidad	Mensual	Anual	Evaluación de Proveedores, Normograma	50%	Julio de 2013	> 92 % : F 90 - 92 % : R < 90 % : NC	Agosto de 2014
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Aumentar la sensibilización y compromiso hacia la seguridad del paciente según directrices de ambiente físico en un 50% a Abril de 2014.	Seguridad en ambiente físico	IQ 6	Calificación de Evaluación escrita y de observación	Número	Crediente	Coord. Procesos	Coord. Calidad	mensual	Semestral	Registro de evaluación	60%	julio de 2013	>90 % : F 85% - 90 % : R <85 % : NC	Abril de 2014
	Aumentar en un 20% las competencias para el cumplimiento legal de las partes interesadas a Marzo de 2014.	Competencias de partes interesadas	IQ 7	N° de personas de partes interesadas / Total partes interesadas identificadas *100	Porcentaje	Crediente	Coord. Operativo	Coord. Calidad	mensual	Semestral	Caracterización	0% por ausencia de medición	Agosto de 2013	>22%.F 20-22%:R <20% NC	Febrero de 2014
	Incrementar las competencias del personal en un 60% sobre cultura de la seguridad del paciente en las directrices de ambiente físico a Agosto de 2014.	Competencias del personal	IQ 8	Calificación de evaluaciones de desempeño en los ítems relacionados con seguridad del paciente y ambiente físico/ ípreguntas totales relacionadas con seguridad del paciente y ambiente físico	Número	Crediente	Líderes de proceso	Coord. Talento Humano	trimestral	Semestral	Evaluaciones de desempeño por proceso	promedio 02/10	Agosto de 2013	>8/10:F 8/10:R <8/10:NC	Julio de 2014
	Implementar el 100% de los planes de educación planificados a usuarios y acompañantes sobre autocuidado y el buen uso de ambiente físico a Junio de 2014.	Educación a usuarios y acompañantes	IQ 9	Planes de educación implementados/ planes de educación planificados *100	Porcentaje	Crediente	Aux. Operativos	Coord. Talento Humano	trimestral	Semestral	Registros relacionados con Formación, Informes Planes y programas de formación implementados, Programa de formación continua	10%	Julio de 2013	100%	Agosto de 2014

PLAN DE MEDICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO															
PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATEGICO	VARIABLE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO DE CALCULO	UNIDAD	SENTIDO	RESPONSABLE		FRECUENCIA		FUENTE DE INFORMACION	ACTUALIDAD		POTENCIALIDAD	
							CAPTURA	RESULTADO	CAPTURA	ANALISIS		VALOR	FECHA	VALOR	FECHA
FINANCIERO	Aumentar en un 50% la disponibilidad de recursos para el cumplimiento de estándares y directrices definidas en ambiente físico para la seguridad del paciente anual.	Disponibilidad de Recursos	K2 10	recursos disponibles/ Recursos asignados año anterior para ambiente físico y seguridad del paciente/ Total recursos asignados *100	Porcentaje	Crecente	Coord. Operativo	Coord. Financiero	Semestral	Anual	Actar de revisión por la dirección, registros de asignación presupuestal	10%	Enero de 2013	61%:F 60%:R	Diciembre de 2013
	Asegurar cumplimiento presupuestal para ambiente físico.	Cumplimiento Presupuestal	K2 11	Presupuesto implementado/ Presupuesto asignado *100	Porcentaje	mantener	Coord. Operativo	Coord. Operativo	Trimestral	Anual	Informes de Gestión presupuestal y de desempeño del proceso	No medición disponible por ser proceso nuevo	Agosto de 2013	100% : C Más del 100%:NC Menos del 100% : NC	Diciembre de 2014
	Aumentar la inversión al 60 % en cultura preventiva en seguridad organizacional según directriz estratégica.	Inversión	K2 12	Inversión en pesos cobombianos para actividades de cultura preventiva y seguridad/ Total inversión en pesos para cumplimiento de estándares de Seguridad y Ambiente Físico del SUA*100	Porcentaje	Crecente	Coord. Operativo	Coord. Financiero	Semestral	Anual	Informes de Gestión presupuestal y de desempeño del proceso	0% Por ausencia de medición y por ser una actividad nueva	Enero de 2013	>60%:F 60%:R <60%:NC	Diciembre de 2014
PROCESOS INTERNOS	Asegurar la gestión de proveedores en contratación tercerizada con cumplimiento del 100% de criterios establecidos a Marzo de 2014	contratación tercerizada	K2 13	Criterios cumplidos en la evaluación de proveedores/ Total criterios establecidos para selección de proveedores *100	Porcentaje	mantener	Coord. Operativo	Coord. Financiero	Mensual	Trimestral	Formatos y Registros de Evaluación y reevaluación de proveedores	50%	Junio de 2013	100%:C <100%:NC	Marzo de 2013
	Incrementar la percepción de la seguridad en los procesos organizacionales con enfoque al ambiente físico en un 50% a Agosto de 2014	Percepción de la seguridad	K2 14	Puntaje promedio de encuestas de percepción de la seguridad en ambiente físico/ Máximo puntaje a obtener *100	Porcentaje	Crecente	Líteres de Proceso	Coord. Calidad	Trimestral	Semestral	Encuestas de Percepción para partes interesadas	0% Por ausencia de medición y por ser una actividad nueva	Junio de 2013	>55%:F 50-55%:R <50%:NC	Agosto de 2014
	Aumentar en un 30 % la adherencia a los estándares y directrices definidas para Ambiente Físico y Seguridad en los procesos prioritarios Marzo de 2014	Adherencia a estándares y Directrices	K2 15	Puntaje de calificación obtenido en el diagnóstico de Estándares y Directrices/ Puntaje máximo a obtener *100	Porcentaje	Crecente	Líteres de Proceso	Coord. Operativo	Semestral	Semestral	Registro de calificación de estándares del SUA en Ambiente Físico relacionados con seguridad del paciente.	20%	Abril de 2013	>55%:F 50-55%:R <50%:NC	Marzo de 2014

Fuente autor del proyecto

Tabla 13. Alineación General y Plan de Acción para Iniciativas Estratégicas de Mejoramiento

ALINEACIÓN GENERAL PROCESO DE AMBIENTE FÍSICO RELACIONADO CON SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN SUA											
PERSPECTIVA	DIRECIZ	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	PROCESO RELACIONADO	INICIATIVA ESTRATEGICA	PLAN DE ACCIÓN					
						RESPONSABLE INICIATIVA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE ACTIVIDAD	FECHA CUMPLIMIENTO	RECURSOS NECESARIOS	EVIDENCIA
FINANCIERA	Inversión para adecuación, remodelación y ampliación de Infraestructura con enfoque preventivo y sostenible	Aumentar en un 50% la disponibilidad de recursos para el cumplimiento de estándares y directrices definidas en ambiente físico para la seguridad del paciente anual.	IQ 10	Gestión Gerencial	Garantizar la autorización de la provisión y suministro de los recursos necesarios para el cumplimiento de estándares y directrices definidas en ambiente físico para la seguridad de las personas según SUA	Gerente	Calcular inversión necesaria para formación, adecuación y modificación según diagnóstico de estándares, criterios y directrices definidas para ambiente físico en áreas problema	Coord. Financiero	Diciembre de 2013	Informes y análisis diagnóstica, resultados análisis de vulnerabilidad y panorama de riesgos, listado de incumplimientos y solicitud de recursos por parte de líder de proceso de ambiente físico/ Equipo de oficina/ software financiero y contable	Análisis presupuestal, Presupuesto para 2014
				Gestión Financiera	Ajustar Presupuesto anual para asegurar la disponibilidad de recursos según objetivos estratégicos pactados	Coord. Financiero	Elaborar presupuesto 2014 con disponibilidad de recursos para actividades planificadas y solicitud de recursos de Ambiente Físico y Seguridad del paciente del Proceso Operativo	Contador	Diciembre de 2013	Solicitud de recursos líder del proceso/ Acta de aprobación de recursos de Gerencia/ Análisis presupuestal/ Equipo de oficina/ software financiero y contable	Presupuesto aprobado para 2014
				Gestión Operativa	Planificar y solicitar recursos financieros necesarios para el cumplimiento de estándares y directrices definidas en ambiente físico para la seguridad del paciente	Coord. Operativo	Calcular para la implementación de los Planes de acción correctiva y preventivas para las áreas de no cumplimiento, los recursos necesarios en cifras de pesos colombianos para el 2014	Líder de proceso asignado	Noviembre de 2013	Análisis de datos de estado general del Ambiente Físico de Alianza Diagnóstica/ Procedimiento para acciones correctivas y preventivas/ Equipo de oficina/ disponibilidad de tiempo/ líderes de Ambiente Físico	Solicitud de recursos para adecuación, mantenimiento y mejoramiento del Ambiente Físico y la seguridad del paciente
CLIENTE	Protección de las partes interesadas, brindando ambiente seguro humanizado y responsable con el entorno.	Incrementar la seguridad del paciente y partes interesadas en un 30% anual en el estándar de ambiente físico del SUA.	IQ 2	Gestión Operativa Gestión de Calidad	Implementar metodología propuesta para la gestión de Ambiente Físico relacionado con la seguridad del paciente en en las áreas de baja calificación en ambiente humanizado para el cumplimiento del estándar, directrices y criterios.	Coord. Operativo	Elaborar e implementar planes de acción para la adecuación de ambientes seguros y humanizados para las personas interesadas identificadas en los criterios del estándar de Ambiente Físico del SUA	Líder de Humanización del ambiente físico y el servicio	Agosto de 2014	Metodología para la gestión de Ambiente Físico para la seguridad del paciente/ equipos de computo/ Procedimiento para solicitud de compras/ Personal de Adecuación/ Disponibilidad de tiempo	Registros fotográficos de adecuaciones/ Informes de gestión/ Facturación de Compras
PROCESOS	Gestión integral del desempeño de procesos, respecto a cumplimiento legal, control del riesgo y manejo seguro de desechos en la organización.	Asegurar la gestión de proveedores en contratación tercerizada con cumplimiento del 100 % de criterios establecidos a Marzo de 2014	IQ 13	Gestión Operativa	Definir e implementar Criterios de selección y controles sobre Proveedores de Mantenimiento y Adecuación de infraestructura y Ambiente Físico (outsourcing)	Coord. Operativo	Elaborar y entregar criterios y ponderaciones para la selección, evaluación, reevaluación y control de los proveedores para Ambiente Físico y Seguridad de Paciente	Coord. Operativo	Noviembre de 2013	Procedimiento para selección de Proveedores/ Metodología para la gestión de Ambiente Físico para la seguridad del paciente/ equipos de computo	Informe y análisis criterios y ponderaciones para la selección, evaluación, reevaluación y control de los proveedores para el Ambiente Físico y Seguridad de Paciente
				Compras Gestión de Calidad	Apoyar a todos los procesos con un procedimiento estándar para la definición de criterios y ponderaciones según las necesidades de cada proceso para la adecuada selección de proveedores y compras de productos, servicios e insumos para el buen desempeño de los procesos	Coord. Financiero	Elaborar, socializar, implementar y estandarizar el procedimiento para la definición de criterios y ponderaciones para la selección de proveedores de productos, servicios, bienes e insumos.	Coord. Financiero	Enero de 2014	procedimiento de control de documentos/ equipos de computo/ software/ Papelería	Documento de procedimiento para selección de proveedores, productos y servicios

ALINEACIÓN GENERAL PROCESO DE AMBIENTE FÍSICO RELACIONADO CON SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGÚN SUA

PERSPECTIVA	DIRECTRIZ	OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	PROCESO RELACIONADO	INICIATIVA ESTRATEGICA	PLAN DE ACCIÓN					
						RESPONSABLE INICIATIVA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE ACTIVIDAD	FECHA CUMPLIMIENTO	RECURSOS NECESARIOS	EVIDENCIA
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Aprendizaje, toma de conciencia continua en la cultura de la seguridad	Aumentar la sensibilización y compromiso hacia la seguridad del paciente según directrices de ambiente físico en un 50% a Abril de 2014.	IQ6	Procesos Prioritarios	Implementar metodologías y técnicas de pedagógicas adoptadas para sensibilizar y generar compromiso en sus colaboradores asistenciales en la seguridad del paciente en su ambiente físico	Coordinadores de cada proceso prioritario (asistencial)	Planear, implementar, evaluar y ajustar planes y programas de sensibilización según metodologías y técnicas de pedagógicas adoptadas para el personal asistencial, usuarios y familiares	Coordinadores de cada proceso prioritario (asistencial)	Marzo de 2014	procedimiento de control de documentos/ equipos de computo/ software/ Papelería/ sala de juntas/ equipos multimedia/ disponibilidad de tiempo en cronograma de trabajo	documento de programa de sensibilización y formación del personal/ registro de asistencia/ evaluaciones aplicadas y calificadas/ Análisis de resultados y retroalimentaciones/ encuestas de satisfacción de participantes
				Gestión Operativa	Implementar metodologías y técnicas de sensibilización adoptadas para sensibilizar y generar compromiso en sus colaboradores administrativos para un ambiente físico seguro	Coord. Operativo	Planear, implementar, evaluar y ajustar planes y programas de sensibilización según metodologías y técnicas de pedagógicas adoptadas para el personal administrativo, visitantes y comunidad	Coord. Operativo Líderes operativos asignados	Marzo de 2014	procedimiento de control de documentos/ equipos de computo/ software/ Papelería/ sala de juntas/ equipos multimedia/ disponibilidad de tiempo en cronograma de trabajo	documento de programa de sensibilización y formación del personal/ registro de asistencia/ evaluaciones aplicadas y calificadas/ Análisis de resultados y retroalimentaciones/ encuestas de satisfacción de participantes

Fuente autor del proyecto

6.6 MODELO PROPUESTO DE CONTROL DE AMBIENTE FISICO PARA LA IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A.

FASE DE PLANEACIÓN DEL CONTROL.

El Índice de Seguridad Hospitalaria es una herramienta de evaluación rápida, confiable, y de bajo costo, que proporciona una idea inmediata de la probabilidad de que un establecimiento de salud continúe funcionando en casos de desastre. Al determinar el índice de seguridad de un hospital, que también toma en cuenta el medio ambiente y la red de servicios de salud a los que pertenece, los países y responsables de tomar decisiones, tendrán una idea más amplia de su capacidad para responder a emergencias o desastres de gran magnitud.

El Índice de Seguridad Hospitalaria no reemplaza a los detallados y costosos estudios de vulnerabilidad, sin embargo, y debido a que es barato y fácil de aplicar, es un primer paso importante, a fin de priorizar las inversiones para el mejoramiento de la seguridad de sus establecimientos de salud.

La determinación del Índice de Seguridad Hospitalaria es una nueva forma de manejar el riesgo en el sector salud que permite la vigilancia continua del nivel de seguridad de los establecimientos de salud. La seguridad ya no es considerada como una situación de “si-o-no” o un “todo-o-nada”, sino más bien como un estado intermedio que puede ser mejorado gradualmente.

El Modelo Matemático diseñado por la OPS es un sistema automático de cálculo numérico para obtener el Índice de Seguridad Hospitalaria. En éste se introduce la información requisitada en la Lista de Verificación que se aplicó a un determinado hospital, y como resultado se obtiene la Categoría en la que se encuentra dicha unidad, que puede ser en "A", "B" o "C".

Características del modelo:

- Es una herramienta de diagnóstico, rápida, y de bajo costo.
- Fácil de aplicar por un equipo entrenado de ingenieros, arquitectos y profesionales de salud.
- Los puntajes son ingresados en una hoja electrónica de Excel (Modelo Matemático) y automáticamente se tabulan los resultados.
- Los resultados toman en cuenta componentes estructurales, no estructurales y funcionales.
- Se evalúan 145 aspectos o elementos del establecimiento de salud.
- Los establecimientos de salud se clasifican en una de las tres categorías de seguridad: Alta, Media y Baja

Calculando el Índice de Seguridad Hospitalaria

Hay una serie de pasos para calcular el Índice de Seguridad Hospitalaria. Se inicia con la aplicación de una lista estandarizada de verificación para evaluar una serie de componentes y sus niveles de seguridad. Un sistema de calificación asigna un valor numérico a cada aspecto de acuerdo a su importancia relativa en contribuir a la capacidad de un hospital para resistir un desastre y seguir funcionando. El Índice de Seguridad Hospitalaria es calculado automáticamente.

Ubicando el valor del Índice de Seguridad en una de las tres categorías de seguridad, ayuda a las autoridades a determinar qué establecimientos de salud necesitan intervención más urgente.

- En la Categoría A se ubican los establecimientos de salud que protegen la vida de sus ocupantes y probablemente continuarán funcionando en situaciones de desastre.
- La Categoría B es asignada a los establecimientos que pueden permanecer en pie en casos de desastre, pero cuyo equipamiento y servicios críticos están en riesgo.
- La Categoría C corresponde a un establecimiento de salud que no garantiza la vida y seguridad de los ocupantes y tiene alta probabilidad de dejar de funcionar en casos de desastre.

Determinar el puntaje de seguridad posibilita que los establecimientos de salud establezcan medidas de mantenimiento y monitoreo e implementar acciones para mejorar la seguridad en el mediano plazo. Esta visión rápida proporcionará a los países y responsables de tomar decisiones, un punto de partida para establecer prioridades y reducir el riesgo y vulnerabilidad de los establecimientos de salud.

Componentes del Índice de Seguridad Hospitalaria

- Formularios de Evaluación

Formulario 1: Información general del establecimiento de salud. Este formulario debe ser completado por el comité de desastres de la IPS antes de la evaluación e incluye información del nivel de complejidad del establecimiento de salud, la población a la que atiende, especialidades médicas y otros servicios disponibles, así como detalles sobre el personal de salud.

Formulario 2: Lista de Verificación de Hospitales Seguros. Este formulario es usado por un equipo entrenado de evaluadores para verificar el nivel de seguridad de 145 aspectos o elementos del establecimiento de salud. Los elementos a ser evaluados se encuentran agrupados en cuatro componentes: ubicación, estructural, no estructural, y funcional, y su capacidad de permanecer funcionando durante emergencias y desastres.

- Guía del Evaluador: La Guía del Evaluador es la herramienta principal de capacitación. Fue desarrollada para brindar orientación y estandarizar los criterios de evaluación de los establecimientos de salud, tanto en un contexto individual, como en relación a la red de servicios de salud. La Guía es utilizada por un equipo multi-disciplinario de evaluadores que incluye: ingenieros, arquitectos, médicos, enfermeras, técnicos y otros que hayan recibido entrenamiento previo. La Guía explica la metodología y las bases conceptuales del Índice de Seguridad Hospitalaria y también explica cómo calcular e interpretar los resultados de la evaluación de seguridad de los establecimientos de salud.

- Modelo Matemático: Los niveles de seguridad asignados a cada componente de la Lista de Verificación se registran en una hoja electrónica de Excel que utiliza fórmulas para calcular automáticamente un valor numérico para cada uno de los componentes evaluados, ubicándolos dentro de una de las tres categorías de seguridad: alta, media o baja. Es importante notar que los valores dados para cada componente son sopesados de acuerdo a una serie de fórmulas pre-acordadas, las cuales han sido probadas en Latinoamérica y El Caribe, pero que pueden no ser aplicadas en otras regiones.

