

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE
RIESGOS EN LOS PROCESOS MISIONALES DE LA FUNDACIÓN
CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA- INSTITUTO DEL CORAZÓN
FLORIDABLANCA EN EL MARCO DE LOS MODELOS DE CALIDAD
NACIONALES E INTERNACIONALES IMPLEMENTADOS POR LA
INSTITUCIÓN**

**ANYELA XIMENA QUEZADA MURCIA
ANGIE LIZETH QUIROGA ANGULO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2013

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE
RIESGOS EN LOS PROCESOS MISIONALES DE LA FUNDACIÓN
CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA- INSTITUTO DEL CORAZÓN
FLORIDABLANCA EN EL MARCO DE LOS MODELOS DE CALIDAD
NACIONALES E INTERNACIONALES IMPLEMENTADOS POR LA
INSTITUCIÓN**

**ANYELA XIMENA QUEZADA MURCIA
ANGIE LIZETH QUIROGA ANGULO**

**Trabajo de grado para optar el título profesional de
Ingeniería Industrial**

**DIRECTOR
JUAN CAMILO LESMEZ PERALTA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2013

DEDICATORIA

*A Dios, por todas sus bendiciones, por ser mi
fortaleza espiritual y permitirme culminar esta
meta tan anhelada.*

*A mi mamá Lindaria Murcia, por su apoyo
incondicional, por sus consejos, por sus valores y
la motivación constante.*

*A mis Hermanos Nelly, Marcela, Claudia y
Enrique, por el esfuerzo, el sacrificio y la
confianza que depositaron en mí*

*A mi cuñado Gonzalo Jorres, por su ayuda y
colaboración durante toda mi carrera universitaria.*

ANYELA XIMENA QUEZADA MURCIA

DEDICATORIA

A mis padres Cristina y Leonidas, por su esfuerzo, dedicación, paciencia y la confianza que depositaron en mí al brindarme la oportunidad de recibir formación profesional y permitirme culminar una etapa importante en mi vida, porque sin ellos no hubiese sido posible realizar esta meta.

A mi Tío Rafael por su apoyo incondicional a mi familia.

Angie Quiroga

Oct/2013

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Cardiovascular Instituto del Corazón por darme la oportunidad de realizar la práctica y fortalecer los conocimientos adquiridos durante mi formación profesional.

A Norberto Morales Jefe de Calidad ICF y Daniel Serrano Profesional de Calidad ICF por sus consejos y enseñanzas, claves para el desarrollo del proyecto y para la etapa profesional.

A la Universidad, por la formación académica recibida.

A mi amiga y compañera de grado Angie Quiroga quien ha estado conmigo desde el inicio de carrera, por su apoyo, colaboración y paciencia en todo este tiempo.

A mis amigos, que estuvieron durante el proceso de mi formación académica por sus aportes y críticas constructivas que me fortalecieron como persona, y a todas y cada una de las personas que de una u otra forma hicieron parte de este logro.

Anyela Ximena Quezada Murcia

A la Fundación Cardiovascular de Colombia-Instituto del Corazón de Floridablanca por permitirme realizar el proyecto de grado y aplicar los conocimientos adquiridos en la universidad.

A Norberto Morales Ballesteros y Daniel Serrano Sarmiento por ser nuestros tutores durante este proceso, por sus aportes para mi vida profesional mediante su conocimiento y experiencia.

A mi amiga Ximena Quezada Murcia por centrar sus esfuerzos para el proyecto, por su paciencia, apoyo y motivación en los momentos difíciles en el desarrollo de esta labor.

A todas las personas en especial a Santiago Luna Mercado, que estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y consejos para no desfallecer.

Angie Quiroga

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	20
TABLA DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	22
1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO	23
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	25
1.3 ALCANCE	27
1.4 OBJETIVOS	27
1.4.1 Objetivo General.	27
1.4.2 Objetivos Específicos	27
2. MARCO REFERENCIAL	29
2.1 NORMATIVIDAD	29
2.2 MARCO TEÓRICO	31
2.2.1 Sistema de Administración de Riesgos.	31
2.2.2. Etapas de la Implementación del SAR.	32
2.2.3 Matriz DOFA	36
2.2.4 Herramientas para el Análisis de Riesgos en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).	39
3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	42
3.1 RESEÑA HISTÓRICA	42
3.2 MISIÓN	43
3.3 VISIÓN	43
3.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	43

3.5 VALORES	44
3.6 POLÍTICA DE CALIDAD	45
3.7 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	46
3.8 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	46
3.9 MAPA DE PROCESOS DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA	50
4. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LA FCV-ICF	51
4.1 CONTEXTO ESTRATÉGICO	53
4.2 POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS PARA LA FCV-ICF	59
4.3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	60
4.4 ANÁLISIS DEL RIESGO	63
4.5 VALORACIÓN DEL RIESGO	65
4.6 TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS	68
4.7 MONITOREO	73
4.8 DOCUMENTACIÓN	75
4.9 COMUNICACIÓN Y CONSULTA	76
5. RESULTADOS	78
6. CONCLUSIONES	84
7. RECOMENDACIONES	86
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	90

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Cumplimiento de Objetivos	22
Tabla 2. Cronograma de Presentaciones	52
Tabla 3. Lista de Chequeo Diagnóstico Inicial	53
Tabla 4. Matiz DOFA FCV-ICF	55
Tabla 5. Estrategias DOFA	56
Tabla 6. Identificación de Riesgos de Laboratorio Clínico	62
Tabla 7. Valoración del Índice de Severidad	63
Tabla 8. Valoración del Índice de Ocurrencia	64
Tabla 9. Análisis de Riesgos de Laboratorio Clínico	64
Tabla 10. Valoración del Índice de Detección	66
Tabla 11. Valoración de Riesgos de Laboratorio Clínico	66
Tabla 12. Valoración del NPR	67
Tabla 13. Criterios de Priorización	73
Tabla 14. Formato Seguimiento de Planes de Acción	75
Tabla 15. Total de riesgos identificados en la FCV-ICF	78
Tabla 16. Valoración de Riesgos Priorizados en la FCV-ICF	79

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Etapas del SAR	32
Figura 2. Matriz DOFA	38
Figura 3. Estructura Organizacional FCV	49
Figura 4. Mapa de Procesos ICF	50
Figura 5. Actividades del Proceso Asistencial	61
Figura 6. Matriz de Criticidad	67
Figura 7. Matriz de Criticidad Riesgos Priorizados FCV-ICF	82

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. MAPA DE PROCESOS DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA

ANEXO B. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LA FCV

ANEXO C. INSTRUCTIVO: IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y VALORACION DE LOS RIESGOS EN LA FCV

ANEXO D. REGISTRO: MATRIZ ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE)

ANEXO E. SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

ANEXO F. REGISTRO DE ASISTENCIA DE LA SOCIALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

GLOSARIO

CAUSAS: Identificar las causas por la que sucede el modo de falla. Analizar por qué se originó o que causó el modo de falla.

DETECCIÓN: Indica la probabilidad de que el control actual detecte la causa que origina el modo de falla.

EFFECTO DEL MODO DE FALLO: Es la consecuencia que puede traer consigo la ocurrencia de un modo de falla.

ERROR: Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones consientes o inconscientes.

EVENTO ADVERSO: Es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.

EVENTO ADVERSO EVITABLE: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

EVENTO ADVERSO NO EVITABLE: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.

EVENTO CENTINELA: Daño severo para la salud o la vida del paciente, con riesgo de muerte y de consecuencias graves, o la posibilidad de sufrirlas a futuro.

INCIDENTE: Es una falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o complicación.

MODO DE FALLA: Está definida como la manera en la cual la actividad a realizar puede fallar interrumpiendo el normal desarrollo del proceso.

OCURRENCIA: Es la frecuencia con que se presenta la causa del modo de falla.

RIESGO: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

RIESGO ESTRATÉGICO: Se asocia con la forma en que se administra la Entidad. El manejo de riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la gerencia

RIESGO FINANCIERO: Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluye, la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y manejo sobre los bienes de la entidad.

RIESGO OPERATIVO: Comprende los riesgos que se pueden presentar en la organización y que puedan afectar la prestación del servicio.

RIESGO RESIDUAL: Es el riesgo que queda, una vez se han implementado los planes de acción pertinentes para su tratamiento.

SEVERIDAD: Está relacionado con el efecto del modo de falla. Valora el nivel de consecuencias sentidas por el cliente, con lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del cliente. Se valora en una escala de 1 a 10.

RESUMEN

TITULO: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LOS PROCESOS MISIONALES DE LA FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA-INSTITUTO DEL CORAZÓN FLORIDABLANCA EN EL MARCO DE LOS MODELOS DE CALIDAD NACIONALES E INTERNACIONALES IMPLEMENTADOS EN LA INSTITUCIÓN*.

AUTORAS: ANYELA XIMENA QUEZADA MURCIA
ANGIE LIZETH QUIROGA ANGULO**

PALABRAS CLAVES: Administración de riesgos, AMFE, PIME, Planes de acción.

DESCRIPCIÓN

El presente proyecto de grado hace referencia al diseño e implementación del Sistema de Administración de Riesgos (SAR) en los procesos misionales de la Fundación Cardiovascular de Colombia-Instituto del Corazón de Floridablanca, como estrategia para identificar los riesgos e implementar acciones que permitan mitigarlos y contribuir al logro de la misión y de los objetivos estratégicos de la institución.

La implementación del sistema de administración de riesgos inicia definiendo el contexto estratégico para establecer la política de administración de riesgos, seguido de las etapas de identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos existentes en cada uno de los procesos misionales de la fundación, mediante la metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), herramienta proactiva que busca anticiparse a posibles eventos que puedan generar daños al paciente y que impiden el normal desarrollo de las actividades y por ende de la prestación del servicio.

Una vez identificados y evaluados los riesgos se priorizaron los de mayor criticidad de acuerdo a los rangos establecidos, posteriormente se procede a implementar planes de acción en el Plan Integral de Mejora (PIME) utilizado por la institución, registrando las oportunidades de mejora y evaluando el costo-volumen para la institución en caso de no llevarse a cabo dichos planes. Por último se realiza la respectiva documentación que incluye procedimiento, instructivo y registro donde se definen los responsables de ejecutar y mantener el sistema.

*Proyecto de Grado

**Facultad de Ingenierías Físico-mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales,
Director: Ingeniero Industrial Juan Camilo Lesmez Peralta

ABSTRACT

TITLE DESIGN AND IMPLEMENTATION OF A RISK MANAGEMENT SYSTEM IN MISSION PROCESSES OF THE COLOMBIAN CARDIOVASCULAR FOUNDATION, HEART INSTITUTE FLORIDABLANCA, IN THE FRAMEWORK OF NATIONAL AND INTERNATIONAL QUALITY METHODS IMPLEMENTED IN THIS INSTITUTION*.

AUTHORS: ANYELA XIMENA QUEZADA MURCIA
ANGIE LIZETH QUIROGA ANGULO**

KEY WORDS: Risk management, AMFE, PIME, Action plan.

DESCRIPTION

This Project refers to the design and implementation of Risk management system SAR in mission processes of the Colombian Cardiovascular Foundation, Heart Institute Floridablanca, as strategy to identify risks and implement actions to mitigate and help achieve the mission and strategic objectives of this institution.

The implementation of the risk management system starts by defining the strategic context to establish the risk management policy, followed by the stages of identification, analysis, assessment, treatment and monitoring of risk in each of the mission processes of the foundation using the methodology Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), proactive tool that seeks to anticipate possible events that may cause harm to patients and prevent the normal development of activities and therefore the service.

Having identified and assessed the risks, the ones with higher criticism are prioritized according to the established ranges, then we proceed to implement action plans in the integrated improvement plan PIM used by the institution, registering opportunities of improvement and assessing the cost-volume for the institution if not carried out these plans.

Finally, the respective documentation including procedures, instructions and register of the defined responsible to implement and maintain the system is done. Finally, the respective documentation including procedures, instructions and register of the defined responsible to implement and maintain the system is done.

* Project of grade

**Facultad de Ingenierías Físico-mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Director: Ingeniero Industrial Juan Camilo Lesmez Peralta

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención en salud de por sí conlleva un riesgo inherente, debido a la multiplicidad de factores involucrados en la misma, sumado a la variabilidad de respuestas que cada organismo tiene frente a las intervenciones realizadas. Debido a que es imposible eliminar por completo la presencia de los riesgos, sí es posible trabajar por su identificación, por la prevención y mitigación de aquellos eventos adversos que pueden ser prevenibles y evitables¹.

En el caso de las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS), la administración de riesgos se ha enfocado hacia el tema de la seguridad del paciente, básicamente en relación a la prevención de errores y de eventos adversos. La Fundación Cardiovascular- Instituto del Corazón de Floridablanca como IPS, encargada de brindar atención a pacientes con patologías cardiovasculares y comprometida con la calidad y mejoramiento continuo, a través de la participación en modelos nacionales e internacionales y para dar cumplimiento a los estándares definidos por la Joint Commission International (JCI), decide implementar el Sistema de Administración de Riesgos que le permite identificar, analizar, evaluar y monitorear los riesgos, utilizando como herramienta el AMFE (Análisis de Modos de Fallo y Efectos), instrumento proactivo que busca anticiparse a los posibles eventos que se puedan presentar y afectar de forma negativa el logro de los objetivos y metas.

En el presente proyecto se describen las diferentes etapas y las actividades que se llevarán a cabo para el diseño, documentación e implementación del Sistema de Administración de Riesgos tomando como referencia los lineamientos de la

¹La gestión de riesgos en Salud en Colombia. [online]. [Citado el 25 de Abril de 2013]. Disponible en internet: <<http://www.bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>>.p,42

resolución 1740 de 2008, para facilitar a la gerencia una gestión más efectiva y segura. La implementación del SAR comprende doce procesos (11) misionales a los cuales se les hará la identificación de riesgos relacionados con la prestación del servicio y (1) de apoyo en el que se contemplan riesgos administrativos, y se concluirá con el seguimiento a los planes de acción propuestos.