Tabla 14. Modelo matemático para calcular el Índice de Seguridad de la Infraestructura Física en la IPS ALIANZA DIAGNÓSTICA¹²

Aspectos relacionados con la seguridad estructural				
Columnas, vigas, muros, losas y otros, son elementos estructurales que forman parte del sistema de soporte de la edificación. Estos aspectos deben ser evaluados por Ingenieros estructurales e Ingenieros Civiles con experiencia y/o posgrado en estructuras.				
1. Seguridad debido a antecedentes del establecimiento	CONTROL	Grado de seguridad		
		BAJO	MEDIO	ALTO
¿La IPS ha sufrido daños estructurales debido a fenómenos naturales?. Verificar si existe dictamen estructural que indique que el grado de seguridad ha sido comprometido. SI NO HAN OCURRIDO FENOMENOS NATURALES EN LA ZONA DONDE ESTA LA IPS, NO MARQUE NADA. DEJE ESTA LINEA EN BLANCO, SIN CONTESTAR. <i>B= Daños mayores; M= Daños moderados; A= Daños menores.</i>	BLANCO			
¿La IPS ha sido reparado o construido utilizando estándares actuales apropiados? Corroborar si el inmueble ha sido reparado, en que fecha y si se realizó con base a la normatividad de establecimientos seguros. <i>B= No se aplicaron los estándares; M=Estándares parcialmente aplicados; A=Estandares aplicados completamente.</i>	ERROR			
¿La IPS ha sido remodelado o adaptado afectando el comportamiento de la estructura? Verificar si se han realizado modificaciones usando normas para edificaciones seguras. <i>B=Remodelaciones o adaptaciones mayores; M= Remodelaciones y/o adaptaciones moderadas; A= remodelaciones o adaptaciones menores o no han sido necesarias.</i>	ERROR			

Fuente autor del proyecto

¹² www.safehospital.info

2. Seguridad relacionada con el sistema estructural y el tipo de material usado en la edificación.	CONTROL	Grado de seguridad		
		BAJO	MEDIO	ALTO
Estado de la edificación. B= Deteriorada por meteorización o exposición al ambiente, grietas en primer nivel y elementos discontinuos de altura; M= Deteriorada sólo por meteorización o exposición al ambiente; A= Sana, no se observan deterioros ni grietas..	ERROR			
Materiales de construcción de la estructura. B= Oxidada con escamas o grietas mayores a 3mm; M= Grietas entre 1 y 3 mm u óxido en forma de polvo; A= Grietas menores a 1mm y no hay óxido.	ERROR			
Interacción de los elementos no estructurales con la estructura. B= Se observa dos o más de lo siguiente: columnas cortas, paredes divisorias unidas a la estructura, cielos rígidos o fachada que interactúa con la estructura; M= Se observa sólo uno de problemas antes mencionados; A= Los elementos no estructurales no afectan la estructura.				
Proximidad de los edificios (martilleo, túnel de viento, incendios, etc.) B= Separación menor al 0.5% de la altura del edificio de menor altura; M= Separación entre 0.5 – 1.5% de la altura del edificio de menor altura; A= Separación mayor al 1.5% del edificio de menor altura.	ERROR			
Redundancia estructural. B= Menos de tres líneas de resistencia en cada dirección; M= 3 líneas de resistencia en cada dirección o líneas con orientación no ortogonal; A= Más de 3 líneas de resistencia en cada dirección ortogonal del edificio.	ERROR			
Detallamiento estructural incluyendo conexiones. B= Edificio anterior a 1970; M= Edificio construido en los años 1970 y 1990; A=Edificio construido luego de 1990 y de acuerdo a la norma.	ERROR			
Seguridad de fundaciones o cimientos. B= No hay información o la profundidad es menor que 1.5 m; M= No cuenta con planos ni estudio de suelos pero la profundidad es mayor que 1.5 m; A= Cuenta con planos, estudio de suelos, y profundidades mayores a 1.5 m.	ERROR			
Irregularidades en planta (rigidez, masa y resistencia). B= Formas no regulares y estructura no uniforme; M= Formas no regulares pero con estructura uniforme; A= Formas regulares, estructura uniforme en planta y ausencia de elementos que podrían causar torsión.	ERROR			
Irregularidades en elevación (rigidez, masa y resistencia). B= Pisos difieren por más del 20% de altura y existen elementos discontinuos o irregulares significativos; M= Pisos de similar altura (difieren menos de un 20%, pero más de 5%) y pocos elementos discontinuos o irregulares; A= Pisos de similar altura (difieren por menos del 5%) y no existen elementos discontinuos o irregulares.	ERROR			
Adecuación estructural a fenómenos. (meteorológicos, geológicos entre otros) Valorar por separado y en conjunto, el posible comportamiento de la IPS desde el punto de vista estructural ante las diferentes amenazas o peligros excepto sismos. B= baja resiliencia estructural a las amenazas naturales presentes en la zona donde está ubicada la IPS; M, moderada resiliencia estructural; A, excelente resiliencia estructural.	ERROR			
TOTAL ESTRUCTURAL	13	0	0	0

Elementos que no forman parte del sistema de soporte de la edificación. En este caso corresponden a elementos arquitectónicos, equipos y sistemas necesarios para la operación del establecimiento.				
3.1 Líneas vitales (instalaciones)	CONTROL	Grado de seguridad		
		BAJO	MEDIO	ALTO
3.1.1 Sistema eléctrico				
<p>Generador adecuado para el 100% de la demanda. El evaluador verifica que el generador entre en función segundos después de la caída de tensión, cubriendo la demanda de urgencias, cuidados intensivos, central de esterilización, quirófanos, etc. <i>B = Sólo se enciende manualmente o cubre del 0 – 30% de la demanda; M = Se enciende automáticamente en más de 10 segundos o cubre 31 – 70 % de la demanda; A = Se enciende automáticamente en menos de 10 segundos y cubre del 71 – 100% de la demanda.</i></p>	ERROR			
<p>Regularidad de las pruebas de funcionamiento en las áreas críticas. <i>El evaluador verifica la frecuencia en que el generador es puesto a prueba con resultados satisfactorios. B= > 3 meses; M= 1 a 3 meses; A=< 1 mes.</i></p>	ERROR			
<p>¿Está el generador adecuadamente protegido de fenómenos naturales?.<i>B= No; M= Parcialmente; A= Sí.</i></p>	ERROR			
<p>Seguridad de las instalaciones, ductos y cables eléctricos. <i>B= No; M= Parcialmente; A= Sí.</i></p>	ERROR			
<p>Sistema redundante al servicio local de suministro de energía eléctrica. <i>B= No; M= Parcialmente; A= Sí.</i></p>	ERROR			
<p>Sistema con tablero de control e interruptor de sobrecarga y cableado debidamente protegido. Verificar la accesibilidad así como el buen estado y funcionamiento del tablero de control general de electricidad. <i>B= No; M= Parcialmente; A= Sí.</i></p>	ERROR			
<p>Sistema de iluminación en sitios clave de la IPS. Realizar recorrido por urgencias, UCI, quirófano etc. Verificando el grado de iluminación y funcionalidad de lámparas. <i>B= No; M= Parcialmente; A= Sí.</i></p>	ERROR			
<p>Sistemas eléctricos externos, instalados dentro del perímetro de la IPS. Verificar si existen subestaciones eléctrica o transformadores que proveen electricidad a la IPS. <i>B= No existen subestaciones eléctricas instaladas en la IPS; M= Existen subestaciones, pero no proveen suficiente energía a la IPS; A= Subestación eléctrica instalada y provee suficiente energía a la IPS.</i></p>	ERROR			

3.1.2 Sistema de telecomunicaciones				
Estado técnico de las antenas y soportes de las mismas. Verificar que las antenas, pararrayos cuenten con soportes que eleven el nivel de seguridad de la IPS. <i>B= mal estado o no existen; M= Regular; A= Buen estado.</i>	ERROR			
Estado técnico de sistemas de baja corriente (conexiones/cables de Internet). Verificar en áreas estratégicas que los cables estén conectados evitando la sobrecarga. <i>B= mal estado o no existen; M= Regular; A= Bueno.</i>	ERROR			
Estado técnico del sistema de comunicación alterno. Verificar el estado de otros sistemas: <i>radiocomunicación, teléfono satelital, Internet, etc. B= mal estado o no existe; M= Regular; A= Bueno.</i>	ERROR			
Estado técnico de anclajes de los equipos y soportes de cables. Verificar que los equipos de telecomunicaciones (radios, teléfono satelital, video-conferencia, etc.) cuenten con anclajes que eleven su grado de seguridad. SI EL SISTEMA NO NECESITA ANCLAJES O ABRAZADERAS, NO LLENAR. DEJAR LAS TRES CASILLAS EN BLANCO. <i>B= malo; M= Regular; A= Bueno.</i>	BLANCO			
Estado técnico de sistemas de telecomunicaciones externos, instalados dentro del perímetro de la IPS. Verificar si existen sistemas de telecomunicaciones externos que interfieran con el grado de seguridad de la IPS. <i>B= Telecomunicaciones externas interfieren seriamente con las comunicaciones de la IPS; M= Telecomunicaciones externas interfieren moderadamente con las comunicaciones de la IPS; A= No existe interferencia a las comunicaciones de la IPS.</i>	ERROR			
Local con condiciones apropiadas para sistemas de telecomunicaciones. <i>B= malo o no existe; M= Regular; A= Bueno</i>	ERROR			
Seguridad del sistema interno de comunicaciones. Verificar el estado de los sistemas de <i>perifoneo, anuncios, altavoces, intercomunicadores</i> y otros, que permitan comunicarse con el personal, pacientes y visitas en la IPS. <i>B= malo o no existe; M= Regular; A= Bueno</i>	ERROR			

Fuente autor del proyecto

3.1.3 Sistema de aprovisionamiento de agua				
<p>Tanque de agua con reserva permanente suficiente para proveer al menos 300 litros por cama y por día durante 72 horas. Verificar que el depósito de agua cuente con una capacidad suficiente para satisfacer la demanda de la IPS por 3 días <i>B= Cubre la demanda de 24 horas o menos; M= Cubre la demanda de más de 24 horas pero menos de 72 horas; A= Garantizado para cubrir la demanda por 72 horas o más.</i></p>	ERROR			
<p>Los depósitos se encuentran en lugar seguro y protegido. Visitar sitio de cisterna y corroborar el área donde está instalada y su grado de seguridad. <i>B= Si el espacio es susceptible de falla estructural o no estructural; M= Cuando la falla no representa posibilidad de colapso; A= Cuando tiene poca posibilidad de dejar de funcionar.</i></p>	ERROR			
<p>Sistema alternativo de abastecimiento de agua adicional a la red de distribución principal. Identificar organismos o mecanismos para abastecer o reaprovisionar de agua a la IPS en caso de falla del sistema público. <i>B= Si da menos de 30% de la demanda; M= Si supe valores de 30 a 80% de la demanda; A= Si supe más del 80% de la dotación diaria.</i></p>	ERROR			
<p>Seguridad del sistema de distribución. Verificar el buen estado y funcionamiento del sistema de distribución, incluyendo la cisterna, válvula, tuberías y uniones. <i>B= Si menos del 60% se encuentra en buenas condiciones de operación; M= entre 60 y 80 %; A= más del 80 %.</i></p>	ERROR			
<p>Sistema de bombeo alternativo. Identificar la existencia y el estado operativo del sistema alternativo de bombeo, en caso de falla en el suministro. <i>B= No hay bomba de reserva y las operativas no suplen toda la demanda diaria; M= Están todas las bombas en regular estado de operación; A= Todas las bombas y las de reserva están operativas.</i></p>	ERROR			

3.1.4 Depósito de combustible (gas, gasolina o diesel):				
<p>Tanques para combustible con capacidad suficiente para un mínimo de 5 días. Verificar que la IPS cuente con depósito amplio y seguro para almacenaje de combustible. <i>B= Cuando es inseguro o tiene menos de 3 días; M= Almacenamiento con cierta seguridad y con 3 a 5 días de abastecimiento de combustible; A= Se tienen 5 o más días de autonomía y es seguro.</i></p>	ERROR			
<p>Anclaje y buena protección de tanques y cilindros <i>B= No hay anclajes y el recinto no es seguro; M= se aprecian anclajes insuficientes; A= Existen anclajes en buenas condiciones y el recinto o espacio es apropiado.</i></p>	ERROR			
<p>Ubicación y seguridad apropiada de depósitos de combustibles. Verificar que los depósitos que contienen elementos inflamables se encuentren a una distancia que afecte el grado de seguridad de la IPS. <i>B= Existe el riesgo de falla o no son accesibles; M= se tiene una de las dos condiciones mencionadas; A= los depósitos son accesibles y están en lugares libres de riesgos.</i></p>	ERROR			
<p>Seguridad del sistema de distribución (válvulas; tuberías y uniones). <i>B= Si menos del 60% se encuentra en buenas condiciones de operación; M= entre 60 y 80 %; A= más del 80 %.</i></p>	ERROR			
3.1.5 Gases medicinales (oxígeno, nitrógeno, etc.)				
<p>Almacenaje suficiente para 15 días como mínimo. <i>B= Menos de 10 días; M= entre 10 y 15 días; A= 15 días.</i></p>	ERROR			
<p>Anclaje de tanques, cilindros y equipos complementarios <i>B= No existen anclajes; M= Los anclajes no son de buen calibre; A= Los anclajes son de buen calibre.</i></p>	ERROR			
<p>Fuentes alternas disponibles de gases medicinales. <i>B= No existen fuentes alternas o están en mal estado; M= Existen pero en regular estado; A= Existen y están en buen estado.</i></p>	ERROR			
<p>Ubicación apropiada de los recintos. <i>B= Los recintos no tienen accesos; M= los recintos tienen acceso pero con riesgos A= los recintos son accesibles y están libres de riesgos;</i></p>	ERROR			
<p>Seguridad del sistema de distribución (válvulas, tuberías y uniones). <i>B= Si menos del 60% se encuentra en buenas condiciones de operación; M= entre 60 y 80 %; A= más del 80 %.</i></p>	ERROR			
<p>Protección de tanques y/o cilindros y equipos adicionales. <i>B= No existen áreas exclusivas para tanques y equipos adicionales; M= Áreas exclusivas para protección de tanques y equipos, pero el personal no está entrenado; A= Áreas exclusivas para este equipamiento y el personal está entrenado.</i></p>	ERROR			
<p>Seguridad apropiada de los recintos. <i>B= No existen áreas reservadas para almacén de gases; M= Áreas reservadas para almacenar gases, pero sin medidas de seguridad apropiadas; A= se cuenta con áreas de almacenamiento adecuados y no tienen riesgos</i></p>	ERROR			

Fuente autor del proyecto

6.7. MODELO DE PLAN DE MEJORAMIENTO SEGÚN FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LOS ESTANDARES DE ESTUDIO

FASE DE MEJORAMIENTO

Luego de cumplir en el ciclo PHVA, el diagnóstico planeación, implementación y control, se prosigue con la fase del Actuar en donde el mejoramiento continuo debe ser la meta ascendente en el desempeño del proceso creado con métodos y herramientas que nos permitan dirigir y controlar las acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora, aportando madurez y calidad creciente a las actividades tanto del día a día, como las de corto, mediano y largo plazo, para el cumplimiento de los objetivos tanto específicos como estratégicos.

Con la identificación, diagnóstico y evaluación desarrollado en esta guía metodológica, se conseguirá determinar ampliamente y al detalle los puntos críticos y riesgos, para darles tratamiento oportuno, pertinente y eficaz a los eventos identificados, ya sea para mitigación, vigilancia o potencialización, dependiendo de su carácter negativo o positivo, para desarrollar con el método propuesto los planes de mejoramiento que la empresa en realidad necesita sin desperdicio de recursos.

Para esta propuesta se adoptó la aplicación del diagrama Causa y Efecto, que en la praxis del sector salud ha aportado elementos útiles, de fácil y rápida aplicación para identificar las causas raíces de los eventos e incidentes, tanto en la atención como en el entorno del paciente, permitiendo obtener resultados inmediatos en el control de riesgos o en la recurrencia de los eventos, para una mejor orientación y cobertura, también se determinó observar todas las causas bajo las 5M's, (ver tabla 15), como modelo a seguir para la toma de decisiones estratégicas en la organización, identificando las causas de los problemas y aplicando el plan de

mejoramiento, diseñado y pensado para los líderes de proceso diligenciando la segunda parte de la tabla.


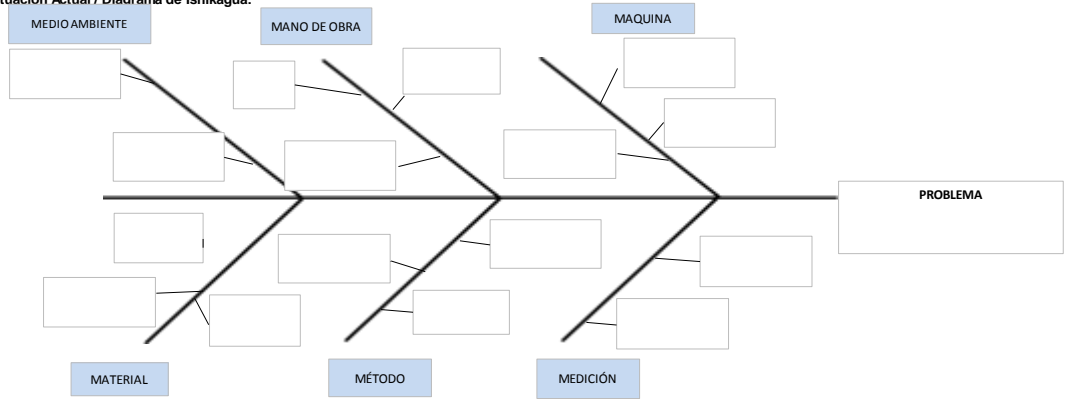
Para los líderes de dirección estratégica se plantea la etapa final del BSC en su alineación general (ya presentada anteriormente) para generar el plan de acción para el cumplimiento de iniciativas estratégicas de gerentes y Coordinadores especialmente.

También se pretende focalizar esfuerzos en las personas de la Organización, que desde su trabajo del día a día construyen empresa asegurando su producción y por ende la sostenibilidad de ALIANZA DIAGNÓSTICA S.A., que luego de implementar una eficaz sensibilización y formación, se podrá optimizar el recurso humano liberándolo de resistencias y conduciéndolos al cambio constante y la mejoría continua con conciencia y compromiso. Por lo que para ellos, se diseñó una herramienta bajo la filosofía Kaizen, que fue ideada muy especialmente al colaborador, operario y personas interesadas de la empresa, que son la esencia y razón de ser de una organización, en tiempo real y no de papel, para esto el método indaga sobre sus ideas, su innovación y su visión originada de su experticia en las actividades de su responsabilidad o de la observación externa, contestando las preguntas de cómo se puede hacer mejor y entrenándolos en la cultura de la mejora continua dándoles la opción de generar correcciones y planes de acción, para el hoy, la cotidianidad y a largo plazo organizando sus ideas con una estructura básica de planeación pero con el norte estratégico de Kaizen. (Tabla 16).