TABLA DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Tabla 1. Cumplimiento de Objetivos

OBJETIVO	EVIDENCIA
Elaborar un análisis del entorno, con el fin de definir la política de Administración de Riesgos para la FCV.	Numeral 4.1 Numeral 4.2
Identificar los riesgos operacionales en los procesos misionales de la FCV de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales.	Numeral 4.3 Anexo 6
Realizar un análisis cualitativo a los riesgos identificados, utilizando escalas numéricas a través de la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallo y Efectos).	Numeral 4.4 Numeral 4.5 Anexo 6
Realizar el proceso de documentación mediante la elaboración de procedimientos, instructivos y registros para garantizar el control del Sistema de Administración de Riesgos.	Numeral 4.8 Anexo 2 Anexo 3 Anexo 4
Socializar al personal de las áreas, la documentación del Sistema de Administración de Riesgos.	Numeral 4.9 Anexo 8 Anexo 9
Evaluar el grado de implementación e impacto del Sistema de Administración de Riesgos en los procesos misionales.	Numeral 4.7 Anexo 7

Fuente: Autoras

1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de su población objeto, meta que tiene que lograrse mediante actitudes, procedimientos y procesos que, más allá de procurar, deben garantizar el mejor resultado posible para el paciente, su familia y la comunidad en general.

La FCV comprometida con el mejoramiento continuo de sus procesos decide implementar un Sistema de Administración de Riesgos, para fortalecer el enfoque de seguridad del paciente bajo los lineamientos de modelos nacionales como la Resolución 1740 de 2008 “por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y entidades adaptadas, previstas en el Sistema Único de Habilitación – Condiciones Financieras y de Suficiencia Patrimonial, se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones”. De igual forma como se define en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia de acuerdo al numeral 7.3 (Grupo de Estándares de Gerencia) y el estándar 91 que especifica: La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:

- Responde a una política organizacional.
- Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.
- Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.
- Realiza acciones de evaluación y mejora

Para la definición de su política de Administración de Riesgos se tomara como base la Norma Técnica Colombiana NTC 5254/2006 Gestión de Riesgos, el numeral 2.2 el cual establece: “la política de gestión de riesgos debe ser pertinente para el contexto estratégico de su organización y sus metas, objetivos y naturaleza de sus negocios. La Dirección debe asegurar que su política sea entendida, implementada y mantenida en todos los niveles de la organización”.

En cuanto a lineamientos internacionales se toma como referencia los Estándares para la Acreditación de Hospitales de la Joint Commission International, principalmente el estándar QPS.11 que define:

Estándar QPS.11

“Se utiliza un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal”.

Intención del QPS.11

Las organizaciones necesitan adoptar un proceso proactivo de gestión de riesgos. Una forma de hacerlo es formalizar un programa de gestión de riesgos cuyos componentes esenciales sean:

- a) Identificación de riesgos
- b) Priorización de riesgos
- c) Notificación de riesgos
- d) Gestión de riesgos
- e) Análisis de eventos adversos
- f) Gestión de reclamaciones relacionadas, etc.

Un elemento importante para la gestión de riesgos y el análisis de riesgos es un proceso para analizar los incidentes de seguridad que no llegaron a representar un evento adverso y demás procesos de alto riesgo en los cuales un fallo podría dar

como resultado un evento centinela. Una herramienta que proporciona dicho análisis proactivo de las consecuencias que un evento podría producir en un proceso crítico, de alto riesgo, es el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). La organización también puede identificar y usar herramientas similares para identificar y reducir riesgos, como un análisis de vulnerabilidad de riesgo.

Para usar de forma efectiva esta herramienta u otras similares, es preciso que los líderes de la organización adopten y aprendan el enfoque, se pongan de acuerdo sobre una lista de procesos de alto riesgo en términos de seguridad del paciente y del personal y que usen la herramienta en un proceso de riesgo prioritario. Tras el análisis de los resultados, los líderes de la organización toman medidas para rediseñar el proceso o acciones similares para reducir el riesgo en el proceso. Este proceso de reducción de riesgos se lleva a cabo al menos una vez al año y se documenta.

Elementos medibles de QPS.11

1. Los líderes de la organización adoptan un marco para la gestión de riesgos que incluye de la a) a la f) de la intención del estándar.
2. La organización lleva a cabo y documenta el uso de una herramienta proactiva de reducción de riesgos, al menos una vez por año, sobre uno de los procesos de riesgo prioritario.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

“FCV Instituto del Corazón Floridablanca es una Unidad Estratégica Empresarial de la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV), prestadora de servicios de salud de alta complejidad, sin ánimo de lucro, que trabaja con criterios médicos, éticos, científicos, y tecnológicos de excelente calidad en permanente mejoramiento; para la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las

enfermedades, principalmente las cardiovasculares; enfatizando en la investigación de nuevas opciones que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes, colaboradores y comunidad en general.”

Debido al compromiso que tiene la FCV por prestar su servicio de salud ha adoptado estándares de calidad nacional e internacional como lo son la Acreditación en Salud, Certificación ISO 9001: 2008 y la Acreditación Internacional bajo el modelo Joint Commission International, sin embargo para seguir con la mejora continua la FCV ve la necesidad de implementar un sistema de administración de riesgos (SAR) con el cual busca controlar de manera oportuna los riesgos que pueden generar impacto en el cumplimiento de su misión y objetivos.

La FCV actualmente cuenta con la política y programa de seguridad del paciente con el objetivo de brindar atención en salud segura para los pacientes y familiares y generar una cultura de prevención de eventos adversos en los colaboradores de la institución, dichos eventos se gestionan a través del software de Seguridad del Paciente, en el cual el personal asistencial de la clínica registra los incidentes, eventos adversos y eventos centinelas que se presentan durante la prestación del servicio y de esta forma tomar acciones correctivas frente a estos sucesos, es decir, esta es una herramienta reactiva debido a que no permite identificar riesgos antes que estos sucedan, de ahí la importancia de utilizar una herramienta proactiva como es el AMFE con la que se logra identificar y posteriormente mitigar los riesgos a través de acciones preventivas o de mejora, esto con el fin de proteger la salud del paciente durante su estancia en la institución y a la vez evitar que la clínica incurra en costos económicos, legales o de imagen.

1.3 ALCANCE

Este proyecto comprende todas las actividades que implican el diseño, documentación e implementación de un Sistema de Administración de Riesgos. La primera fase de la implementación incluye once procesos misionales donde se gestionaran los riesgos asociados a la prestación del servicio y un proceso de apoyo donde se contemplan los riesgos administrativos de la Fundación Cardiovascular- Instituto del Corazón de Floridablanca y finaliza con el seguimiento de los planes de acción propuestos para los riesgos priorizados.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General. Diseñar, documentar e implementar un Sistema de Administración de Riesgos en los procesos misionales de la Fundación Cardiovascular de Colombia-Instituto del Corazón Floridablanca en el marco de los modelos de calidad nacionales e internacionales implementados en la institución.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Elaborar un análisis del entorno, con el fin de definir la política de gestión de Riesgos para FCV- Instituto del Corazón Floridablanca.
- Identificar los riesgos operacionales en los procesos misionales de la Fundación Cardiovascular- Instituto del Corazón de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales.
- Realizar un análisis cualitativo a los riesgos identificados, utilizando escalas numéricas a través de la metodología AMFE (Análisis Modal de Fallo y Efectos).

- Realizar el proceso de documentación mediante la elaboración de procedimientos, instructivos y registros para garantizar el control del sistema de administración de riesgos.
- Socializar al personal de las áreas la documentación del sistema de gestión de riesgos.
- Evaluar el grado de implementación e impacto del sistema de gestión de riesgos en los procesos misionales de la FCV.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 NORMATIVIDAD

Las empresas buscan conocer el nivel de riesgo en el que están incurriendo en cada una de las áreas de desempeño, tanto operativas como estratégicas, es por esta razón que los Sistemas de Administración juegan un papel muy importante pues su uso permite el normal cumplimiento de sus objetivos.

La Normatividad nacional como internacional, ha definido la importancia de implementar este tipo de herramientas de control, que permitan un mejor entendimiento de los procesos, anticiparse a los diferentes tipos de riesgo y facilitar la toma de decisiones gerenciales.

En concordancia con la normatividad, el Sistema de Administración de Riesgos (SAR) para el sector salud se establece a través de la Resolución 1740 de 2008². “por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgos para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y entidades adaptadas, previstas en el Sistema Único de Habilitación – Condiciones Financieras y de Suficiencia Patrimonial, se definen las fases para su implementación y se dictan otras disposiciones”.

Así mismo la Norma Técnica de gestión de riesgos NTC 5254/2006 DE ICONTEC³ provee una guía genérica para el establecimiento e implementación el proceso de

²Ministerio de Protección Social. Resolución Número 1740 de 2008[online]. [Colombia].20 de Mayo del 2008 [Citado el 15 de Abril de 2013]. Disponible en internet: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=ry0WL46f88k=&tabid=65&language=es-CO>>

³Resumen Norma Técnica Colombiana NTC 5254[online].Primera actualización. [Colombia]. 2006-09-12.Colombia [Citado el 15 de Abril de 2013]. Disponible en

administración de riesgos involucrando el establecimiento del contexto y la identificación, evaluación, tratamiento, comunicación y monitoreo de los riesgos. En esta norma se recomienda a los administradores de negocio “La gestión de riesgos debe formar parte de la cultura organizacional, quienes gestionan el riesgo de forma eficaz tiene más probabilidad de alcanzar sus objetivos y hacerlo a un menor costo”.

De igual forma el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, según el numeral 7.3 (Grupo de Estándares de Gerencia) y el estándar 91 que especifica: La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:

- Responde a una política organizacional.
- Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.
- Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.
- Realiza acciones de evaluación y mejora

La Joint Commission International (JCI)⁴ propone “la definición e implementación de programas de identificación de riesgos de seguridad del paciente de tipo proactivo” para poder obtener sus estándares de acreditación, proponiendo el uso del método AMFE.

internet:<[⁴Tesis Doctoral. Análisis modal de fallos y efectos en el proceso de preinscripción, validación y dispensación de Medicamentos. \[online\]. \[Madrid\].2012 \[Citado el 15 de Abril de 2013\]. Disponible en internet: <<http://eprints.ucm.es/18151/1/T34263.pdf>>.p,37](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ZN7JRNCcpwEJ:www.corponor.gov.co/NO%20RMATIVIDAD/NORMA%2520TECNICA/Norma%2520T%25E9cnica%2520NTC%25205254.pdf+ntc+5254+de+2006&hl=es&gl=co&pid=bl&srcid=ADGEESjkISz7zKipaFIM-dh7oarJ3VApniVxYkviRGikt11Xf9RBuZZsqXgtaF9mBPoMmxOr09FYWhZaQ_IUMEH2C4yH2Dd0EX_B9ZSMaWJmoDzsu5Qo8Lc6KpeE78RSL3oOkMS5OMvg&sig=AHIEtbQUHxUWmMJ-y-ETUilmPml7nfGfhw></p></div><div data-bbox=)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Sistema de Administración de Riesgos. Sin importar el sector donde se opere, todas las organizaciones están expuestas a riesgos ya sean operativos, estratégicos, financieros o legales y en algunos casos es imposible eliminar estos riesgos, sin embargo existen herramientas con la cuales se pueden prevenir o mitigar, una de ellas es la implementación del sistema de administración de riesgos (SAR) que nace bajo la Resolución 1740 de 2008 y cuyo objetivo es contrarrestar los riesgos y de esta manera mejorar el desempeño de la organización.

A continuación se describe que es el SAR y los beneficios de implementar el sistema.

¿Qué es el sistema de administración de riesgos (SAR)?

El objetivo de la administración de riesgos es permitir que la organización mitigue o prevenga riesgos a los cuales está expuesta; para garantizar el cumplimiento de este objetivo se establecen diferentes etapas como: identificación de los riesgos, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo para fortalecer el sistema de administración de riesgos.

Beneficios de la implementación del SAR

- Contribuye al logro de los objetivos de la organización
- Alineación de la toma de decisiones con los riesgos de la organización
- Contrarrestar los riesgos de las actividades propias del sector y mejorar el desempeño de la organización
- Responder adecuadamente ante incidentes o eventos que se pueden traducir en pérdidas para la organización
- Generar cultura de administración de riesgo en la organización.

2.2.2. Etapas de la Implementación del SAR. El sistema de administración de riesgos consta de las siguientes etapas como se muestra en la *Figura 1*.

Figura 1. Etapas del SAR



Fuente: Autoras

➤ **Etapas de la Implementación del SAR**

Para la formulación de la política de administración de riesgos es fundamental tener claridad de la misión institucional, sus objetivos y una visión sistemática de la gestión, de manera que no se perciba esta herramienta gerencial como algo aislado del mismo accionar administrativo. En consecuencia, el diseño se establece a partir de la identificación de los factores internos y externos a la entidad que generan riesgos, afectando el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, económico, tecnológico, político y legal, bien sea internacional, nacional o regional según sea el caso de análisis.

Las situaciones internas están relacionadas con la estructura, cultura organizacional, el modelo de operación, el cumplimiento de los planes y programas, los sistemas de información, los procesos y procedimientos y los recursos humanos y económicos con los que cuenta una institución⁵.

➤ Etapa II: Identificación de Riesgos

Posibilita conocer los eventos potenciales estén o no bajo el control de la entidad que ponen en riesgo el logro de su misión, estableciendo las causas y los efectos de su ocurrencia.⁶

Una manera para que los colaboradores de ICF conozcan y visualicen los riesgos o modo de falla de cada proceso es a través del Registro Matriz de Análisis Modal de Fallos y Efectos (R-CAL-096) (*Anexo 4*) el cual permite hacer un inventario de los mismos, definiendo en primera instancia los efectos y las causas generadoras del riesgo identificado.