Se debe diligenciar la identificación de quien desea aplicar la herramienta, especificar el problema, la oportunidad de mejora, la forma como se está haciendo actualmente, y como propone que se haga mejor, marcar con una X los aspectos que beneficiaría, los planes que propone, sin embargo para poder facilitar el

desarrollo de la idea debe tener un acompañamiento que se evidencia en el Estado de la revisión.

Tabla 15. Programa Propuesto de Mejoramiento Continuo para Líderes de Proceso en programa Microsoft Excel.

		PROGRAMA DE MEJORAMIENTO CONTINUO		Código: R-GC-08
				Versión: (dd/mm/aa)
				19/07/2013
				Hoja :1 / 1
ELEMENTO CLAVE				
FECHA INICIO		FECHA FIN		
RESPONSABLE:				
Oportunidad de Mejora:				
<p>Situación Actual / Diagrama de Ishikawa:</p> 				

Fuente autor del proyecto

	ACCIONES DE MEJORA	FECHA		RECURSOS	RESPONSABLE	PROPOSITO
		INICIO	FINALIZACIÓN			
P						
H						
V						
A						



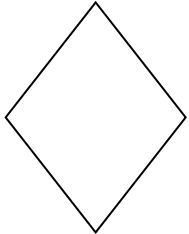
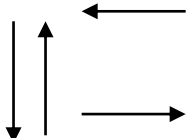
Fuente autor del proyecto

Tabla 16. Propuesta Kaizen Para La Participación Activa De Las Personas De La Organización Para El
Mejoramiento Continúo

MI PROPUESTA DE MEJORAMIENTO CONTINUO KAIZEN									
NOMBRE:		CARGO:			ÁREA:				
PROBLEMA:		OPORTUNIDAD DE MEJORA:			FECHA:				
COMO SE HACE	COMO SE PUEDE HACER MEJOR Y MÁS RAPIDO	COMO PUEDE AUMENTAR SUS CAPACIDADES Y DESEMPEÑO	VENTAJAS SOBRE (marcar con una x)		DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS	ACCION TEMPORAL HOY	ACCIÓN DIA A DIA		PLAN DE ACCIÓN LARGO PLAZO
			Calidad				QUE		QUE
			Costos						
			Tiempos						
			Ambiente laboral				QUIEN		QUIEN
			Clima laboral						
			Seguridad						
			Contaminación				COMO		COMO
			Desperdicio						
			Orden y limpieza						
			Cuidado de equipos y/o recursos				CUANDO	Inicio:	CUANDO
			Satisfacción Cliente (interno/externo) y/o usuario					Final:	Final:
			OTROS				DONDE		DONDE
LUGAR DE IMPLEMENTACIÓN:									
ESTADO	En revisión:	Aprobado:	En implementación:	En retroalimentación:	LECCIONES APRENDIDAS:				

Fuente autor del proyecto

Hoja 2 De La Propuesta Para La Participación Activa De Las Personas De La Organización Para El Mejoramiento Continuo

DIAGRAMA DE FLUJO DE MI PROPUESTA KAIZEN (Dibuje los elementos de procedimiento que tiene su Propuesta de Mejoramiento Individual)	
 <p>Inicio y final de la actividad o procedimiento</p>  <p>Descripción del paso</p>  <p>Decisión, control, verificación</p>  <p>Uniones de los pasos marcando secuencia</p>	

Fuente autor del proyecto

CONCLUSIONES

Para garantizar el éxito de la implementación de los estándares del SUA, es necesario el verdadero compromiso y participación activa del personal de la organización. La sensibilización y formación del personal constituye la base fundamental para lograr interiorizar en los colaboradores un amplio sentido de crecimiento organizacional y de mejora continua.

Un aspecto clave del mejoramiento continuo para alcanzar el cumplimiento total de los estándares del estudio radica en un correcto análisis de datos, revisión por la dirección, planeación estratégica y ejecución de actividades planeadas. Este mejoramiento traerá beneficios a todos los integrantes de la organización y su entorno.

Con este proyecto, el compromiso sobre la seguridad de los pacientes desde el ambiente físico será una estrategia en la IPS, que buscare sensibilizar a los clientes internos, para que comprendan la importancia de medir y evaluar el proceso y de esta manera encaminarlos hacia el mejoramiento continuo.

La identificación y selección de estándares nos permite clasificar y ubicar los criterios de cada estándar en los temas pilares del ambiente físico relacionados con la seguridad del paciente para así mismo planificar el desarrollo de cada estándar en las herramientas de planeación, implementación, control y mejoramiento propuestas.

En la planeación del diagnóstico se adoptó la Guía de evaluación del SUA que tiene una calificación de 5 a 1, en donde se obtuvo ponderaciones bajas entre 1 y 2 en los siguientes temas: Enfoque al riesgo, humanización del ambiente físico,

planes de emergencias y desastres e información al usuario, temas pilares en el BSC donde se les da tratamiento.

El diseño y elaboración del normograma didáctico, trajo consigo la investigación minuciosa de la normativa aplicable a la organización, detectando la relación con ambiente físico y seguridad del paciente, que permite valorar el cumplimiento y desarrollar planes de mejoramiento en el momento de la ejecución de este proyecto. En el modelo diseñado se introdujeron todas las leyes, decretos, normas de obligatoriedad aplicables del sector salud y las de voluntariedad como las del SUA y las NTC pertinentes como apoyo.

La adopción de métodos como análisis de vulnerabilidad y de peligros, los cuales fueron personalizados y en su aplicación denotan los riesgos que tiene gran probabilidad de materializarse dado los siguientes resultados para las áreas de rayos x de primero y segundo piso presentando riesgo elevado y vulnerabilidad moderada en los siguientes aspectos: Impacto, personas, materiales, paradas (afectación continuidad de negocio), e imagen, dicha identificación permite disponer los recursos necesarios en las áreas problema para tomar acciones a corto y mediano plazo con el fin de mitigar los riesgos.

Al definir estrategias que aseguren el seguimiento y control de la implementación de los estándares de ambiente físico, se adoptó el modelo de BSC, definiendo perspectivas aplicables al SUA y a la organización objeto de este trabajo, con el propósito de orientar y describir las estrategias que puede adoptar Alianza Diagnostica S.A. Para trasladarlas a la acción con las siguientes premisas, medir, alinear y focalizar, buscando eficiencia y efectividad en el estándar de ambiente físico relacionado con la seguridad del paciente manteniendo siempre como norte las directrices organizacionales en integración con el SUA. El BSC está especialmente dirigido al grupo de direccionamiento estratégico y a los líderes de proceso, como herramienta de PHVA de alto nivel.

En la actualidad el tema de seguridad del paciente frente al ambiente físico es un indicador esencial en el desempeño de una organización, por este motivo se desarrolló este modelo que permitirá en su implementación: investigar, identificar, evaluar, corregir y hacer seguimiento a todos sus procesos, garantizando de esta manera la seguridad en todos los estándares objeto para la IPS ALIANZA DIAGNOSTICA S.A, quien tiene proyectada la acreditación en salud.

Todas las herramientas propuestas en esta guía metodológica, están organizadas en el ciclo PHVA, como el trabajo mismo, sin embargo, se dispuso de un capítulo especialmente dirigido al control de un ambiente físico y una infraestructura segura en sus aspectos locativos, por la particularidad de tener tercerizado el proceso de mantenimiento por lo que se considera que debe tener mayor control.

La formulación de esta propuesta se concluye que con este modelo promoverá la cultura de medición, creando oportunidades de mejora, que serán adoptadas para buscar la madurez y sostenibilidad de la organización, dando cumplimiento de estándares de ambiente físico relacionados con la seguridad del paciente como enfoque hacia la excelencia del servicio de salud objeto de la IPS.

Finalizando debemos resaltar que gracias a los conocimientos adquiridos en la Especialización de Gerencia Integral de la Calidad, pudimos desarrollar la habilidad de planificar bajo conceptos como el ciclo PHVA, la utilización, adaptación y rediseño de modelos de gestión de excelencia ampliamente reconocidos por su eficacia en el desempeño organizacional en procesos y personas de cualquier negocio.

BIBLIOGRAFIA

CENETEC, CENTRO INTERNACIONAL DE LA EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD. México, NIOSH, Instituto para la seguridad y salud ocupacional.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIONES, Guía Técnica Colombiana, GTC 45, Guía para la Identificación de los Peligros y la Valoración de los riesgos de seguridad y salud ocupacional

MINISTERIO DE LA PROTECCIPON SOCIAL, Resolución 1441 de 2013. Condiciones de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud.

MINISTERIO DE LA PROTECCIPON SOCIAL, REPUBLICA DE COLOMBIANA, Resolución 123 de 2012. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, Versión 003.

MINISTERIO DE LA PROTECCIPON SOCIAL, REPUBLICA DE COLOMBIA, Guía Técnica “Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”, Versión: 001.

MINISTERIO DE LA PROTECCIPON SOCIAL, REPUBLICA DE COLOMBIA, Herramientas para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el SOGCAS.

MINISTERIO DE LA PROTECCIPON SOCIAL, REPUBLICA DE CHILE, Construyendo Políticas Saludables en el Lugar de Trabajo: El Aporte de Cinco Experiencias, 2005.
www.redsalud.gov.cl/archivos/.../construyendo_politicas_saludables.pdf.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, ESPAÑA, DIRECCIÓN GENERAL DE LA AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Mejorando la Seguridad del Paciente en los Hospitales: De las Ideas a la Acción. Traducción de la documentación del Sistema Sanitario de la Universidad de Michigan: "Patient Safety Toolkit"2008. <http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/>.

MINISTERIO DE LA PROTECCIPON SOCIAL, REPUBLICA DE COLOMBIA, Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. Paquetes Instrucciones Buenas Practicas en la atención en salud.

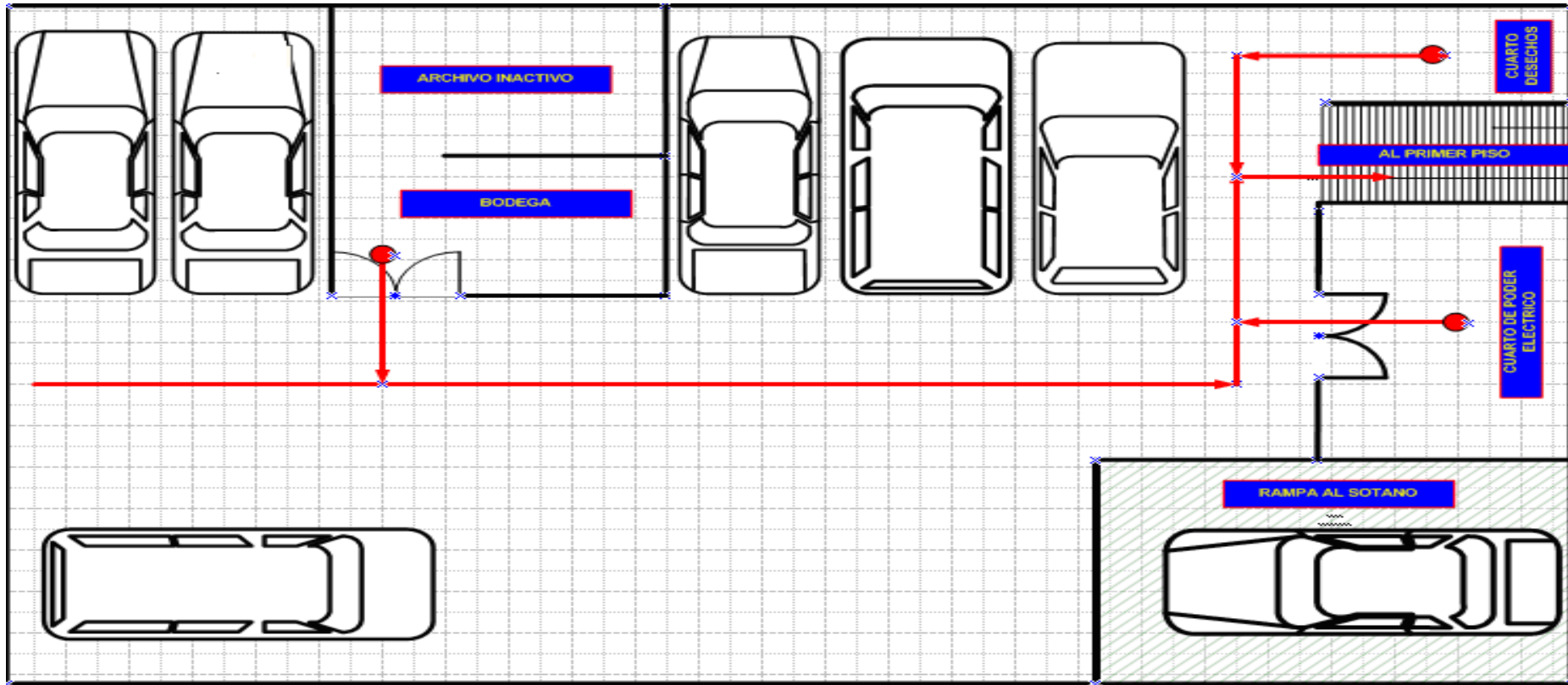
ORGANIZACIÓN INTENACIONAL PARA LA ESTANDARIZACIÓN, Sistema de Gestión de la energía, ISO 50001.

SECRETARIA DE SALUD, SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIAD, CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLOGICA EN SALUD, CENETEC, Centro Internacional de la Excelencia Tecnológica en salud. México, Guía de Equipamiento Unidad de Imagenología.

ANEXOS.

ANEXO A. PLANOS.