➤ Etapa III: Análisis del Riesgo

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos, con el fin de obtener información para establecer el nivel del riesgo y las acciones que se van a

⁵Agencia logística fuerzas militares. Manual de Administración de Riesgos. [online]. Cuarta edición. [Bogotá] Noviembre de 2009. [Citado el 22 abril de 2013]. Disponible en <[⁶Departamento administrativo de la función pública. Guía de administración del riesgo. \[online\]. Cuarta edición. \[Bogotá\] Noviembre de 2009. \[Citado el 22 abril de 2013\]. Disponible en <\[http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=558.>\]\(http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=558.>\)](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=34&cad=rja&ved=0CD4QFjADOB4&url=http%3A%2F%2Fwww.agencialogistica.gov.co%2F%3Fidcategoria%3D246364%26download%3DY&ei=rqxNURL4F5G89QSNmlCABw&usg=AFQjCNF5ndfFWUAJbvn8IR_qpZ8rLat52w&bvm=bv.53537100,d.eWU.>></p></div><div data-bbox=)

implementar. El análisis del riesgo o efecto de modo de falla dependerá de la información obtenida en el registro de identificación de riesgos y de la disponibilidad de datos históricos y aportes de los colaboradores de la entidad.⁷

En esta etapa se evalúan el efecto de modo de falla y las causas, mediante los índices de severidad y ocurrencia respectivamente.

Índice de severidad (*Tabla 7*):

El índice de severidad representa la consecuencia del efecto del modo de falla sobre el paciente o la institución. El índice se califica en una escala de uno (1) a diez (10), siendo 1 muy poca severidad para el paciente y/o la institución y 10 una consecuencia perceptible o muy elevada para el paciente y/o la institución.

Índice de ocurrencia (*Tabla 8*):

El índice de ocurrencia es la frecuencia con que se presenta la causa, está relacionado con la causa del fallo. El índice se califica en una escala de uno (1) a diez (10), 1 indica poca ocurrencia o casi no se presenta la causa en el proceso y 10 una alta ocurrencia o la causa sucede de manera frecuente en el proceso.

➤ **Etapas IV: Valoración del Riesgo**

La valoración del riesgo es el producto de confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles identificados en caso de existir. Los controles se evalúan a través del índice de detección.

Para ser objetivos para la evaluación del control se deben realizar las siguientes preguntas⁸:

⁷Departamento administrativo de la función pública. Guía de administración del riesgo. [online]. Cuarta edición. [Bogotá] Noviembre de 2009. [Citado el 22 abril de 2013]. Disponible en <http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=558>

⁸Departamento administrativo de la función pública. Guía de administración del riesgo. [online]. Tercera edición. [Bogotá] Abril de 2006. [Citado el 22 abril de 2013]. Disponible en <<https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:CTNNGe1wp9YJ:media.utp.edu.co/meci/archivos/documentos-de-consulta/guiadadmriesgo->

1. ¿Los controles están documentados?
2. ¿Se está aplicando en la actualidad?
3. ¿Es efectivo para minimizar el riesgo?

Índice de detección (*Tabla 10*):

El índice de detección califica la probabilidad de que el control actual detecte o mitigue las causas del modo de falla, el índice está relacionado con los controles, este se califica en una escala de uno (1) a diez (10), 1 indica que el control casi siempre detecta la falla de forma inmediata y 10 indica que no hay control o no detecta la falla.

Una vez cuantificado el control existente se procede a calcular el número de prioridad del riesgo (NPR) éste es el resultado del producto entre los índices de severidad, ocurrencia y detección, de este resultado se priorizan los riesgos para los que se desarrollan planes de acción.

Como parte de la metodología se utiliza la matriz de criticidad (*Figura 6*) para priorizar las consecuencias o impacto de las fallas en el desarrollo de las actividades del proceso y la frecuencia con que se presentan para establecer acciones preventivas o correctivas con el fin de mitigarlos o eliminarlos.

➤ Etapa V: Tratamiento de los Riesgos

Se entiende por tratamiento de riesgos la selección e implementación de medidas para mitigar los riesgos cuyo nivel de criticidad se encuentre en los criterios moderado, alto y muy alto, de acuerdo a la *Tabla 12*, a los cuales se les asigna un código para relacionar con el Plan Integral de mejora (PIME) (*Anexo 5*) utilizado

como instrumento para registrar las oportunidades de mejora identificadas en cada uno de los procesos.

➤ Etapa VI: Comunicación y Consulta

La comunicación debe ser permanente durante el desarrollo de cada una de las etapas, con el fin de involucrar a los colaboradores y capacitarlos en la metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) para que sean ellos quienes identifiquen y realicen el tratamiento adecuado a los riesgos priorizados.

➤ Etapa VII: Monitoreo

Una vez diseñados y validados los planes de acción para administrar los riesgos, se monitorean para asegurar que se estén llevando a cabo las acciones y evaluar el grado de su implementación a través de seguimientos que están bajo la responsabilidad del líder del proceso.

Se debe establecer la periodicidad de revisión de las acciones implementadas con el objetivo de evaluar nuevamente los riesgos priorizados y hallar el riesgo residual (nivel resultante del riesgo después de aplicar los controles). Cuando el modo de falla aún se encuentra en los criterios muy alto, alto y moderado se deben implementar nuevos planes de acción para ubicarlos en los criterios bajo o muy bajo.

2.2.3 Matriz DOFA⁹. Se puede definir como el enfrentamiento de factores internos y externos, con el propósito de generar estrategias.

- Amenazas:

Las amenazas son situaciones negativas externas a la organización que pueden atentar contra ésta, por lo que es necesario diseñar una estrategia para poder

⁹<http://empredeviz.blogspot.com/2013/02/matriz-foda-y-estrategias-lic-armando.html>

evitarlas. Algunas de las preguntas que se pueden realizar y que contribuyen en el desarrollo son:

- ¿A qué obstáculos se enfrenta la organización?
- ¿Se tienen problemas de recursos de capital?
- ¿Puede alguna de las amenazas impedir totalmente la actividad de la entidad?
- Los criterios utilizados para definir las Amenazas son:
- Factores Económicos (Internacional, Nacional, Local) índice de crecimiento, inflación, devaluación, ingreso per cápita, comportamiento de la economía, etc.
- Factores ambientales (cambio climático, desastres naturales, otros factores naturales).
- Factores Políticos (Acuerdos internacionales, normas, leyes, situación de orden público).
- Factores Sociales (educación, salud, empleo, seguridad, creencias, cultura).
- Factores Tecnológicos (Disponibilidad de nuevas tecnologías, materiales, hardware, software).

- Debilidades:

Las debilidades se refieren, a aquellos elementos, recursos, habilidades y actitudes que la institución ya tiene y que constituyen barreras para lograr la buena marcha de la organización.

Las debilidades son problemas internos que una vez identificados y desarrollando una adecuada estrategia, pueden y deben eliminarse.

Algunas de las preguntas que se pueden realizar en este sentido son:

- ¿Qué se puede mejorar?
- ¿Que se debería evitar?
- ¿Qué perciben nuestros usuarios como una debilidad?
- ¿Qué factores reducen los servicios que la organización debe realizar?

- Fortalezas:

Características o cualidades positivas que nos diferencian de otras organizaciones.

- Oportunidades:

Aspectos positivos que están en el entorno y favorecen la misión corporativa. En las oportunidades se tiene en cuenta criterios tales como: Económicos, medio ambientales, políticos, sociales y tecnológicos.

El DOFA es una herramienta de formulación de estrategias que conduce al desarrollo de cuatro tipos de estrategias: FO, DO, FA Y DA.

Estrategias FO: Uso de fortalezas para aprovechar las oportunidades.

Estrategias DO: Vencer las debilidades aprovechando las oportunidades.

Estrategias FA: Uso de las fortalezas para enfrentar o evitar las amenazas.

Estrategias DA: Reducir a un mínimo las debilidades y evitar las amenazas

Figura 2. Matriz DOFA

Matriz FODA	Fortalezas (F) Realizar un listado de las fortalezas	Debilidades (D) Realizar un listado de las debilidades	
	Oportunidades (O) Realizar un listado de las oportunidades	Estrategias FO Usar fortalezas para tomar ventaja de las oportunidades	Estrategias DO Superar debilidades tomando ventaja de las oportunidades
	Amenazas (A) Realizar un listado de las amenazas	Estrategias FA Usar fortalezas para evadir amenazas	Estrategias DA Minimizar debilidades y las evitar amenazas

Fuente:<http://manuelgross.bligoo.com/content/view/563560/Deficiencias-de-la-matriz-FODA-Causas-y-correcciones.html>

2.2.4 Herramientas para el Análisis de Riesgos en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Para el análisis de riesgos en el sector salud, existen diferentes herramientas aplicables para al tema de seguridad del paciente y análisis de eventos adversos, dentro de las cuales se encuentran:

a) Matriz de Riesgos

Esta herramienta permite determinar el nivel de riesgo, a través de la combinación entre la severidad del riesgo (catastrófico, mayor, menor, moderado, insignificante) y su frecuencia (casi seguro, probable, posible, improbable y muy raro). Luego se combinan en una matriz que determina el nivel de riesgo (extremo, alto, moderado y bajo).

b) Análisis de Causa Raíz (ACR)

Herramienta reactiva de análisis que se utiliza para investigar las causas y los errores que contribuyen a la ocurrencia de un incidente o evento y busca aportar las medidas necesarias para su mejoramiento.

El ACR pretende mejorar los procedimientos y el sistema en su conjunto a través del análisis a todas las causas que pueden afectar el sistema, para esto se basa en los siguientes pasos: recolección de datos, análisis de datos y por último recomendaciones para la formulación del plan de acción.

c) Análisis de Modos de Fallo y Efectos (AMFE)

Herramienta proactiva, diseñada para valorar de forma sistemática las distintas formas (modos) en que puede fallar cada uno de los componentes de los sistemas. Permite identificar y prevenir los modos de fallo, evaluando su severidad, ocurrencia y detección, mediante los cuales se calcularán el Número de Prioridad del Riesgo (NPR), y de esta forma determinar las causas principales, sobre las cuales habrá que actuar para evitar que se presenten dichos modos de fallo.

Objetivos del AMFE¹⁰

- Satisfacer al cliente
- Introducir en las empresas la filosofía de la prevención
- Identificar los modos de fallo que tienen consecuencias importantes respecto a diferentes criterios: disponibilidad, seguridad.
- Precisar para cada modo de fallo los medios y procedimientos de detección.
- Adoptar acciones correctivas y preventivas, de forma que se supriman las causas de fallo del proceso.
- Valorar la eficacia de las acciones tomadas y ayudar a documentar el proceso.

Beneficios del AMFE

- Mejora en la atención del usuario
- Fortalecimiento de la comunicación entre las áreas de la organización
- Facilita el análisis de los servicios y los procesos
- Ayuda a cumplir con requisitos ISO 9000, habilitación seguridad del paciente y facilita el camino hacia la acreditación.

Etapas del AMFE

- Formación de un equipo: Se debe garantizar que participen personas que dispongan de experiencia y conocimiento del proceso bajo análisis.
- Enumerar los pasos del proceso: El personal involucrado en el proceso será el encargado de detallar cada uno de los pasos del proceso de forma específica, pueden ser útiles los diagramas de flujo.

¹⁰Librería HorDago.AMFE: Análisis Modal de Fallos y Efectos. [online]. [Citado el 22 de Abril de 2013]. Disponible en internet: <<http://blog.pucp.edu.pe/media/avatar/665.pdf>>.p,4

- Listar Modos de Fallo Potenciales: Se debe analizar cada uno de los pasos del proceso para identificar aspectos que podrían fallar.
- Definir los Efectos: Para cada modo potencial de fallo es importante identificar las posibles consecuencias que esto llevaría.
- Describir las Causas: Para cada modo de fallo se deben identificar todas las posibles causas, con el fin de llegar a la causa raíz que puede ser ajustada o controlada para eliminar la fuente de fallos.
- Listar los Controles Actuales: Para cada causa del fallo se buscarán y seleccionarán los controles que se han utilizado, o se están utilizando para prevenir o detectar el modo de fallo, estos controles deben estar documentados o presentar evidencia de que se llevan a cabo.
- Calcular el NPR (Nivel de Prioridad del Riesgo): Se calcula el NPR, que se obtiene del producto entre los índices de severidad, ocurrencia y detección, Con el fin de priorizar la causa del modo de fallo y realizar acciones correctivas y preventivas.

3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

3.1 RESEÑA HISTÓRICA

En 1986 nace cuando un grupo de especialistas y personalidades de Bucaramanga se propuso crear una entidad privada sin ánimo de lucro dedicada a tratar las enfermedades del corazón, logrando en octubre de 1990 que un grupo de médicos iniciara las actividades de consulta y prueba de esfuerzo en la Fundación Tercera Edad de la Congregación Mariana, y las primeras cirugías cardiovasculares en la Clínica Bucaramanga.

En el año 1992 entraron a formar parte de la Clínica Carlos Ardila Lulle, adquiriendo el cuarto piso, ampliando así todos los servicios diagnósticos e intervencionistas de cardiología y cirugía vascular periférica, utilizando salas de cirugía, unidad de cuidados intensivos y hospitalización de esta moderna clínica.

Posteriormente en octubre de 1997 inauguraron la nueva sede del Instituto del Corazón, un moderno edificio de 14 pisos con una capacidad de 123 camas de hospitalización distribuidas entre la Unidad de Cuidados Intensivos Post-quirúrgica, Unidad de Cuidado Intensivos Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, Unidad de Cuidados Intermedios Adultos, tres pisos de hospitalización, 4 salas de cirugía, 2 salas de Hemodinamia y 1 de más del servicio de urgencias durante las 24 horas del día cumpliendo así con todos los requisitos y normas exigidas por el Ministerio de Salud relacionadas con enfermedades cardiovasculares.

3.2 MISIÓN

FCV Instituto del Corazón Floridablanca es una Unidad Estratégica Empresarial de la Fundación Cardiovascular de Colombia, prestadora de servicios de salud de alta complejidad, sin ánimo de lucro, conformada por un equipo humano altamente calificado y comprometido, que trabaja con criterios médicos, éticos, científicos, y tecnológicos de excelente calidad en permanente mejoramiento; para la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades, principalmente las cardiovasculares; enfatizando en la investigación de nuevas opciones que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes, colaboradores y comunidad en general y con un profundo carácter docente que apunte a la formación continua como mecanismo para lograr la excelencia.

3.3 VISIÓN

En el 2023, la unidad empresarial FCV Instituto del Corazón será una institución de referencia Nacional e internacional en la prestación de servicios para enfermedades de alta complejidad, centrado en las especialidades del corazón, neurovascular, transplantes y manejo de UCI.