ALIANZA DIAGNOSTICA S.A SEDE PRINCIPAL SOTANO



ALIANZA DIAGNOSTICA S.A SEDE PRINCIPAL - PRIMER PISO

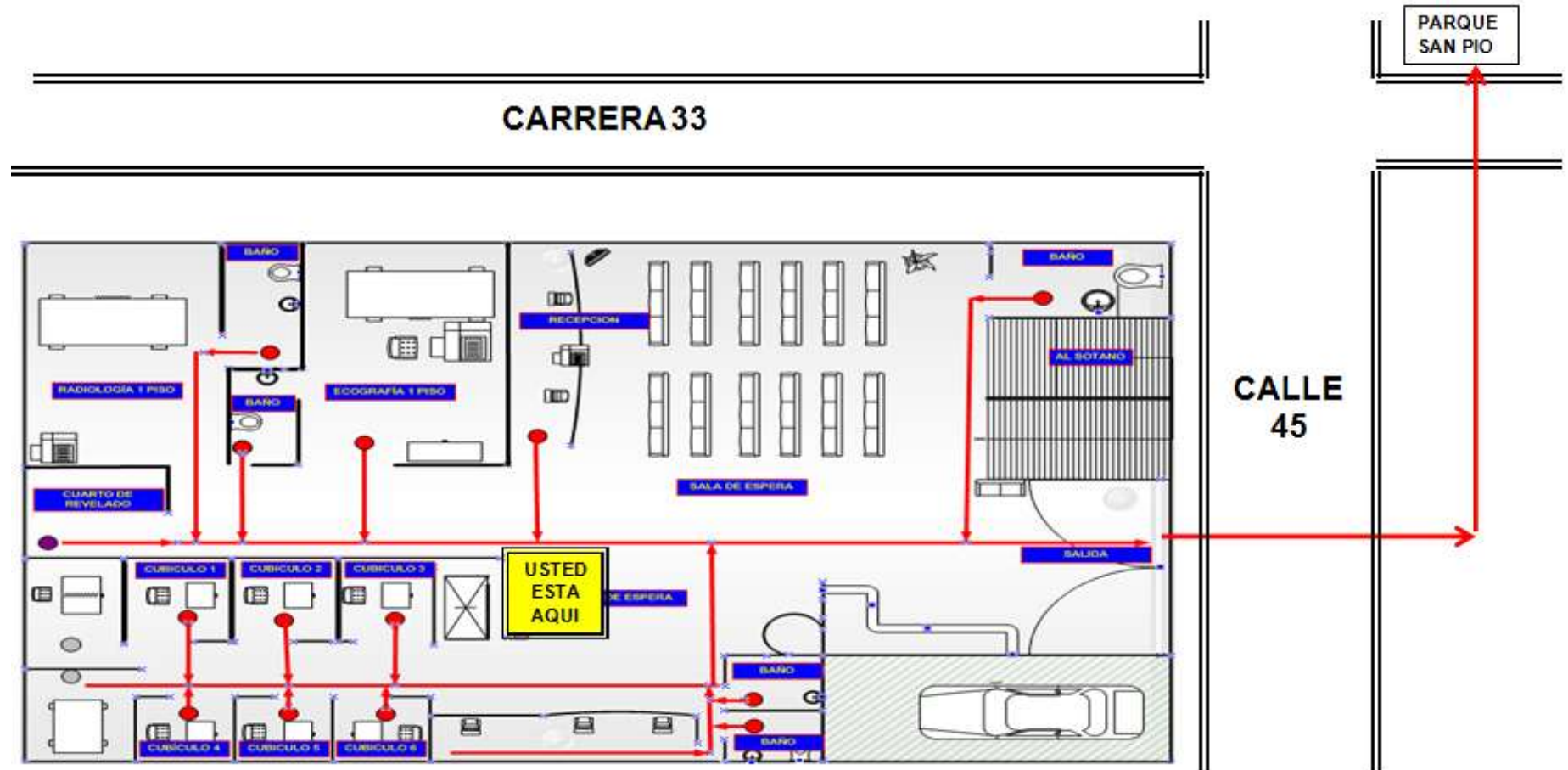
CONVENCIONES



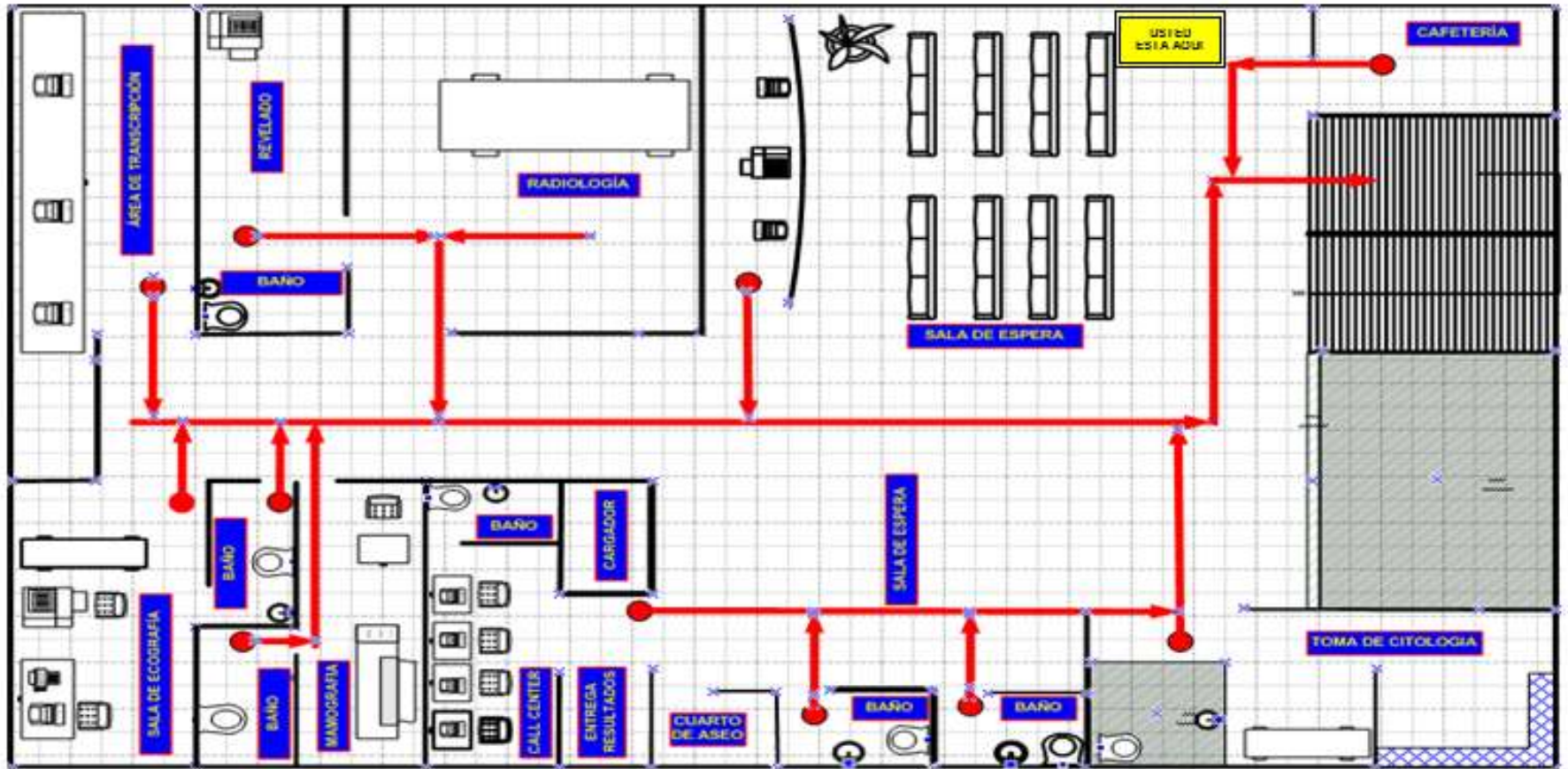
USTED ESTA ACA



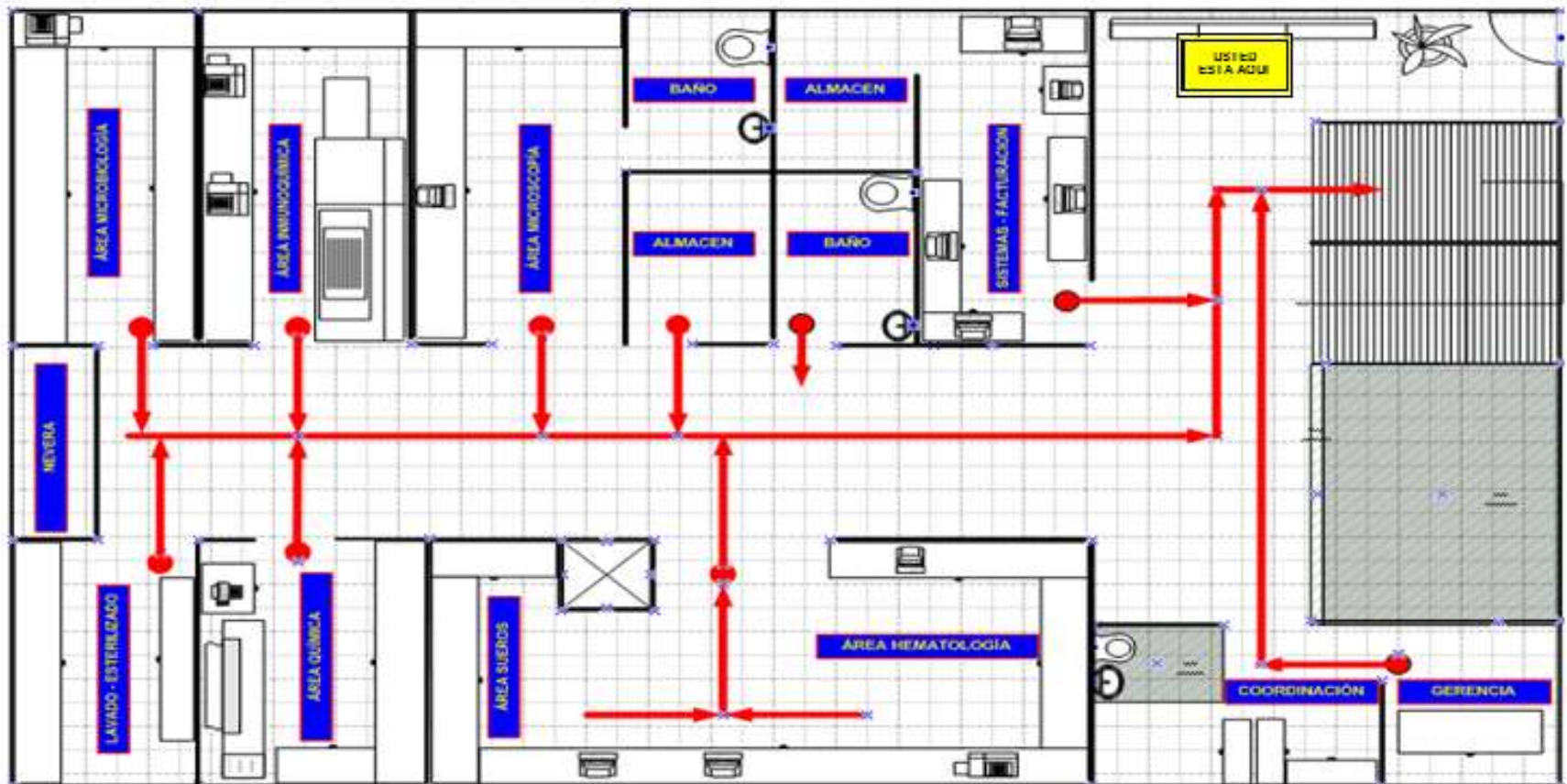
RUTA DE EVACUACIÓN



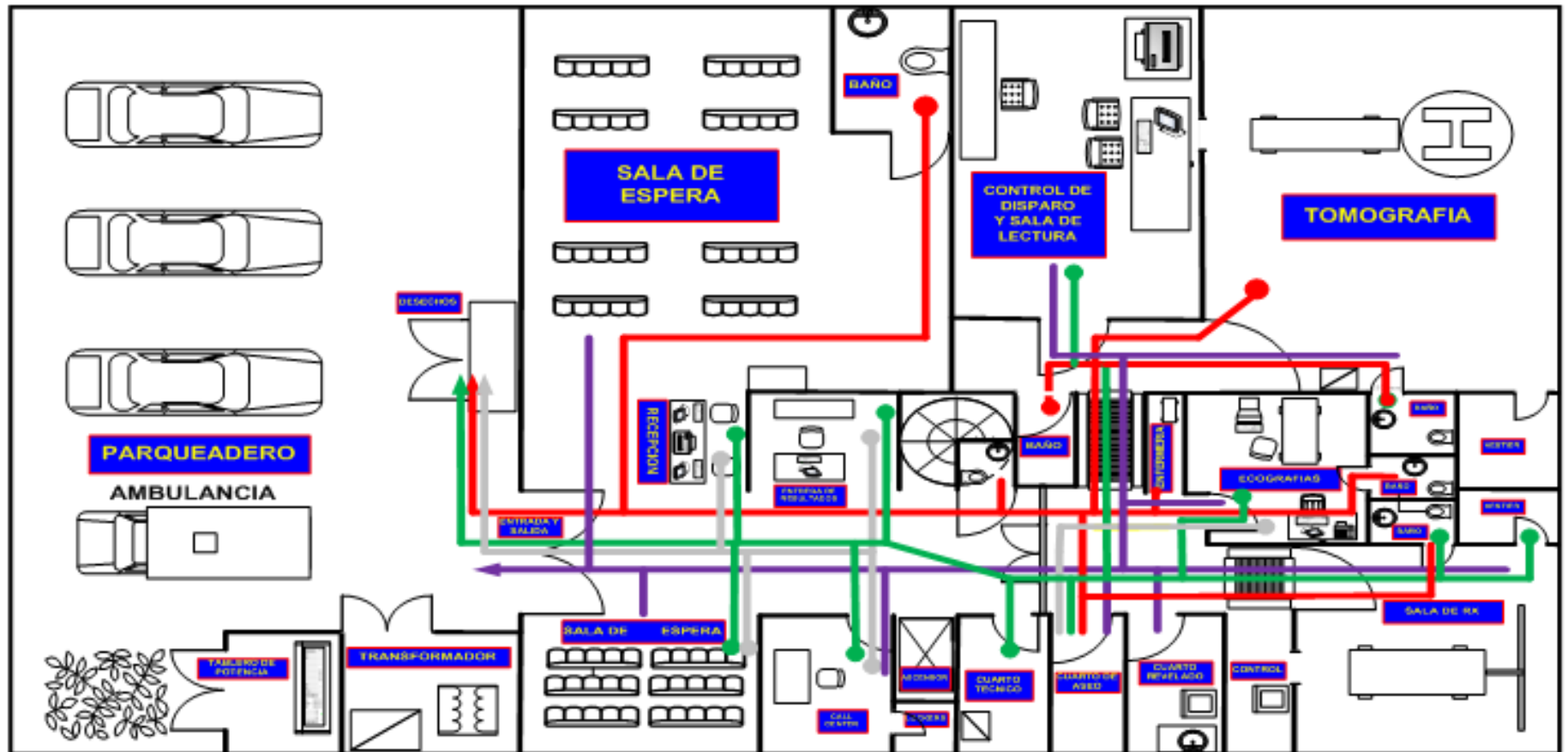
ALIANZA DIAGNOSTICA S.A SEDE PRINCIPAL - SEGUNDO PISO



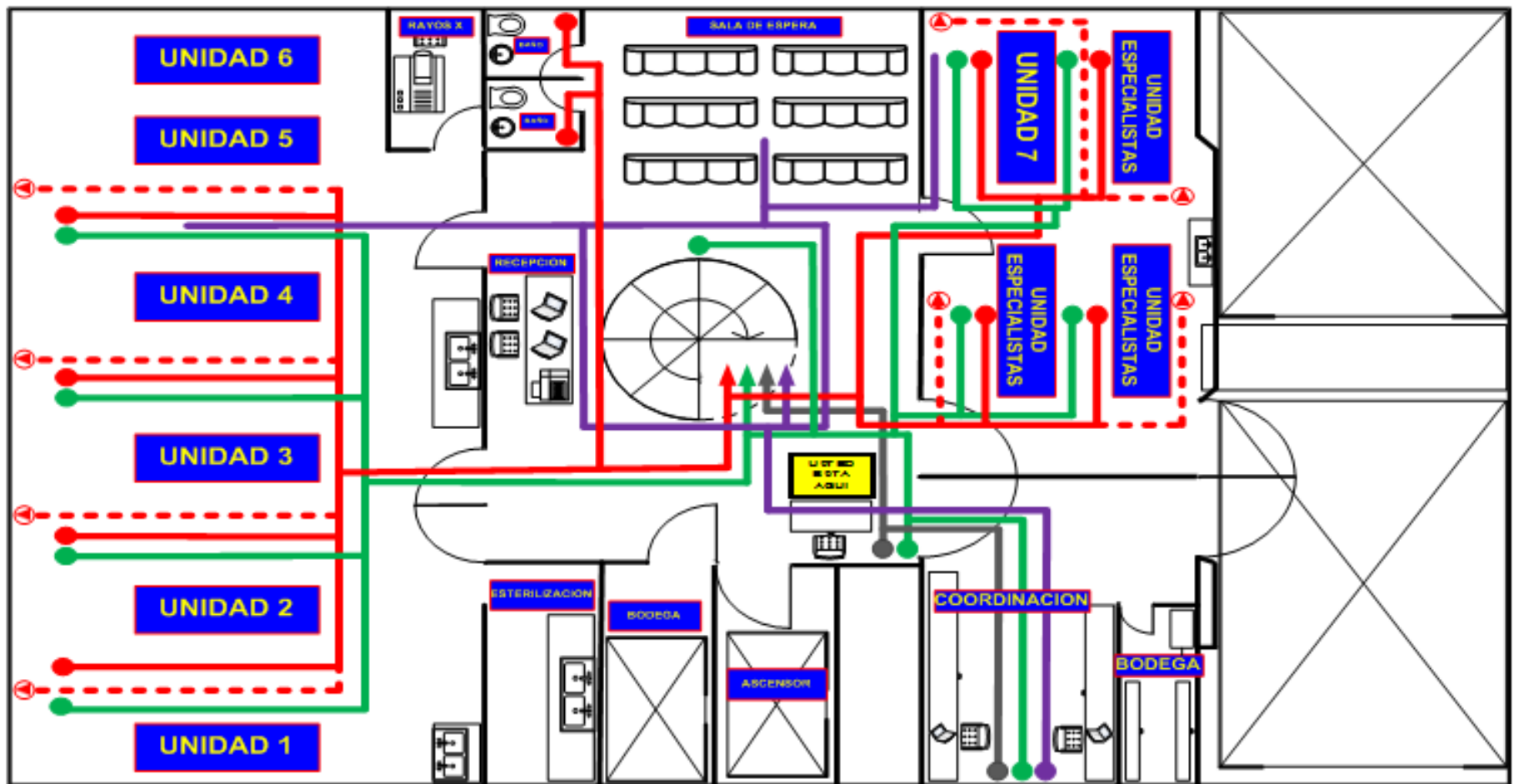
ALIANZA DIAGNOSTICA S.A SEDE PRINCIPAL- TERCER PISO



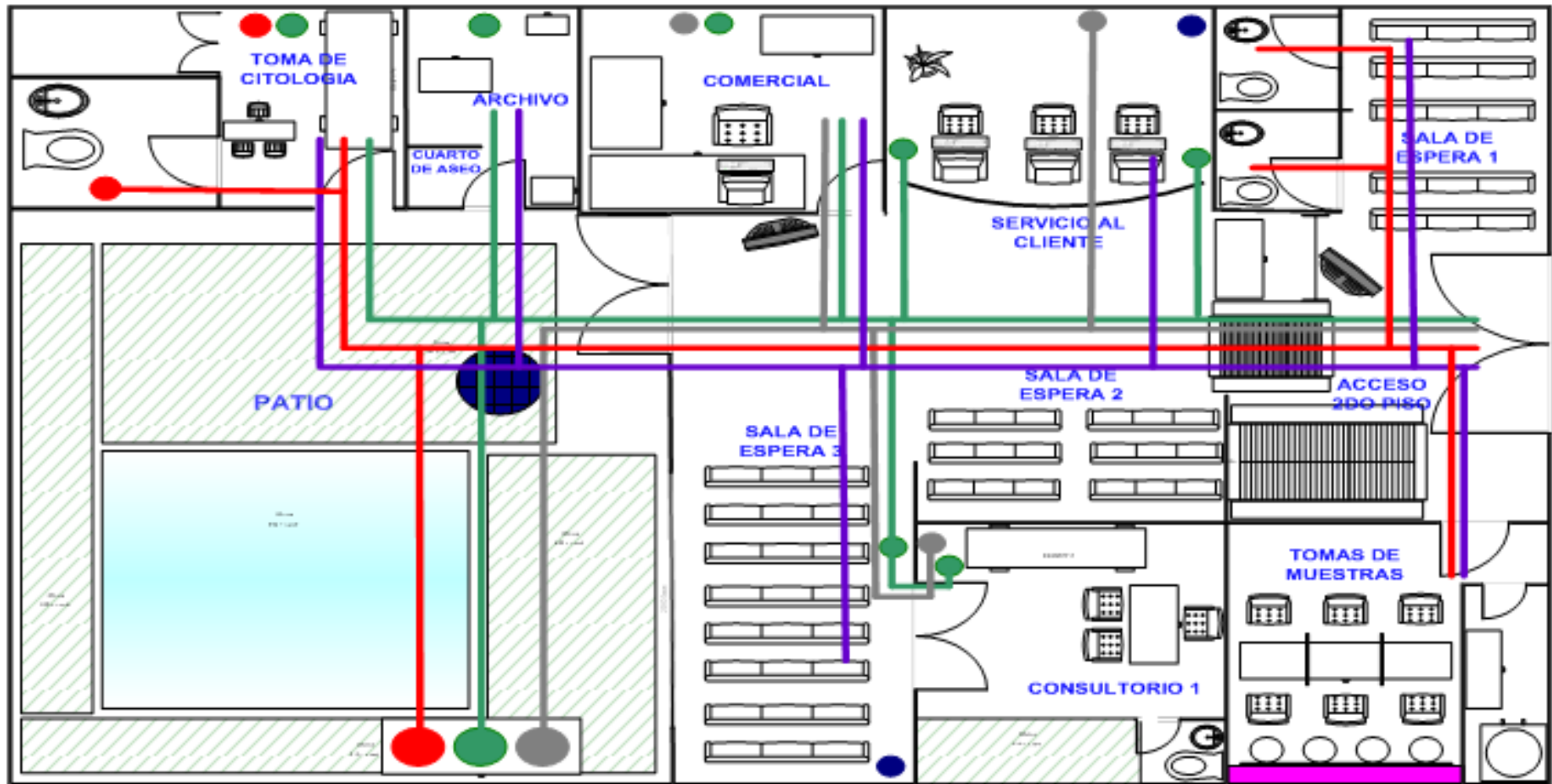
ALIANZA DIAGNOSTICA S.A. SEDE CENTRO ESPECIALIZADO EN IMÁGENES
PRIMER PISO



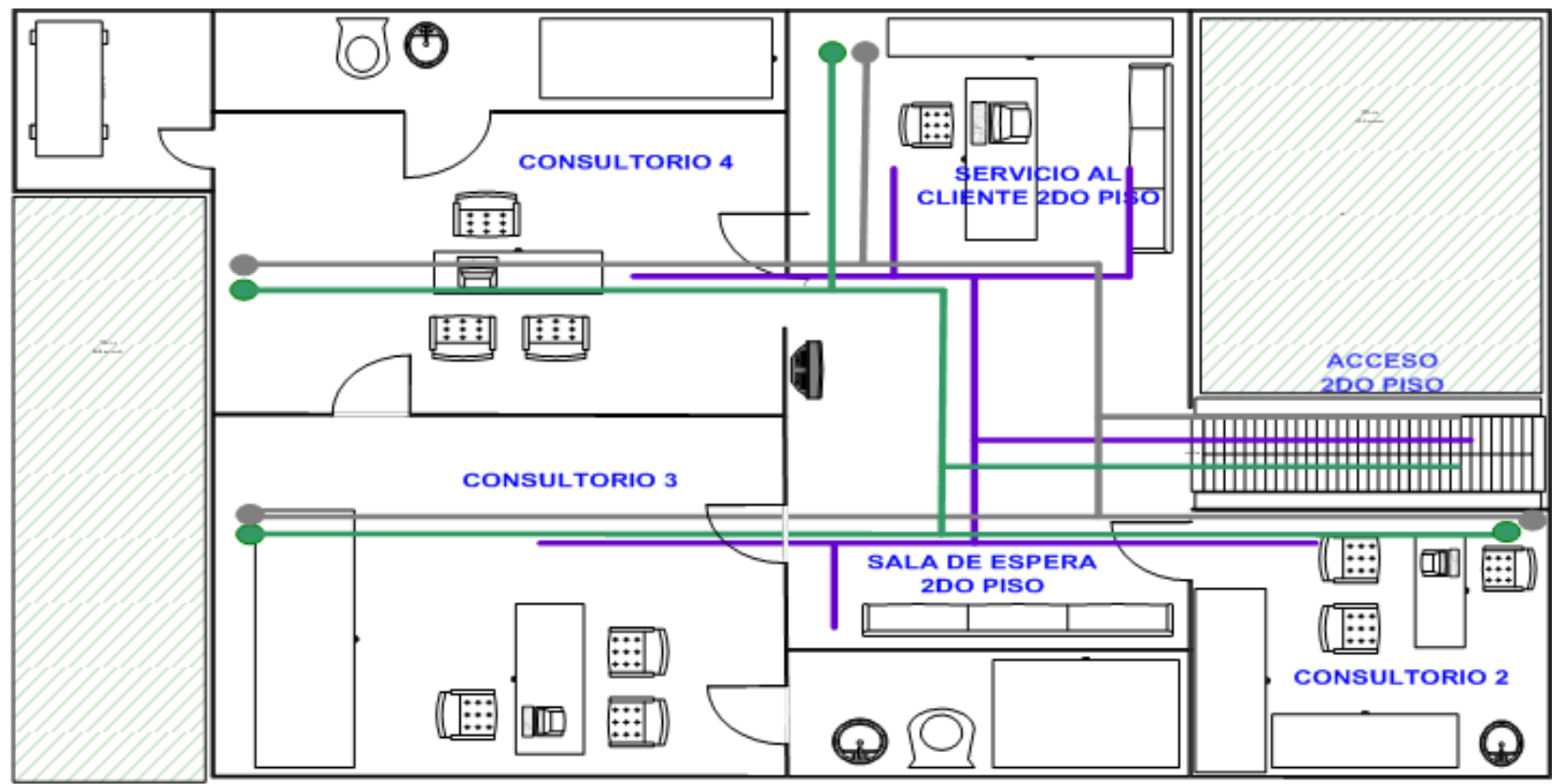
ALIANZA DIAGNOSTICA S.A. SEDE CENTRO ESPECIALIZADO EN IMÁGENES
SEGUNDO PISO



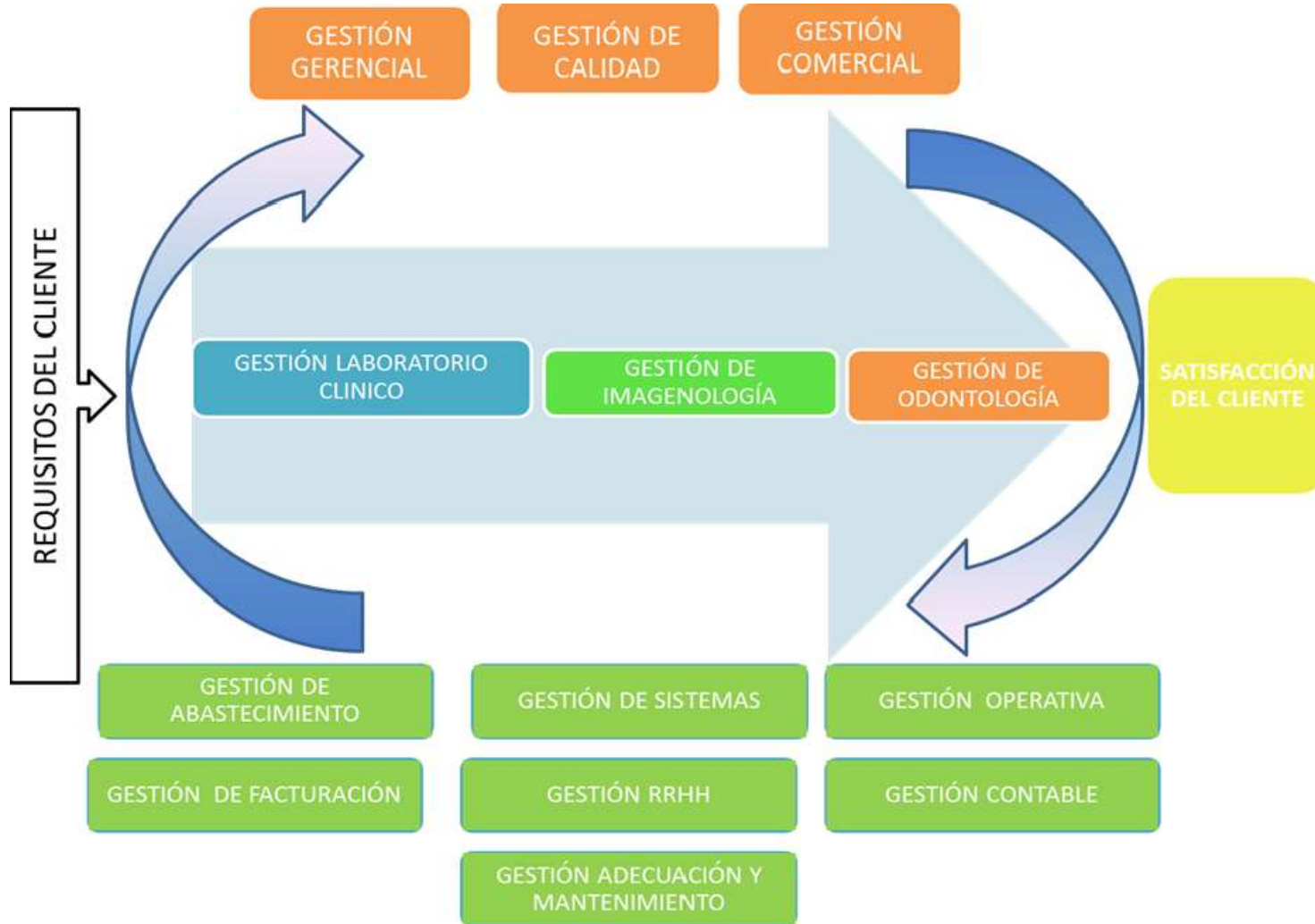
ALIANZA DIAGNOSTICA - SEDE B
PRIMER PISO



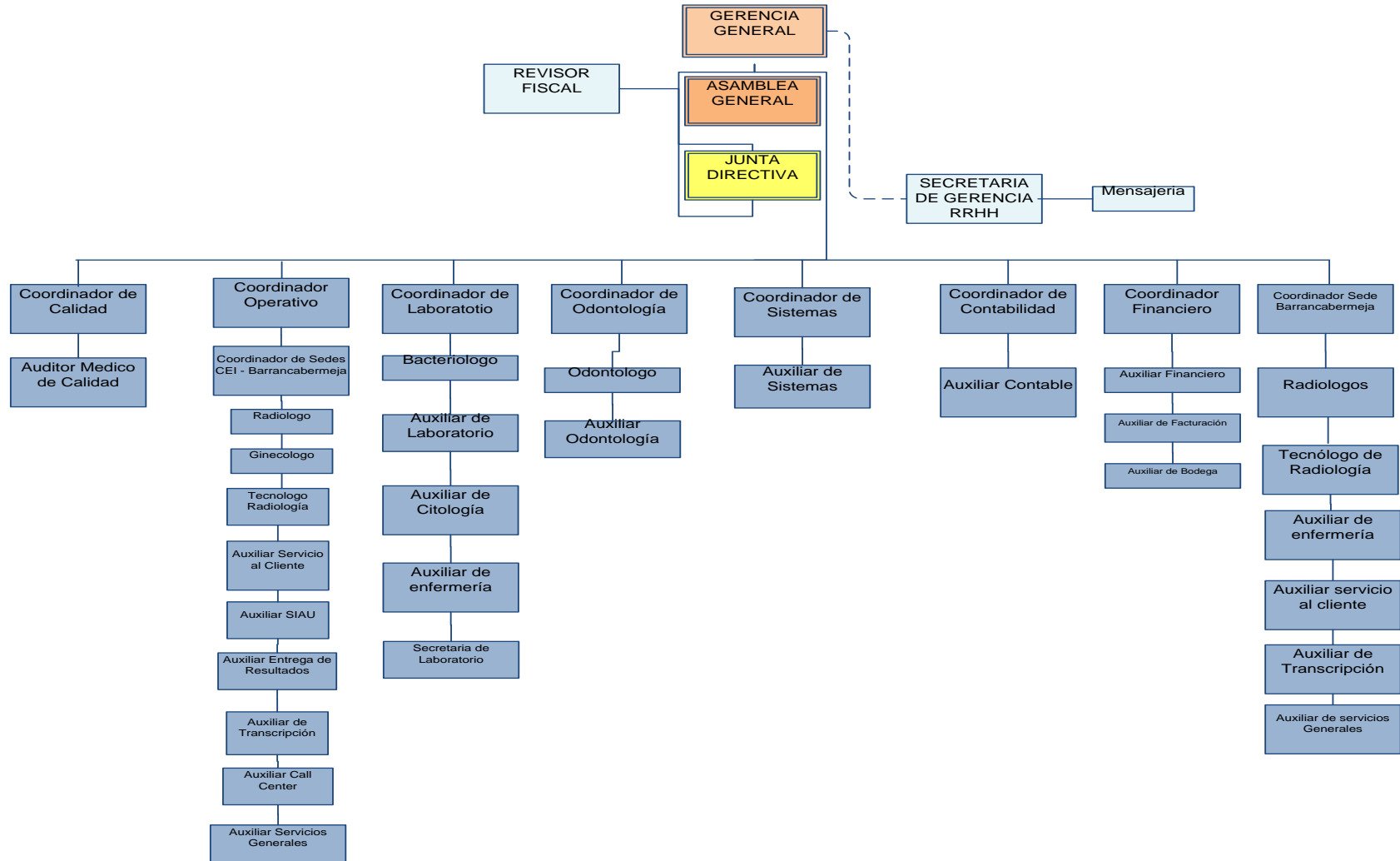
ALIANZA DIAGNOSTICA - SEDE B
SEGUNDO PISO



ANEXO B. MAPA DE PROCESOS.



ANEXO C. ORGANIGRAMA.



ANEXO D. PROGRAMA DE AMBIENTE FISICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

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

Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención sencilla, pueden ocurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesarios que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

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.

En este propósito se hace necesario establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar, estos principios son:

1. Enfoque de atención centrado en el usuario.
2. Cultura de seguridad.
3. Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
4. Multi causalidad.
5. Validez.
6. Alianza con el paciente y su familia.
7. Alianza con el profesional de la salud.

1. PROPOSITO

Este manual especifica todas las actividades de incentiva, promoción, gestión e implementación de prácticas seguras de la atención en salud.

- Definir la Política de Ambiente Físico y Seguridad del Paciente y para Alianza Diagnóstica S.A.
- Obtener procesos institucionales seguros.
- Obtener procesos asistenciales seguros.
- Involucrar a los pacientes y sus allegados en su seguridad.
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

2. ALCANCE

El presente Manual es de aplicación a todas las áreas asistenciales y administrativas en todas las sedes de Alianza Diagnóstica S.A.

3. DEFINICIONES

- Acciones de reducción del 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 probabilística del riesgo, mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.
- Atención en salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- Atención segura: Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y de minimizar los riesgos.
- Barrera de la seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
- Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- 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: 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 centinela. Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.
- Evidencia científica: Observación generalizable, replicable por personas diferentes, en sitios y momentos diferentes, provenientes de investigación clínica rigurosa que sistemáticamente minimizan un error humano.
- Falla activa: Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.
- Falla de la atención en salud: Una deficiencia en la realización de 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.
- Falla latente: Fallas en los sistemas de soporte.
- Farmacovigilancia: Sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños en los pacientes (OMS).

Actividad en Salud Pública que se encarga de la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos, que se dispensan con o sin fórmula (INVIMA).

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

- Indicio de atención insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- Medicina basada en la evidencia: Uso consciente, explícito y razonado de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones en el cuidado de pacientes.
- Riesgo: Es la probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra.
- Seguridad del paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- 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.
- Tecno vigilancia: Sistema de vigilancia pos mercado, constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y la realización de medidas de salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo.
- Violación de la seguridad de la atención en salud: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

4. RESPONSABLE

- Gerencia.
- Coordinadores.
- Coordinador de Calidad

5. AMBIENTE FISICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.1. POLÍTICA DE AMBIENTE FISICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La política de Ambiente físico y seguridad del paciente en Alianza Diagnóstica S.A. armoniza con el direccionamiento estratégico de la organización, establece la prioridad que para nosotros representa la seguridad del paciente y promueve un entorno no punitivo, es socializada y evaluada a todos los miembros de la organización y a nuestros clientes.

POLÍTICA DE AMBIENTE FISICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Alianza Diagnóstica S.A. presta servicios de salud en diferentes áreas del diagnóstico e incursionando en el tratamiento basa su Sistema de Gestión de la Calidad en la prestación de servicios mediante prácticas institucionales e instalaciones confortables y seguras, protegiendo con ello al paciente de riesgos evitables, creando al interior de la organización cultura de seguridad en la atención y del reporte de eventos adversos que permitan medir la conformidad con los indicadores de seguridad y cumplir con la normatividad vigente.

5.2. COMPONENTES DE LA POLITICA DE AMBIENTE FISICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- IDONEIDAD DEL PERSONAL: Incluye cumplimiento de competencias y habilidades de los trabajadores de la institución, calificación de

competencias, cualificación técnica, capacitación, encuestas de manejo del estrés y cultura de seguridad.

- **PRACTICAS MISIONALES SEGURAS:** Incluye el seguimiento a eventos adversos, definición de riesgos, indicadores de calidad, aplicación de normas de bioseguridad, control de medicamentos, medición de adherencias a guías de manejo y calidad del registro.
- **EQUIPOS SEGUROS:** Incluye disponibilidad de equipos, programa de mantenimiento de los mismos y seguimiento a la calibración de los equipos que la requieran.
- **INFRAESTRUCTURA SEGURA:** Garantizar cumplimiento de requisitos de habilitación y mantenimiento de infraestructura física.
- **CUIDADO DEL USUARIO:** Incluye enseñanza de rutas de evacuación y planes de emergencia, seguridad de los menores en la institución, seguridad de pertenencias, extravío de usuarios y fugas.
- **INSUMOS SEGUROS:** Calidad asegurada de los insumos, escucha de la voz del cliente interno, análisis técnico de adquisiciones.
- **SEGURIDAD DOCUMENTAL:** Incluye archivos y demás documentos propiedad del usuario como resultados, imágenes con información confidencial, historia clínica odontológica, etc.

5.3. REFERENTES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La implementación del Programa de Seguridad del Paciente, está enmarcada en la aplicación de la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente

en la atención en salud” (www.minproteccionsocial.gov.co), emitida por el Ministerio de la Protección Social el día 4 de marzo de 2010, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La guía del Ministerio brinda una serie de recomendaciones técnicas de instituciones acreditadas del país, de entidades a nivel mundial reconocidas en este campo como son la Organización Mundial de la Salud a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y la Joint Comisión y recopila prácticas de la literatura que cuentan con evidencia científica o recomendadas por grupos de expertos, que incrementan la seguridad de los pacientes.

5.4. PREMISAS DEL PROGRAMA

- La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas de la institución.
- Enfoque de atención centrada en el paciente: el resultado más importante que se desea obtener es la satisfacción del usuario y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones.
- Es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención diariamente, para analizarlas y generar una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita.
- Trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- El número de eventos adversos reportado obedece a la política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de la atención.
- El riesgo de sufrir eventos adversos para un paciente existe en todas las instituciones de salud del mundo.

5.5. FUNCIONES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.5.1. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

5.5.1.1. Promoción de la cultura de seguridad.

La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de la institución

Para generar esta cultura en Alianza Diagnóstica nos enfocamos en:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua, orientada al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud.
- Inclusión del Programa de Seguridad del Paciente en el Programa de Inducción y Re inducción de la Institución.
- La disponibilidad de recursos para apoyar la creación de esta cultura.

Como resultado final, nuestros colaboradores basarán sus actividades diarias en la prevención de eventos y en el reporte de los que puedan llegar a presentarse.

5.5.1.2. Sistema de reporte y análisis de eventos adversos.

Alianza Diagnóstica S.A. define el procedimiento para la Gestión de Eventos Adversos según el documento PR -GC-03, el cual es revisado y actualizado acorde con las políticas de mejoramiento del sistema de calidad y basado en la metodología conocida como “Protocolo de Londres”.

Para el desarrollo del procedimiento en mención se apoya en el software Registro, Análisis y Gestión de los Eventos Adversos avalado por el Ministerio de la Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

En todo caso se asegura la confidencialidad del reporte, para lo cual todos los documentos y la información relacionada con un incidente o evento adverso, son manejados y custodiados por el Programa de Seguridad únicamente por el grupo investigador y las personas implicadas en el hecho, de tal manera que la socialización de los eventos y ocurridos se realizará como estrategia para prevenir nuevas ocurrencias, pero sin mencionar los nombres ni de los trabajadores ni de los pacientes involucrados.

5.5.1.3. Estandarización de procedimientos de atención.

Alianza Diagnóstica S.A. cuenta con un Manual de Procesos y Procedimientos, en el que se brindan lineamientos para optimizar la atención de los usuarios siempre enfocados en garantizar su seguridad.

De igual manera se definen y adoptan las guías de práctica clínica necesarias para la atención y se verifica la adherencia del personal a las guías implementadas o adoptadas, sin perjuicio de las prerrogativas que se concederán a los profesionales de acuerdo a sus competencias y habilidades, para lo cual se tiene en cuenta la experiencia profesional certificada, así como también la especialidad a la que pertenece.

Los procesos administrativos también se enfocan en la seguridad de la atención del paciente, por tanto hacen parte del programa de seguridad y también se incluyen en los análisis de causas e identificación de oportunidades de mejora del mismo.

5.5.1.4. Monitorear el Programa de Seguridad del Paciente

No basta solo con definir un programa e implementarlo, además de ello se debe evaluar su impacto en la organización y para ello se definen los Indicadores de Seguridad acordes con a nuestra institución.

5.5.1.5. Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud

Con el fin de disminuir los riesgos por este aspecto, Alianza Diagnóstica S.A. cuenta con sedes debidamente avaladas por el ente regulador tanto en distribución de áreas como en ubicación de las sedes, lo cual brinda al usuario la tranquilidad de ser atendido en instalaciones pensadas en su seguridad, todas las sedes cuentan con la Licencia Médico Arquitectónica y Licencia de Equipos Emisores de Rayos X en las sedes en donde se presta éste servicio.

Además se cuenta con un programa de mantenimiento anual de todas las sedes y con un sistema de mantenimiento periódico que permite subsanar cualquier daño que se pueda presentar en un espacio de tiempo, que impiden el deterioro de las estructuras físicas que puedan llegar a causar lesiones e los usuarios y miembros de la organización.

En cuanto a los equipos médicos todos cuentan con hoja de vida y están sujetos a un cronograma de mantenimiento preventivo y la disponibilidad de mantenimientos correctivos según corresponda; los equipos son de última tecnología y de fabricantes reconocidos mundialmente, lo cual asegura la calidad de los exámenes obtenidos y la seguridad del paciente de no ser afectado por fallas de fabricación.