3.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Gestionar el ambiente físico
- Promover la seguridad y salud de las partes interesadas
- Lograr el mejoramiento continuo en la gestión

3.5 VALORES

- **Laboriosidad:** Realizar nuestro trabajo con total dedicación, interés y esmero, procurando siempre entregar lo mejor de nosotros mismos, para obtener resultados óptimos que generen satisfacción total en los clientes, utilizando adecuadamente los recursos proporcionados por la Institución. Haciendo las cosas bien desde el principio hasta el fin, observando con alto sentido ético todas las actuaciones e intervenciones en los productos y servicios que llegan hasta nuestros clientes, anticipándonos a las oportunidades de mejora que puedan llevarnos a trabajar cada día más y mejor.
- **Innovación y Creatividad:** Trabajar en pro del desarrollo personal e institucional, creando nuevas y mejores formas de hacer las cosas, manteniendo siempre una actitud de flexibilidad hacia el cambio, que a su vez permita la búsqueda de soluciones hacia contratiempos inesperados, que conlleven a seguir fortaleciendo la capacidad de aprendizaje continuo.
- **Trato Humanizado:** Generar confianza, emociones agradables y sentimientos humanos de buen trato a nuestros clientes y proveedores, para así permitir reconfortantes relaciones comerciales que nos permitan otorgar valor agregado en el servicio que les ofrecemos.
- **Lealtad:** Trabajar día a día demostrando un alto sentido de pertenencia y compromiso institucional hacia la FCV, uniendo esfuerzos para el cumplimiento de metas y objetivos, defendiendo el nombre de la institución, y actuando siempre con transparencia y sinceridad, siendo leales hacia las normas y valores de la institución.
- **Respeto:** Contribuir al mantenimiento de un ambiente de trabajo cordial y amable reconociendo y aceptando los derechos y las diferencias de las demás

personas, cumpliendo de manera oportuna con las responsabilidades establecidas, y brindando un trato considerado y cortés a las personas con las que día a día nos relacionamos, principalmente nuestros clientes.

- **Solidaridad:** Actuar con equidad orientando la labor hacia la comunidad ofreciendo apoyo y colaboración a las demás personas, trabajando con sentido de fraternidad y unión que no sólo conlleve a la obtención de logros y metas personales, sino propendiendo además al cumplimiento de objetivos que promuevan el desarrollo y progreso institucional.

3.6 POLÍTICA DE CALIDAD

La Fundación Cardiovascular de Colombia fundamenta el desarrollo de su trabajo en el firme compromiso de satisfacer los requerimientos y expectativas de sus clientes buscando la excelencia de sus productos y servicios a través de un proceso de mejoramiento continuo e innovación tecnológica, que permita el crecimiento y competitividad de la organización cumpliendo con requisitos integrales del sistema de gestión, soportado en la satisfacción, competencias y valores de nuestros colaboradores que se desempeñan en un ambiente limpio y seguro. Esta política es comunicada a toda la organización y es revisada por el Comité de Calidad para mantenerla vigente de acuerdo al desarrollo y crecimiento de la organización.

Objetivos de Calidad:

La organización ha definido como objetivos de calidad, los siguientes:

- Garantizar la satisfacción de las partes interesadas.
- Promover la cultura de responsabilidad ambiental.
- Mantener y mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Garantizar la calidad de los servicios y los productos.

- Incrementar la satisfacción del talento humano.
- Fomentar la cultura organizacional.
- Promover la seguridad y la salud del talento humano

3.7 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es prioridad para la prestación de servicios de salud en FCV-IC, mediante el desarrollo de estrategias para la identificación y gestión de riesgos asociados al proceso de atención que permita la prevención de la ocurrencia de eventos adversos e incidentes, al tiempo que fomenten en nuestros colaboradores, en nuestros pacientes y en sus familias el desarrollo de acciones para el fortalecimiento de nuestra cultura de calidad y seguridad en la atención.

3.8 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La Fundación Cardiovascular de Colombia-Instituto del Corazón de Floridablanca posee una estructura organizacional (*Figura 3*) para responder a los retos institucionales y a los compromisos adquiridos con sus clientes y la comunidad.

- Gerencia FCV-ICF: Se encarga de liderar estratégicamente la Fundación Cardiovascular Instituto del Corazón para que cumpla con su misión institucional, crezca y se desarrolle para el logro de la Visión Institucional, de acuerdo con las expectativas y lineamientos de la Junta Directiva y Estatutos de la Institución.
- Área de Gestión Científica: Planear, organizar ejecutar y controlar las actividades y procesos desarrollados en la dirección de investigaciones, tendientes a lograr los objetivos definidos del plan de direccionamiento

estratégico de la misma. Administrar eficientemente los recursos humano, físico y financiero a su cargo con el fin de garantizar la calidad en los productos y servicios ofrecidos, la satisfacción del cliente y la estabilidad financiera de la empresa y proyectar el crecimiento económico sostenible de la misma.

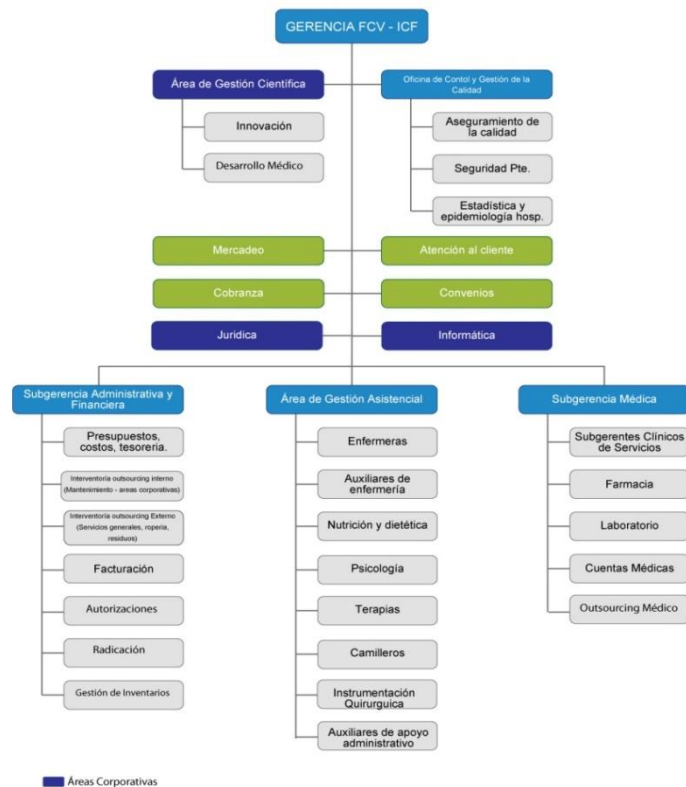
- Oficina de Control y Gestión de la Calidad: Su función es contribuir a mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud que son prestados por la Fundación Cardiovascular de Colombia-Instituto del Corazón, mediante seguimiento a los resultados de la atención en salud y a su vez controlar los riesgos asociados.
- Mercadeo: Se encarga de promover y desarrollar estrategias de mercadeo que conlleven al mejoramiento continuo de cada uno de los procesos del instituto del Corazón, de acuerdo con las políticas establecidas por la dirección, para lograr mantener y reforzar la imagen institucional a nivel local, regional y nacional.
- Cobranza: Recaudar los ingresos generados por los diferentes servicios del IC-FCV, manteniendo conciliada y certificada la cartera con las EAPB mensualmente, con quien la institución tiene vínculos comerciales, estableciendo las mejores relaciones con cada una de ellas, siguiendo las políticas de la Dirección Ejecutiva y asegurando un flujo de recursos adecuado de acuerdo a las necesidades.
- Jurídica: Servir de apoyo al Instituto del Corazón, dando respuesta a solicitudes realizadas por particulares y entidades gubernamentales y a su vez asesorar en asuntos jurídicos de la contratación con EPS, con el fin de asegurar la optimización de los procesos desarrollados en el área.