5.5.1.6. Rondas de seguridad

Las Rondas de Seguridad con una herramienta gerencial con la que se busca incrementar la seguridad de la atención en salud, estas rondas se realizan mínimo dos veces al año a cada área asistencial como medida preventiva y tantas veces como sea necesario de acuerdo a los resultados de los indicadores de seguridad, para ello se cuenta con el documento MN- GC -03-PT-01 Rondas de Seguridad.

5.5.1.7. Evaluación del clima de seguridad del paciente

Por lo menos una vez al año se realizará la Encuesta del Clima de Seguridad del Paciente, cuyos resultados también hacen parte de los criterios a tener en cuenta para medir la gestión del presente programa.

5.5.1.8. Plan Integral de Gestión de Residuos Hospitalarios

Porque de la correcta manipulación y disposición de los residuos hospitalarios que genera la institución también depende la seguridad del paciente, visitantes y colaboradores, el PGIRH brinda las directrices que aseguran el adecuado manejo de estos residuos y su disposición final se garantiza mediante contrato de recolección con empresas debidamente acreditadas por los entes de control para prestar este tipo de servicios, capacitación al personal y seguimiento a las actividades de generación y recolección.

En la búsqueda de generar ambientes seguros también se implementa la gestión de los residuos reciclables, los cuales son entregados a empresas especializadas y acreditadas, logrando mejorar la cultura de manejo de residuos desde la generación.

5.5.1.9 Comité de Seguridad

Conformado por la Gerencia, las coordinaciones y con la participación de un profesional de la salud en los casos en que se requiera el apoyo en temas específicos de los diferentes servicios que se prestan en la institución. Las reuniones serán mensuales y en ellas se hará seguimiento a las mediciones del programa y se proyectarán las mejoras a que haya lugar, en caso de urgencia se pueden programar reuniones extraordinarias, pero en cualquier caso debe evidenciarse la reunión con el acta correspondiente. El presente comité se creará mediante acta y en caso de renuncia de alguno de los miembros se deberá renovar el acta de conformación.

5.5.2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

Los procesos asistenciales que se desarrollan en la organización aseguran las más altas condiciones de seguridad del paciente y del personal que atiende.

Para ello se tienen definidos:

- Manual de Bioseguridad, en el que se compilan las prácticas seguras tendientes a evitar riesgos de bioseguridad tanto para el paciente como para el personal asistencial.
- Política de Re uso de dispositivos médicos: *En Alianza Diagnóstica S.A. pensando en la seguridad y comodidad del paciente y acorde con la tecnología y los servicios que se prestan, no se realiza re uso de ningún dispositivo médico.*
- Guías de reacción inmediata
- Control de temperatura y humedad de medicamentos, insumos, reactivos y medios de contraste, asegurando estas condiciones en el almacenamiento.
- Cumplimiento de la cadena de frío.
- Procedimiento de Evaluación de proveedores tanto en la selección como en la compra
- Control de calidad de los medicamentos, insumos, reactivos y medios de contraste, evitando que sean defectuosos, garantizando que tengan registró Invima vigente para el momento de la adquisición de acuerdo al procedimiento de Compras.
- Se tienen identificados los servicios que pueden generar algún tipo de reacción adversa en el usuario y para ello se definen el protocolo de atención, la obligatoriedad del consentimiento informado y las guías de reacción inmediata en caso de emergencia.
- Prevención y reducción de caídas.

- Los actos quirúrgicos odontológicos aseguran la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio correcto, para ello se ha adoptado la lista de chequeo de “Cirugía Segura” de la OMS.
- Prevención de las complicaciones anestésicas.
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales, el SGC realiza la trazabilidad de los procesos misionales a partir del documento de identidad del paciente, y en se tiene como política de atención en cada área en donde se presente el usuario: recepción, sala de atención, entrega de resultados verificar los nombres, número de documento y servicio solicitado confrontándolos contra la Historia Clínica, Orden Médica o registro interno (Información General).
- Código azul, en cada sede de atención se cuenta con el protocolo de atención en caso de deterioro de las condiciones físicas del paciente ya sea en sala de espera o en sala de atención capacitados para brindar la reanimación cardio-respiratoria básica, este sistema de código azul cuenta con los elementos básicos de atención de acuerdo al nivel de complejidad de la atención que se brinde en cada sede.
- La correcta identificación del paciente y la muestra en el laboratorio clínico mediante el enlace de los sistemas de información Solin y Enterprise tomando como base el documento de identidad del paciente, para convertirlo en un código interno único.
- En la captura de imágenes diagnósticas todas las imágenes son marcadas antes de recibir al nuevo paciente, con nombre y apellido, número de documento de identidad, género, edad y estudio.
- En Alianza Diagnóstica S.A. la interpretación de exámenes es realizada por el especialista competente de acuerdo al tipo de estudio.
- Para los exámenes radiológicos que requieren de la administración de medios de contraste se tiene implementada el formato de Entrevista paciente programado a estudio con medio de contraste y la presentación ineludible de resultado de los niveles de creatinina en sangre con el fin de evitar daños

renales, evitando además el uso de medio de contraste yodado repetido antes de las 72 horas.

5.5.3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

5.5.3.1. Comunicación entre las personas que atienden a los pacientes

- Las observaciones especiales que deben ser tenidas en cuenta por el especialista para la correcta interpretación de los exámenes son registradas por el personal auxiliar asistencial y tecnólogas, entre ellos: diagnósticos, motivo de solicitud del examen, alergias, si cumple o no preparación, etc.
- Mientras se encuentren pacientes pendientes por ser atendidos, el servicio correspondiente no podrá ser abandonado por el responsable de la atención sin antes garantizar que sea cubierto por un compañero, quien no podrá ser externo a la institución.

5.5.3.2. Prevenir el cansancio del personal de salud

- Las agendas de atención están distribuidas acorde con el servicio y la complejidad de la atención.
- Las jornadas laborales no exceden las 48 horas semanales distribuidas en jornadas completas de lunes a viernes y de medio tiempo en día sábado, salvo en casos excepcionales y de fuerza mayor se solicitará el apoyo en horario extendido en cantidad no superior a dos jornadas seguidas.
- En el transcurso de la jornada se definen espacios de descanso para evitar la fatiga.

5.5.3.3. Garantizar la funcionalidad de los Consentimientos Informados

En Alianza Diagnóstica se tiene la cultura del Consentimiento Informado como un documento en el que el paciente previo conocimiento de los riesgos a que se

expone al realizar un determinado estudio o procedimiento, autoriza su realización porque los riesgos superan las expectativas de recuperación de la salud.

El especialista responsable de la realización del estudio o procedimiento no lo realizará si en no evidencia que el paciente a firmado con nombre completo y número de documento de identidad este documento.

5.6. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD

5.5.6.1. Promover en el paciente el autocuidado

Esta promoción del autocuidado es realizada por el personal de profesionales teniendo claro el alcance de su ejercicio profesional, esta observación aplica teniendo en cuenta que prestamos servicios de ayudas diagnósticas para lo cual el especialista debe cumplir con ayudar a definir un diagnóstico.

Sin embargo en la atención odontológica la prevención, la cultura del autocuidado se hace indispensable para mejorar la salud oral de los pacientes y es en este proceso de atención en el las campañas de educación se brindan como protocolo de la atención.

5.7. MANEJO DEL ENTORNO LEGAL

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos básicos:

1. El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de procesos legales.
2. Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional, con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familiares instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.
3. Cuando la situación legal llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

Por tanto el marco regulatorio del Programa de Seguridad del Paciente se dirige a:

1. Estimular el reporte y sancionar el no reporte.
2. Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento.
3. Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos.
4. Garantizar la confidencialidad del paciente y la historia clínica.

ANEXO E. PROPUESTA DE POLITICAS PARA LA IPS ALIANZA DIAGNOSTICA.

POLITICA DE RIESGO

Para Alianza Diagnostica la gestión del riesgo es su nueva estrategia para la adopción de una cultura preventiva en su visión y todos sus procesos para lograr un desempeño hacia la excelencia y la seguridad en su actuar impactando positivamente en su entorno, la comunidad, usuarios, clientes y socios.

POLITICA DE NO FUMADOR

Alianza Diagnóstica S.A. de acuerdo a sus principios institucionales y a los compromisos adquiridos con la comunidad en el desarrollo de la prestación de sus servicios de salud y apoyo diagnóstico, asegura a sus usuarios, clientes, colaboradores y visitantes un entorno libre de humo de tabaco en todas sus sedes tanto en áreas administrativas como asistenciales, promoviendo ambientes seguros, saludables y humanizados.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Alianza Diagnóstica S.A. presta servicios de salud en diferentes áreas del diagnóstico e incursionando en el tratamiento basa su Sistema de Gestión de la Calidad en la prestación de servicios mediante prácticas institucionales e instalaciones confortables y seguras, protegiendo con ello al paciente de riesgos evitables, creando al interior de la organización cultura de seguridad en la atención y del reporte de eventos adversos que permitan medir la conformidad con los indicadores de seguridad y cumplir con la normatividad vigente.

ANEXO F. PLAN DE CONTINGENCIA.

Alianza Diagnostica S.A, debe contar con metodologías prácticas que le permitan responder de la manera más eficiente y eficaz a situaciones súbitas de

emergencia que puedan poner en peligro la estabilidad del sistema, ya sea por que causan daños a la integridad de las personas, perdidas de materiales y económicas, daños al medio ambiente, daños a la imagen corporativa o periodos de lucros cesante.

El plan de emergencia es una herramienta de diagnóstico, administrativa, organizacional y operativa, que le permite a la sede seguir unos parámetros de acción simples: antes, durante y después de una emergencia con el fin de mitigar las consecuencias de las mismas.

1. OBJETIVOS DEL PLAN DE EMERGENCIA

Objetivo General Del Plan De Emergencia

Suministrar a las directivas y funcionarios de la sede, las herramientas necesarias para planear, organizar, dirigir y controlar actividades tendientes a mitigar las consecuencias de un evento súbito que pueda poner en peligro la estabilidad de la organización.

Objetivos Específicos Del Plan De Emergencia

- Identificar las condiciones actuales de los recursos existentes
- Establecer y mantener un esquema de organización interna, practico, eficaz y eficiente para responder inicialmente a una emergencia hasta el arribo de los organismos de socorro externos.
- Establecer procedimientos de reacción simples y prácticos para la evacuación de la sede, en caso de ser necesario, y reacción frente a los principales amenazas identificadas.

DEFINICIONES

- Accidente: Suceso incontrolado, previsto o resultado de situaciones inesperadas, que pueden generar daños.
- Incidente: es un suceso que no produce daño a la persona, pero que podría haberlo generado si las condiciones dadas hubieran sido algo distintas.

- Daño: Lesiones o afecciones graves a personas, pérdida de vidas humanas, deterioro grave de equipos o instalaciones o del medio ambiente.
- Emergencia: Situación incontrolada cuya posibilidad de generar daños a personas, a instalaciones y el medio requiere de una intervención inmediata y organizada.
- Plan de Emergencia: Instrumento de gestión que define las situaciones de emergencia previsible, detalla los medios técnicos para actuar frente a cada situación, la forma en que deben utilizarse tales medios, y organiza los recursos humanos disponibles para tal utilización bajo el punto de vista de la repercusión medioambiental de dichas situaciones.

2. CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS DEL PLAN DE EMERGENCIA

Este documento debe estar escrito, aprobado, actualizado y disponible en la gerencia y una copia en medio magnético en la sede correspondiente.

Los procedimientos de emergencia deben ser dados a conocer a todos los ocupantes de la sede mediante el desarrollo de charlas, folletos, guías y otras publicaciones que se realicen.

Este plan debe actualizarse cada año o antes si llegase a presentarse cambios significativos en las condiciones sobre las cuales fue elaborado o últimamente actualizado. Toda actualización deberá ser coordinada por el líder de la sede, el líder de salud ocupacional o por el proceso de gestión humana de la organización.

PROCEDIMIENTO

. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Anexo Análisis de Vulnerabilidad

PLANIFICACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

En Alianza Diagnostica S.A establece planes y procedimientos de medidas y respuestas ante emergencias, éstos consideran no sólo los incidentes ambientales ocurridos, sino también situaciones de emergencia potenciales.

3. ANÁLISIS DE RIESGO Y DESARROLLO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN, MITIGACIÓN Y RESPUESTA.

Identificación de amenazas y factores de riesgo.

Se han identificado como factores de riesgo posibles los siguientes:

FACTOR DE RIESGO POSIBLE	DESCRIPCIÓN DEL FACTOR DE RIESGO
Emergencia de origen natural	Son todas aquellas producidas en forma directa o indirecta por fenómenos naturales, entre otras: Sismos, tormentas.
Emergencia de origen Tecnológico	Son todas aquellas inherentes a los procesos, equipos, materias primas e insumos, desarrollados y utilizados por la organización. Entre las que se tienen incendios, explosiones, derrames, vertimientos, intoxicaciones.
Emergencia de origen social	Son todas aquellas emergencias producidas por desórdenes de tipo social como amenazas, atentados, robos secuestros, entre otros.
Emergencia de origen humano	El error humano es causa de buena parte de las emergencias en el trabajo y puede ser consecuencia de aspectos como: Descuido, conductas inapropiadas, abuso de sustancias o fatiga.

La amenaza se detiene como un peligro latente asociado a un fenómeno físico de origen natural, tecnológico o provocado por el hombre, que puede manifestarse en un sitio y tiempo específico produciendo efectos adversos a personas, bienes, servicios y/o medio ambientes.

Evaluación de Amenazas

AMENAZAS POSIBLES	CAUSAS	CONSECUENCIAS
Sismo y Colapso Estructural	Características del área geológica de del área metropolitana de Bucaramanga. En cuanto a sismo resistencia de la estructura, es difícil establecer si ésta cumple con los parámetros establecidos	Colapso estructural de la edificación
Incendios	Manipulación de químicos combustibles (máquina de rayos x) y un gran número de equipos eléctricos de oficina, toma de muestra de laboratorio y odontología	Pérdidas Humanas y materiales.

6.3 Medidas de prevención y Mitigación

Las medidas de prevención están orientadas a evitar que se presente el evento. La mitigación refiere a las medidas para reducir las consecuencias de cada amenaza, es decir, reducir la vulnerabilidad. Dentro de estas medidas es muy importante la información básica a usuarios en volantes, recomendaciones de seguridad y sonido interno.

AMENAZAS POSIBLES	MEDIDAS DE PREVENCIÓN	MEDIDAS DE MNITIGACIÓN
Sismo y Colapso estructural		Implementar las brigadas de emergencias. Socializar a los trabajadores y visitantes la conducta a seguir en caso de una emergencia.
Incendio	Realizar inspecciones periódicas a instalaciones eléctricas, para así identificar instalaciones defectuosas que puedan generar accidentes eléctricos. Efectuar de manera permanente capacitación, en cuanto a la correcta aplicación de los procedimientos que disminuyen el riesgo de corto circuito. Implementar programa de inspecciones de seguridad, direccionando específicamente a la manipulación y almacenamiento de sustancias químicas.	Instalar un sistema de alarma de incendios. Identificar todos los tableros de control y seccionadores de manera

Fuente autor del proyecto

4. DERRAME DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

Ruptura de Bolsa

Si durante la manipulación o transporte de las bolsas que contienen residuos sólidos ocurre un derrame, efectúe el siguiente procedimiento:

- a. Inmediatamente introduzca la bolsa arruinada en una nueva bolsa para que su contenido no continúe cayendo al piso.
- b. Aísle la zona del derrame utilizando la señalización de “Cuidado Piso Húmedo” para evitar el paso de personas.

c. Recoja los residuos derramados con escoba y recogedor para posteriormente depositarlos en la bolsa correspondiente.

d. Lave con agua y jabón el sitio del derrame, si el residuo derramado es de tipo peligroso (riesgo biológico) desinfecte la zona con Hipoclorito de Sodio a una concentración de 5000 partes por millón (PPM) durante 10 minutos y retírelo con agua y jabón; no olvide dejar las superficies completamente secas para evitar proliferación de microorganismos.

e. Transporte las bolsas junto con el recipiente hasta el cuarto de almacenamiento central. Los recipientes involucrados durante la ruptura de la bolsa deben ser lavados con agua y jabón, en caso de recipientes que contenían residuos de tipo peligrosos, deben ser desinfectados con Hipoclorito de Sodio a una concentración de 5000 PPM durante 10 minutos y retírelo con agua y jabón.

f. Lave con agua y jabón los implementos utilizados durante la recolección y limpieza de los residuos derramados, si el accidente ocurrió con residuos de tipo peligroso, estos deben ser desinfectados con Hipoclorito de Sodio a 5000 PPM durante 10 minutos para posteriormente retirarlo con agua y jabón.

g. Informe por escrito al Coordinador de la sede, sobre el incidente ocurrido, quien a su vez comunicará al responsable de Salud Ocupacional y al Comité Ambiental con el fin de tener una estadística de incidencia.

Sugerencia: No olvide emplear los elementos de protección personal para efectuar el procedimiento anteriormente descrito (guantes calibre 25, mono gafas, peto, etc.).

Derrame de Residuos Sólidos

a. Brinde o solicite primeros auxilios y asistencia médica en caso de resultar personas lesionadas.

b. Aísle la zona del derrame utilizando la señalización de “Cuidado Piso Húmedo” para evitar el paso de personas.

- c. Recoja los residuos derramados con escoba y recogedor para posteriormente depositarlos en la bolsa correspondiente.
- d. Lave con agua y jabón el sitio del derrame, si el residuo derramado es de tipo peligroso (riesgo biológico) desinfecte la zona con Hipoclorito de Sodio a una concentración de 5000 partes por millón (PPM) durante 10 minutos y retírelo con agua y jabón; no olvide dejar las superficies completamente secas para evitar proliferación de microorganismos.
- e. Transporte las bolsas junto con el recipiente hasta el cuarto de almacenamiento central.
- f. Lave con agua y jabón los implementos utilizados durante la recolección y limpieza de los residuos derramados, si el accidente ocurrió con residuos de tipo peligroso, estos deben ser desinfectados con Hipoclorito de Sodio a 5000 PPM durante 10 minutos para posteriormente retirarlo con agua y jabón.
- g. En caso de derrame de residuos corto punzantes nunca deben recogerse con la mano sino con los elementos apropiados como pinzas y depositarlos en un nuevo contenedor.
- h. Informe por escrito al coordinador de Servicios Generales sobre el incidente ocurrido, quien a su vez comunicará al responsable de salud ocupacional y el comité ambiental con el fin de tener una estadística de incidencia.

Sugerencia: No olvide colocarse los implementos de seguridad personal (guantes calibre 25, mono gafas, peto, tapabocas, botas plásticas, gorro, etc.) durante estos procedimientos.

Derrame de Residuos Líquidos

- Brinde o solicite primeros auxilios y asistencia médica en caso de resultar personas lesionadas.
- Aísle la zona del derrame utilizando la señalización de “Cuidado Piso Húmedo” para evitar el paso de personas.
- Determine las características del derrame (Sangre, vomito, materia fecal u orina, entre otros)

- Cubra completamente con aserrín el derrame y recoja con escoba y recogedor.
- Deposite el residuo en bolsa roja, séllela.
- Lave con agua y jabón el sitio del derrame, desinfecte la zona con Hipoclorito de Sodio a una concentración de 5000 PPM durante 10 minutos y retírelo con agua y jabón; no olvide dejar las superficies completamente secas para evitar proliferación de microorganismos.
- Desinfecte con hipoclorito de sodio a 5000 ppm todos los utensilios utilizados en el proceso de limpieza.
- Informe por escrito al Coordinador de Servicios Generales sobre el incidente ocurrido, quien a su vez comunicará al responsable de salud ocupacional y el Comité Ambiental con el fin de tener una estadística de incidencia.

Sugerencia: No olvidar colocarse los implementos de seguridad personal (guantes calibre 25, mono gafas, peto, tapabocas, botas plásticas, gorro, etc.) durante estos procedimientos.

Los accidentes ocurridos durante la carga o transporte externo de residuos peligrosos y no peligrosos estarán bajo la responsabilidad de los funcionarios de la empresa recolectora, sin embargo, en caso que necesiten materiales o personal para responder ante la emergencia, la clínica prestará la ayuda oportuna.

4.4 DERRAME DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

Para la prevención de accidentes relacionados con sustancias químicas utilizadas en la clínica, se debe cumplir con las condiciones de manejo y manipulación descritas en la Hoja de Seguridad de la sustancia. Sin embargo, en caso de derrame las principales medidas a tomar se describen a continuación:

- a. Alertar inmediatamente a los ocupantes del lugar y evacuar el área si es necesario.

- b. Asista a toda persona que pudiera haber sido contaminada sin exponerse usted al peligro. Siguiendo las recomendaciones de la hoja de seguridad del producto.
- c. Mantenga el área bien ventilada y apague cualquier llama de fuego o fuente de calor.
- d. No limpie un derrame si el material está mezclado con otros productos, tales como césped, papel, etc. o si el material está reaccionando, es decir, hace un ruido sibilante, borbotea, humea, emite gas o se está quemando.
- e. Si hay otros indicios de que está ocurriendo una reacción química, evacue inmediatamente el área y llame a la estación de bomberos local para pedir socorro (119).
- f. Antes de proceder con las labores de control del derrame, lea la etiqueta o recurra a la hoja de seguridad para informarse de las precauciones de seguridad, recurra al kit de derrame de sustancias químicas ubicado en cada área de almacenamiento, póngase el equipo de protección personal adecuado para el peligro.
- g. Detenga el derrame lo más pronto posible regresando el recipiente a su posición vertical o colocando en el lugar un segundo recipiente para recuperar la solución que se está fugando.
- h. Comience la limpieza lo más pronto posible. Use el aserrín que está dentro del kit para recoger los líquidos derramados.
- i. Debe esparcir el material absorbente sobre todo el área del derrame, trabajando en círculos desde afuera hacia dentro. Esto disminuye las posibilidades de salpicar o de esparcir la sustancia química.
- j. Una vez que hayan sido absorbidos los materiales derramados, deposítelos en una bolsa roja y márkela si es necesario (de acuerdo a su composición reactiva), utilizando la escoba y el recogedor especiales del kit.
- k. Una vez que haya recogido el material, manténgalo en observación, porque puede ocurrir una reacción retardada.
- l. Lave con agua y jabón el sitio del derrame, no olvide dejar las superficies completamente secas.

m. Para la disposición de los materiales absorbentes utilizados y los residuos químicos recogidos, recurra nuevamente a la hoja de seguridad para conocer la forma de disposición más adecuada y de previo aviso al personal de servicios generales sobre el hecho ocurrido.

4.5 GASES COMPRIMIDOS

Los gases comprimidos empleados en la institución son de tipo medicinal: Nitrógeno Gas (N₂), Dióxido de Carbono Gaseoso (CO₂), Oxígeno Gaseoso (O₂) Aire Comprimido. Para responder de manera adecuada a las situaciones de emergencia relacionadas con fuego, fugas o derrames de gases comprimidos a continuación se describe ciertas recomendaciones:

- a. Llamar primero al número de teléfono de respuesta en caso de emergencia (01 8000 514300), si el caso es de incendio llamar a la estación de bomberos 119.
- b. Aísle el área del derrame o fuga inmediatamente por lo menos 25 metros a la redonda.
- c. Alertar inmediatamente a los ocupantes del lugar y evacuar el área si es necesario.
- d. Asista a toda persona que pudiera haber sido contaminada sin exponerse usted al peligro. Siguiendo las recomendaciones de la hoja de seguridad del producto.
- e. Mantenga el área bien ventilada y apague cualquier llama de fuego o fuente de calor. Manténgase en dirección del viento.
- f. Antes de proceder con las labores de control del derrame, lea la etiqueta o recurra a la hoja de seguridad para informarse de las precauciones de seguridad, póngase el equipo de protección personal adecuado para el peligro.
- g. En caso de fuego use el agente extinguidor apropiado para el tipo de fuego a su alrededor, mueva los contenedores del área de fuego si lo puede hacer

sin ningún riesgo. Los cilindros averiados, deberán ser manejados solamente por especialistas.

4.6 EMERGENCIA SANITARIA AL INTERIOR Y AL EXTERIOR DE LA IDENTIDAD

Al Interior

Además del manejo de contingencias anteriormente mencionadas, el plan de Emergencias de S.A. debe cumplir con los planes de acción para el manejo de los residuos hospitalarios en caso de sismos, incendios, interrupción de servicios de energía eléctrica y agua, alteraciones de orden público, cese de actividades de persona interno y/o el encargado de la recolección de los desechos hospitalarios, afluencia masiva de heridos, entre otros que determine la autoridad ambiental según sea la complejidad del caso.

Al Exterior

Los derrames ocurridos durante el proceso de transferencia del almacenamiento central de la institución al vehículo transportador, deberá ser atendidos por los funcionarios de la institución en equipo con los funcionarios de la empresa incineradora, según las medidas de contingencia establecidas anteriormente.

Cuando los derrames ocurran en el recorrido del vehículo hasta el punto de disposición, el conductor deberá seguir el protocolo especificado por la empresa recolectora de residuos peligrosos para estos casos.

Demora o Interrupción en la Recolección de los Residuos

Teniendo en cuenta que el cuarto central de los residuos hospitalarios, tiene capacidad de almacenamiento para siete días aproximadamente, y se cuenta con una nevera para congelar los residuos anatomopatológicos, si hay demora en la recolección, se debe hacer lo siguiente:

- Los residuos deben mantenerse en recipientes herméticamente cerrados.

- Aplicar Cal o aserrín en la superficie de las bolsas para neutralizar los olores generados por la descomposición.
- Desinfectar con hipoclorito 5.000 PPM cada 12 horas en el cuarto de almacenamiento, y lavar con agua y jabón, teniendo en cuenta que no caiga encima de los residuos.
- Fumigar los alrededores para evitar la proliferación de vectores, como roedores, insectos, etc.
- Para los residuos corto punzantes: no se realizará ningún procedimiento, solo se almacenarán durante el tiempo necesario en el cuarto de almacenamiento de los residuos peligrosos

Interrupción de Servicios Públicos

Agua

Diariamente se utiliza el agua para lavar y desinfectar el cuarto de almacenamiento central de los residuos sólidos. La organización cuenta con dos tanques de reserva para que en llegado caso de interrupción del servicio haya abastecimiento para las diferentes actividades.

En caso de presentarse una interrupción temporal del servicio de agua se realizara el siguiente procedimiento:

Comunicar al coordinador operativo (extensión 111).

El dará orden de apertura de las válvulas de los tanques de reservas de agua, los cuales tiene capacidad de suministrar agua durante 6 horas continuas.

Utilizar agua para actividades que lo ameriten indispensablemente e inhabilitar algunos baños públicos.

Para la limpieza y desinfección del cuarto de almacenamiento central, de los recipientes que contienen residuos hospitalarios, baños, entre otros, se aplicará el método de limpieza en seco el cual consiste en aplicar hipoclorito de sodio a 5000 ppm en las superficies, dejarlo actuar durante 10 minutos, retirarlo con lanillas

humedecidas y limpiar con agua y jabón, retirarlo nuevamente lanillas humedecidas, aplicar nuevamente hipoclorito de sodio a 5000 ppm dejarlo actuar durante 10 minutos y retirarlo.

En caso tal que la interrupción del servicio sea permanente y se agoten las reservas de agua se llamará al cuerpo de Bomberos (119) quienes llenarán el tanque de la IPS.

Si la interrupción del servicio es total en el área metropolitana y se han agotado por completo los recursos anteriormente mencionados (tanques de reserva, bomberos), se llamará a la Secretaria de Salud y/o la CDMB (Corporación Autónoma Regional para la defensa de la Meseta de Bucaramanga) con el fin de solicitar su ayuda para controlar la emergencia.

Energía

En el cronograma del servicio de laboratorio se utiliza el servicio de energía para esterilizar los medios de cultivo antes de ser entregados a la empresa de servicios especiales de aseo.

La institución cuenta con planta eléctrica, con el fin de suministrar energía en caso que se presente una interrupción en el servicio. Las plantas eléctricas disponen de encendido automático y pueden proveer energía durante 8 horas seguidas.

En caso tal que la interrupción del servicio sea permanente, se proveerá constantemente combustible a las plantas para que su funcionamiento sea continuo.

Incendios

En caso de presentarse un conato de incendio se contactara con el jefe de Brigada para atender la emergencia.

La organización cuenta con extintores multipropósito ABC (polvo químico seco, solkaflan, bióxido de carbono) y extintores tipo BC ubicados en sitios estratégicos acordes con el material combustible presente en Alianza Diagnostica S.A, que le permiten manejar una situación de emergencia.

Sismos

Alianza Diagnostica S.A. mantiene actualmente medidas preventivas respecto a la ubicación de los residuos hospitalarios, estos se encuentran en un lugar fuera de las áreas misionales con puertas que comunican directamente a la calle.

- Se debe contactar con la empresa recolectora para el manejo de estos desechos hospitalarios.
- Inmediatamente después de la recolección de los desechos se debe aplicar hipoclorito de sodio a 5000 ppm al área, dejarlo actuar durante 10 minutos, retirarlo con abundante agua y aplicar jabón, este procedimiento se debe realizar 3 veces.
- Se debe fumigar para evitar la proliferación de vectores.

4.7 CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

- Capacitar de forma constante al personal pertinente sobre medidas de prevención y mitigación de riesgos que pueden generarse.
- Divulgar el plan de contingencia a todos los miembros de la organización.



gramáticos, que desarrollen la interdisciplinariedad y el trabajo en equipos.

La formación basada en problemas, impulsada por acciones orientadoras del docente, el desarrollo de aprendizajes autónomos, potenciados por el trabajo de equipos inter y transdisciplinarios, con la mediación de didácticas activas y la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, son los ingredientes que caracterizarán los desarrollos de los paquetes Instruccionales previstos. Esto nos lleva a hablar de un modelo pedagógico, con una metodología específica para la formación, puesto que éste, la metodología con sus estrategias, son el referente para los capacitadores que deben diseñar y orientar los procesos formativos e imprimirle un sentido al proyecto que nos convoca. Cada modelo sustenta didácticas o estrategias metodológicas que lo soportan o que lo caracterizan.

Es necesario, frente a lo anterior, conceptualizar sobre lo que son las estrategias metodológicas y para ello este documento retoma a Dolores Lankenau Caballero del Instituto Tecnológico de Monterrey quien las define como unas guías de acción que ofrecen la orientación para obtener resultados previamente definidos. Las estrategias dan sentido y coordinación a todo lo que se hace para llegar a la meta y esta meta está en términos del paradigma que se asume, de sus propósitos de formación, y de los contenidos necesarios, pero de una manera específica y para el proyecto que nos convoca a las competencias que se desean desarrollar en los funcionarios de la salud, objetivos de la formación.

Es así como abordaremos a continuación una propuesta de metodología dinámica, que encierra estrategias metodológicas, para culminar más adelante en la revisión de unas técnicas didácticas en consonancia con lo planteado anteriormente.

Una propuesta de metodología dinámica

En su libro de Fundamentos metodológicos, basados en los principios de la Cibernética social, Crisanto Velandia (2007) comenta que los enfoques actuales en la concepción de la educación superior han pasado de centrarse en el docente, en su saber y en la capacidad de transmitirlo, para centrarse en el estudiante, en su trabajo para el aprendizaje autónomo, en un contexto pertinente en lo conceptual, en el desarrollo de proyectos y en el ejercicio exitoso de las habilidades operativas. Sin embargo, el desarrollo de la interdisciplinariedad, el desarrollo tecnológico y de las TICs tienden, cada vez más, a exigir como fundamento del aprendizaje, la habilidad para el trabajo en equipo, la construcción grupal del conocimiento y el desarrollo de la convivencia y la ciudadanía.

En este sentido, las actividades de formación en el proyecto para el Ministerio de Protección Social se organizan sobre una Metodología Interdisciplinaria que construye el conocimiento a través de la práctica y de la interacción de los equipos de Aprendizaje (Velandia, 2007). Debe ser, entonces, por principio, una metodología que prime el trabajo por cooperación frente al trabajo por competición; el trabajo en equipo, frente al trabajo individualista; una metodología que privilegie la solidaridad, la preocupación frente a las necesidades del otro como persona, como un auténtico otro.

A través de la metodología propuesta, se intenta pasar de la unidisciplina (visión unidimensional de las cosas) y la multidisciplinaria (agregación de conocimientos) a la interdisciplina que facilita la construcción de mapas globales del conocimiento, la comprensión de la interacción de las disciplinas, la relativización del conocimiento y el trabajo en equipo.

Esta metodología se caracteriza por tres componentes interactivos: el primero, en relación con el saber, teorías hechos y conceptos; el segundo con el hacer, funciones prácticas, y el ter-



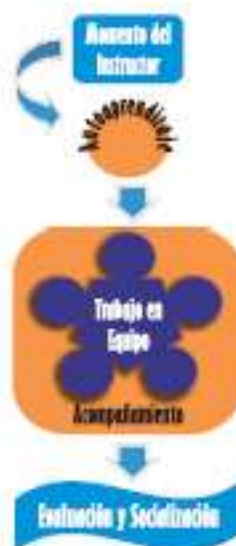
cero con el ser que tiene que ver con lo creativo, lo valórico, lo emocional. A continuación se analizan cada uno de los tres componentes fundamentales y se asume por lo tanto, una metodología de construcción del conocimiento, en equipo y a través de la práctica.

Velandia plantea, en consonancia con lo anterior, que se debe crear una nueva cultura del conocimiento, no sólo como un esfuerzo individual de reflexión, investigación y creación, sino como producto social en un proceso interactivo de construcción a partir de la diversidad de necesidades, conocimientos, escenarios y experiencias que aportan los participantes. Son ejes claves de esta propuesta la construcción del conocimiento, el trabajo en equipo y la reflexión sobre la práctica, categorías que se fundamentan en el constructivismo, el pensamiento complejo.

Las Estrategias metodológicas y la organización de actividades de formación

Para Dolores Lanckenau Caballero, vinculada al Instituto tecnológico de Monterrey, una estrategia es una guía de acción que ofrece la orientación para obtener resultados previamente definidos. La estrategia da sentido y coordinación a todo lo que se hace para llegar a la meta. Esta, la meta, se refiere a la competencia que se desea desarrollar en el estudiante. Su aplicación en la práctica diaria requiere del perfeccionamiento de procedimientos y de técnicas didácticas cuya elección y diseño son responsabilidad del maestro.

Frente a lo anterior, el modelo pedagógico propuesto para el proyecto educativo que nos convoca, tratará de integrar las diversas formas u opciones de enseñar y aprender que la humanidad ha venido aplicando a lo largo de la historia y que podrían sintetizarse en cinco momentos, según lo plantea Velandia (2007):



Momento centrado en la propuesta del capacitador: el aula dinámica

Velandia lo plantea como el momento de la clase, tanto a nivel presencial como con estrategias semipresenciales o desescolarizadas. Es el encuentro con los estudiantes para el desarrollo de una propuesta temática o el planteamiento de una situación - problema que debe ser investigada, a la que hay que buscarle soluciones creativas y frente a la cual hay que adquirir compromisos que desarrollen las habilidades de los participantes y la eficacia en la acción transformadora.

El compromiso del docente es entonces contribuir al desarrollo de las competencias esperadas, con unas evidencias de desempeño formuladas, unos criterios de evaluación, con estrategias metodológicas previstas, definidos los ambientes de aprendizaje y establecidos los medios y recursos didácticos, con una fuerte obligación de utilizar las mediaciones de la informática y las comunicaciones.

El docente envía con antelación documentos o materiales de consulta, ejercicios que le permitan al estudiante participar activamente en las sesiones propuestas por el capacitador. La clase se desarrolla en sesiones. El docente pone en contacto al estudiante



todos los aspectos necesarios para que se comprenda el tema, en este caso los contenidos de cada paquete instruccional.

El momento de la clase se desarrolla en sesiones y busca aportar los fundamentos conceptuales, metodológicos y operativos necesarios para la comprensión de un tema. Si deseamos dinamizar este momento se pueden compartir con el docente inquietudes en torno a la temática planteada, sus implicaciones, exigencias y compromisos. Se da también la oportunidad de compartir alternativas, puntos de vista y experiencias que enriquezcan la construcción del proceso de conocimiento. Para que el momento de la clase y del docente adquiera el carácter participativo y dinámico hay que prever un aula dinámica.

Para Velandía (2007), dinamizar el aula implica, necesariamente, estructurar sesiones de clase que permita el contacto con la información, teorías, hechos conceptuales, la reflexión y el análisis de la información y la propuesta o aplicación de la temática, pero basada en una organización de agendas, de roles, de equipos, válidas tanto para el momento presencial o virtual con o sin acompañamiento docente.

Momento centrado en el estudiante: del autoaprendizaje

El proceso educativo exige del estudiante, cada vez más, un constante trabajo individual. Es la estrategia para la apropiación individual del estudiante. Implica entonces el estudio de documentos vinculados con el tema para su comprensión, problematización, crítica y reconstrucción verbal o escrita; el desarrollo de proyectos en el que el participante relativiza el conocimiento y busca alternativas factibles y eficaces para la solución a un problema determinado. La puesta en práctica de los compromisos adquiridos, del proyecto desarrollado o de verificación de los conocimientos adquiridos o constituidos durante el momento presencial.

Esta estrategia recupera los métodos de aprendizaje individual enriquecidos con guías de estudio. Se apoya con el desarrollo de guías: realización de material de apoyo pertinente para el logro de objetivos que facilitan

el autoaprendizaje y el adecuado desempeño en su proceso formativo.

Momento de los equipos de aprendizaje: la cooperación

Se apoya en el trabajo en equipo en cuanto éste permite socializar lo personal y personalizar lo social. Exige el compromiso de la enseñanza, del equipo abierto a aprender y de la producción en equipo. Esto significa que en las sesiones o intercambios los participantes realizan un ciclo que integre momentos de información, de planeación y de práctica. Cada participante comparte las experiencias desarrolladas y las revisa en equipo. En trabajo cooperativo, diseñan conjuntamente nuevas aplicaciones de la teoría vista y organizan los documentos de sistematización de las experiencias para presentarlas al docente en el siguiente momento.

Es preferible trabajar en equipo las sesiones de seminario pues esto facilita el intercambio directo y cooperativo de inquietudes y propuestas, de los miembros del equipo local y el asumir compromisos compartidos.