- Atención al Cliente: Dentro de las funciones se encuentra planear, dirigir, coordinar y supervisar los procesos de atención al cliente asegurador y al paciente y sus familias, con el fin de garantizar la oportuna disponibilidad de los recursos logísticos, necesarios para el óptimo funcionamiento de los servicios prestados por el Instituto de corazón de Floridablanca; liderando una eficaz organización en la información, seguridad y comodidad de los usuarios internos, externos, como corporativos.
- Convenios: Asegurar que el análisis, evaluación, elaboración, revisión, legalización y seguimiento de los contratos y/o convenios, se realicen bajo los parámetros establecidos por la Fundación Cardiovascular de Colombia, teniendo en cuenta los marcos legales y jurídicos establecidos.
- Informática: Garantizar la mejor plataforma tecnológica que permita a la FCV cumplir con las necesidades de transferencia de datos, conectividad y comunicación, con altos estándares de calidad y seguridad de la información y, la correcta utilización de los recursos asignados. Establecer las políticas y controles para garantizar la seguridad y buen manejo de los recursos tecnológicos e informáticos de la Fundación Cardiovascular de Colombia
- Subgerencia Administrativa y Financiera: :Garantizar el óptimo desarrollo de las actividades administrativas de la UEN, en la búsqueda de la optimización de los costos y la generación de resultados para la fluidez en la operación del área financiera y así dar soporte a las decisiones estratégicas que debe tomar la Gerencia.
- Área de Gestión Asistencial: : Planea, organiza, supervisa el desarrollo de las actividades administrativas y asistenciales de los servicios del IC de conformidad con los reglamentos de la entidad, los principios éticos y morales, las normas que aseguren la calidad en materia de atención a pacientes;

procurando la actualización técnico-científica del personal asistencial y el desarrollo tecnológico de la institución.

- Subgerencia Médica: Su responsabilidad es dirigir el talento humano médico del ICF y los procesos desde la perspectiva de la atención médica al interior del ICF para garantizar la seguridad del paciente, la calidez y la humanización del servicio y el manejo adecuado del costo en la atención médica, así como garantizar la inclusión y adherencia del proceso médico en la cultura de calidad del ICF.

Figura 3. Estructura Organizacional FCV

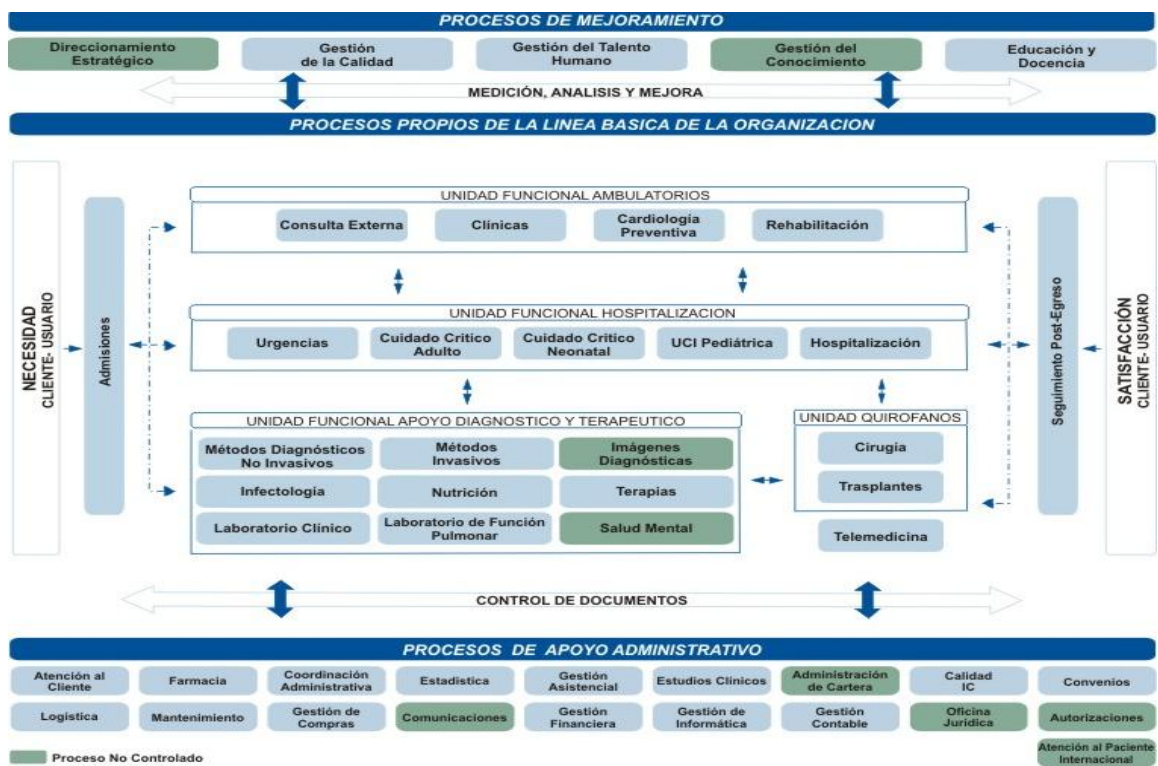


Fuente: <http://www.fcv.org/calidad/direccionamiento.php>

3.9 MAPA DE PROCESOS DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA

El mapa de procesos del Instituto del corazón se divide en 3 tipos de procesos: Procesos de Mejoramiento, Procesos propios de la línea básica de la organización y Procesos de apoyo administrativo que interactúan en sí. (Figura 4).

Figura 4. Mapa de Procesos ICF



Fuente: <http://www.fcv.org/calidad/corazon.php>

4. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE LA FCV-ICF

Para dar inicio a la implementación del Sistema de Administración de Riesgos se estableció como metodología el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) herramienta propuesta en el Estándar QPS. 11 de la Joint Commission International para identificar riesgos de seguridad del paciente, a la vez se articuló con el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia que exige la implementación de un Sistema de Administración de Riesgo de tipo administrativo, estratégico y relacionados con la prestación del servicio; por tal motivo se determinó que la herramienta mencionada a pesar de estar enfocada a riesgos de seguridad del paciente, también aplica para identificar todo tipo de riesgos a los cuales está expuesta la institución.

Para el desarrollo de cada una de las etapas del Sistema de Administración de Riesgos en la FCV-ICF, se contó con la