El Equipo debe desarrollar, en su reunión, los compromisos de equipo adquiridos en cada una de las sesiones: compartir las experiencias individuales, profundizar el estudio individual, planificar acciones, resolver guías de trabajo grupal para las reuniones de asesoría con el docente. Los mejores instrumentos del equipo son la agenda, la distribución de liderazgos y el acta de reunión.

Momento de tutoría y asesoría

El proceso educativo exige cada vez más un cuidadoso proceso de acompañamiento y asesoría de los estudiantes por parte del equipo interdisciplinario de docentes. Es una acción educativa de cada uno de los docentes en los contenidos y compromisos relacionados con sus temas, en la autoevaluación, la producción y la actualización de los contenidos correspondientes. La asesoría se puede dar a los coordinadores de equipo, a un equipo en particular o a un estudiante en especial.



El maestro, en su acción formativa, necesita del manejo de la comunicación interpersonal y, cada vez más del apoyo en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, las cuales son un poderoso y creciente instrumento al servicio de los procesos de acompañamiento del docente. Este manejo puede hacerse de múltiples maneras estratégicamente combinadas. La asesoría puede venir de la dirección del programa o del coordinador del nivel, en lo académico o en lo administrativo. De la coordinación tecnológica para el mejoramiento continuo, de la utilización de equipos, programas de software, archivos y página web, el uso permanente del e-mail, el chat y el news es una buena forma de prestar este servicio. También se puede prestar desarrollando un programa de preguntas frecuentes (FAQ).

Momento de socialización de experiencias; la evaluación

Esta estrategia centra el aprendizaje en el intercambio de experiencias y el aprender de los mejores y la evaluación. En este momento estratégico todos los equipos socializan sus experiencias con base en la información recogida y la reflexión en torno a éstos. La socialización es el más significativo momento de construcción del conocimiento en equipo y a partir de la reflexión sobre la práctica. En el desarrollo de esta estrategia, los equipos socializan sus experiencias con base en los productos logrados. Ahora se centra el aprendizaje en la referenciación, el intercambio de experiencias y el aprender de los mejores y la evaluación con un sentido de acompañamiento y reorientación.

La estrategia de socialización evidencia las competencias desarrolladas en las diferentes dinámicas. Debe permitir reconocer las potencialidades de los estudiantes en:

- >El manejo de los conceptos y su aplicación, la capacidad de explotación y de síntesis; la capacidad de integrar la información, el análisis y la aplicación.
- >El trabajo en equipo con su participación, la capacidad de comunicación y construcción de conocimiento. La conducción del aula dinámica,

agendas, manejo del tiempo, ejercicio del liderazgo, capacidad de retroalimentación

- >La integración de la experiencia en el contexto de la temática y el programa.

3. PLANIFICACIÓN INSTRUCCIONAL DE UNA SESIÓN DE CLASE

Después de haberse identificado los grandes momentos que se dan en los procesos de enseñanza aprendizaje nos vamos a centrar en este documento en una sesión de clase y de manera específica en una planificación instruccional, el paso a paso. Algunos autores identifican tres grandes fases en una clase y la definen como un encuentro para la organización y concreción de procesos. Se habla de introducción, desarrollo y conclusiones. Velandia (2007) en su propuesta de una metodología creativa, estrategia validada a través de más de dos mil estudiantes formados en la Especialización de Docencia Universitaria de la Universidad Cooperativa, plantea los siguientes pasos que son la desagregación de las tres grandes fases mencionadas anteriormente.

Motivación

En esta fase, el formador o capacitador busca activar la motivación, generar la expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación grupal. Para lo anterior es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- >Instalar la reunión; formular una lluvia de ideas, mediante la formulación de preguntas generales o preliminares, que le permita indagar acerca de los conocimientos previos de los participantes de los contenidos de los paquetes instruccionales.
- >Informar a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo.
- >Precisar una agenda de trabajo, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza aprendizaje, garantizando que en cada sesión confluyan la información, la reflexión o el



análisis y la práctica, asignándole a cada uno los tiempos que se considere necesario, según las características de la temática y el nivel de conocimientos previos y formativo de los participantes.

La organización de una agenda de clase beneficiará tanto al participante como al docente, por las ventajas naturales de realizar una sesión planificada, que permita el conocimiento permanente del estado y avance del proceso, así como el realizar los ajustes permanentes. Ejemplo de una agenda de sesión con sus respectivos ítems se presentarán al final de esta explicación.

Ubicación

Para el profesor Marco Nieto, en su presentación en Internet: "Planificación de la instrucción. Tema: Modelos de Diseño Instruccional. Aplicación del modelo de Gagné a una sesión de clase" (2009), la ubicación es la fase o paso que busca la comprensión de la temática, mediante la atención y la percepción selectiva. El participante comprenderá más si encuentra que lo que se le propone está vinculado a una problemática de su entorno, de su interés. Esta participación hay que estimularla, partiendo del conocimiento del aprendiz, de su realidad, de sus experiencias previas para que el conocimiento responda a sus necesidades y expectativas y se ajuste a sus posibilidades. Debe permitirse que hablen libremente sobre el tema.

Velandia, y Nieto, en sus respectivos documentos hacen las siguientes recomendaciones para los capacitadores:

- >Precise la experiencia de los alumnos sobre este aspecto.
- >Haga memoria grupal sobre los temas vistos anteriormente.
- >A través de alguna técnica, explore la lectura actualizada de los alumnos.
- >Genere diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- >Problematic y explore necesidades y expectativas.
- >Precise los objetivos de aprendizaje.
- >Construya mapas conceptuales sobre la importancia de los contenidos del paquete instruccional, con la participación de todos los asistentes. (Nieto 2009).

Adquisición

El objetivo es enfrentar al alumno con situaciones y experiencias que lo lleven a plantearse explicaciones a los fenómenos y relaciones que observa, a construir sus propios esquemas y paradigmas. Se recomienda al docente, para facilitar este proceso que:

- >Cree experiencias, experimentos, actividades, juegos en los cuales se refleje la información transmitida.
- >Busque las experiencias reproduzcan aspectos de su realidad personal, grupal o social. Ojalá esté ubicada dentro de su ámbito de dominio o transformación posible.
- >Propicie la reflexión sobre el funcionamiento, organización o cambio de los objetos o eventos que manipula las relaciones e interacciones que se establecen, las estructuras que se construyen, a partir de la confrontación de la realidad.
- >Utilice técnicas que lleven de la reflexión personal, al intercambio en pequeños grupos y a la confrontación.

Síntesis

Es una herramienta que le permite al formando comprender e interiorizarse en mayor medida en determinado contenido de su interés. Busca que el alumno integre en un esquema mental significativo las informaciones, conceptos, explicaciones, estructuras múltiples y dispersas adquiridas y construidas durante la clase o experiencia. El docente en la preparación de sus sesiones debe construir sus esquemas sintetizadores

Para los anteriores efectos Velandia (2007), recomienda a los docentes capacitadores que:

- >Estimulen la conclusión, diagnóstico, concretización, recapitulación, reconstrucción. Motive la construcción de pensamiento propio.
- >Propicien que los alumnos sintetizen los



conocimientos adquiridos a través de simbolizaciones, frases, definiciones, cuadros sinópticos, gráficos, dibujos, ideogramas.

- >El alumno debe descubrir si el concepto, esquema, teoría resultante es un refuerzo, profundización, transformación, cambio de la que tenía al iniciar el proceso y precisar en qué aspectos se efectuó

Creatividad

La creatividad es la capacidad de crear, de producir cosas nuevas y valiosas; es la capacidad de un cerebro para llegar a conclusiones nuevas y resolver problemas. La anterior definición, tomada de Martín Selgman, es retomada en este documento para efectos de lograr aprendizajes significativos, retomando a Ausbel en sus propuestas formativas, en el entrenamiento de los funcionarios de salud. Es la gran alternativa a la educación dogmática, repetitiva y autoritaria. Son recomendaciones para el docente formador:

- >A partir de las conclusiones, diagnósticos y síntesis previas, estimular la proyección, la futurización, las facilidades o dificultades en su desarrollo o aplicación a corto, mediano y largo plazo.
- >Propiciar que el estudiante, personalmente y en grupo, aplique los conocimientos adquiridos a situaciones nuevas o problemas en diferentes donde no funcionen mecánicamente los conceptos, las explicaciones los paradigmas que se creían definitivos y suficientes, para que el alumno se vea obligado a encontrar unos diferentes.
- >Estimule la búsqueda de alternativas, varíe los componentes operacionales: lugares, implementos, tiempos, agentes, normas, etapas

Desempeño

Este es el momento de confrontar lo enseñado teóricamente con la práctica para lograr la verificación, un mayor afianzamiento del conocimiento, el desarrollo de potencialidades operativas y una mayor eficiencia. Es, en síntesis, la oportunidad de comprobar si la persona ha aprendido. Es también la oportunidad de

despejar incógnitas, en torno al aprendizaje de la capacitación. Recuerde que el objetivo del conocimiento es lograr la transformación de lo concreto y por ende, en el caso de los funcionarios de la salud, propinar mayor calidad de vida. Velandia, para este paso le recomienda a los formadores que:

- >Trabaje sobre realidades concretas, respuesta a problemas urgentes, oportunos o estratégicos.
- >Organice grupos para trabajar por proyectos; éstos facilitan el trabajo en equipo, la visión interdisciplinaria de los problemas, la inserción y el compromiso con la realidad.
- >Es más importante desarrollar procesos que ejercicios o acciones puntuales;
- >Facilite al estudiante descubrir que los procesos aparentemente aislados son elementos integrados a la totalidad. Simultáneamente, otras acciones están reforzando el proceso de transformación.

Evaluación

En este paso se verifica si los desempeños previstos se han logrado; si el estudiante ha alcanzado los resultados de aprendizaje establecidos. Se habla entonces de evaluación formativa y de evaluación general. La primera, la formativa, es un proceso de investigación integral, permanente y sistemático para comprobar los resultados de las actividades de aprendizaje y lograr la reorientación de la misma. En la segunda, la evaluación general, se determina la eficacia del programa, las pruebas de efecto de la sesión.

El capacitador debe evaluar la red de interacciones; la utilización de los recursos; la participación de los estudiantes, sus saberes y desempeños; el comportamiento de los equipos de trabajo. De los docentes debe permitirse el reconocimiento de su dominio del tema, la efectividad de la metodología, la precisión, aplicabilidad y actualización de sus teorías y finalmente los cambios logrados tanto en lo personal, grupal, y lo institucional.



Reorientación

Finalmente, para el estudiante y el docente la acción formativa no se detiene; los resultados de la experiencia permitirá planear próximas actividades reforzando los logros alcanzados y llenando los vacíos encontrados. Se plantean acá las siguientes recomendaciones:

- >Plantee el tema siguiente con su contenidos y objetivos.
- >Indique la bibliografía o textos, las observaciones o experiencias necesarias como preparación para el tema.
- >Proponga la metodología a seguir: etapas, técnicas, tiempos, ayudas. Motive o proponga a las responsables.
- >Recuerde que se aprende haciendo y que el compromiso es formar sucesores.
- >Agradezca la participación y celebre el aprendizaje logrado.
- >Genere mística, compromiso, lealtad y solidaridad.

Agenda de Sesión de Clase

A continuación un modelo de agenda de sesión, donde por un lado aparece el orden de los pasos o fases, la enunciación de cada una y el tiempo propuesto para una sesión de dos horas:

AMBIENTE / MOMENTO	MINUTOS
MOMENTO DEL INSTRUCTOR	35
Motivación	5
Ubicación	10
Adquisición	20
TRABAJO EN EQUIPO	120
Organización	10
Técnica Didáctica	30
Resultados	20
EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	35
Conclusiones	15
Recomendaciones	10
Auto evaluación	5
Cierre de la sesión	5
TOTAL TIEMPO	240

Como se trata de una agenda participativa, en donde se debe privilegiar el aprendizaje sobre la enseñanza, el protagonismo del aprendiz y la responsabilidad de su formación, se sugiere que el instructor asigne liderazgos para cada una de las actividades, garantizando entonces el desarrollo de un aula dinámica. El capacitador debe proponer una organización coherente de la agenda según el tipo de conocimiento. Lo físico exige manipulación de objetos, lo conceptual, lógico, exige reflexiones, lo social no se da sin participación y lo normativo es el resultado de acuerdos.

En su manual de Fundamentos de Metodología Interdisciplinaria, Velandia, propone y explica los liderazgos, refiriéndose al líder como el personaje que detecta una necesidad grupal y se autoriza a desempeñar como tal. Se acuerda con los participantes el desempeño de los diferentes roles, que en primera instancia pueden ser los siguientes:

Coordinador: es el encargado de articular la actividad grupal, busca que el proceso de la reunión se desarrolle ordenada y dinámicamente. Busca alternativas para la participación de todos. El docente capacitador asume esta función y todas las que tengan que ver con la orientación de las actividades de enseñanza aprendizaje-

Secretario: especialista en síntesis del trabajo grupal, hace al grupo propuestas de conclusiones sobre los temas tratados, reeduca la síntesis y estimula las contra-propuestas en el grupo. Es el encargado de la programación de las sesiones.

Memoria de grupo: ubica al equipo en su proceso histórico, hace síntesis de los temas tratados en sesiones anteriores, exige el cumplimiento de los compromisos, da oportunidad para comentar experiencias, problemas o expectativas de los participantes, el equipo o el programa.



Cronometrista: especialista en la administración del tiempo. Busca los medios para que el grupo tenga sentido histórico, utilizando adecuadamente el tiempo, manejando los ritmos y secuencias según los plazos previstos.

Ambientador: especialista en crear ambiente físico y humano para el grupo. Recibe y despide a los participantes en una determinada sesión. Reeducó al grupo en el uso adecuado del lugar.

Recreador: especialista en el relax, el descanso y la recreación grupal crea actividades para que el grupo exprese y aprenda en forma alegre lo que ha visto en otros momentos de la sesión.

Evaluador: durante el desarrollo de la sesión observa a cada una de las personas que ejerce un liderazgo, los valores que tiene. Las funciones propias de su servicio, los aportes que le da o pudiera dar al grupo y al final el punto correspondiente de la sesión lo cultiva para que crezca, se autorice y avance. Observa el trabajo del grupo, del docente, el uso que se hace del tiempo y las actividades, las relaciones que establece y los explícita para el crecimiento y el avance de todos.

Pueden darse muchas opciones más de liderazgos a juicio del capacitador y de los participantes; lo importante es garantizar la participación y la creatividad en cada una de las sesiones



4. TÉCNICAS DIDÁCTICAS ACTIVAS

Hasta acá se ha conceptualizado en torno a un modelo pedagógico y las estrategias metodológicas que lo soportan. Se hace necesario ahora presentar la concreción de éstas en técnicas didácticas, las cuales son presentadas por Lankenau Caballero como un procedimiento didáctico que permite realizar una parte del aprendizaje que se persigue con la estrategia. La técnica didáctica es el recurso particular de que se vale el docente para llevar a efecto los propósitos planeados desde la estrategia. Buscan obtener, a través de una secuencia determinada de pasos o comportamientos, uno o varios productos precisos, precisa Lankenau.

Pero debemos avanzar más en la propuesta y ser consecuentes con el modelo pedagógico que habla del autoaprendizaje, de privilegiar el aprendizaje sobre la enseñanza. Se pasará entonces a reflexionar en torno a lo que significa lo activo de un proceso de formación.

Se deberá entonces pensar en torno a unas técnicas que estimulen en los alumnos una participación activa en el proceso de construcción del conocimiento, que les permita una experiencia vivencial en la que se adquiere conocimiento de la realidad y compromiso con el entorno. Esto da en la medida en que se analizan y resuelven ciertas situaciones expresadas en problemas, casos o proyectos y finalmente fomentan el desarrollo del aprendizaje colaborativo a través de actividades grupales, ya sea de forma presencial o virtual, entre aprendices y/o estudiantes de diferentes características (sociales, profesionales, ubicación geográfica). Lankenau, se refiere a estas técnicas como técnicas didácticas activas, vinculadas con el entorno y al aprendizaje colaborativo.

Es importante presentar y explicar algunas de éstas técnicas, repensando de manera simultánea el sentido del aula de clase convencional. El aula dinámica exige la integración de componentes que desarrollen el ejercicio cooperativo, participativo y competente del estudiante y simultáneamente el



desarrollo lógico, creativo y práctico del tema-problema. Esta visión se desarrolla desde el desarrollo de agendas previamente planeadas, con tiempos que le dan el orden lógico, de los liderazgos que construyen democracia en el aula y de las técnicas que generan facilidades para la construcción y socialización participativa del conocimiento. Las técnicas aplicables en el aula dinámica son aquellas actividades organizadas que facilitan la participación grupal.

Existe una amplia gama en el mundo académico en cuanto técnicas didácticas se refiere. En la tabla siguiente se encuentra una tabla que resume las técnicas comúnmente utilizadas, y que son tomadas de programas de formación de emprendedores, pero que tienen toda su validez en la formación de instructores para el Ministerio de la Protección Social.

1. Técnicas para la exposición de un tema	1. Conferencia 2. Simposio 3. Panel 4. Mesa redonda
2. Técnicas de discusión o debate	5. Debate dirigido 6. Técnica de riesgo 7. Foro 8. Plenaria
3. Técnicas de estudio o profundización de un tema	9. Mapas Conceptuales 10. Diagramas de flujo 11. Estudio de casos 12. Comisiones 13. Seminario 14. Promoción de ideas 15. Proceso incidente 16. Juego de gestión
4. Técnicas de diálogo o entrevista	17. Diálogos simultáneos 18. Diálogo 19. Entrevista colectiva 20. Entrevista pública
5. Técnicas de dramatización	21. Sociodrama 22. Role - playing 23. Los cuatro pasos

Como se observa en la tabla, existe una amplia gama de opciones de técnicas didácticas activas.

Según Lakatau la selección de las estrategias y técnicas didácticas, conlleva la acción de dos momentos por parte del docente, el primero tiene que ver con la planeación y el diseño de las experiencias y actividades necesarias para la adquisición de los aprendizajes previstos, así como la definición de los espacios y recursos adecuados para su logro. Esta actividad del capacitador es previa al desarrollo del curso (Proceso de alistamiento).

El segundo aspecto es la concreción de la formación en su desempeño docente asesor, tutor que facilite guiar motivar y ayudar a los alumnos durante su proceso de aprendizaje, y conducir permanentemente el curso hacia los objetivos propuestos. Se requiere definir las habilidades, actitudes y valores que se desarrollarán en el curso a orientar, además de incorporarlas como objetivos de aprendizaje, así como seleccionar o diseñar estrategias y técnicas para facilitar la labor de aprendizaje del alumno y evaluar su logro.

Se vislumbra entonces que deben existir unos criterios para que el capacitador seleccione las técnicas para lo cual se requiere que identifique algunas características básicas que le puedan ser de utilidad en la toma de decisiones didácticas.

Este proceso de selección de las técnicas didácticas más pertinentes para el propósito de la formación, es un ejercicio desarrollado por un grupo de expertos clínicos y pedagógicos, conjunto de la mano del Ministerio de la Protección Social.

En los anexos, se relacionan las técnicas didácticas que se recomiendan para cada uno de los paquetes instruccionales.

ANEXO H. FLUJOGRAMA DE PLANIFICACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES

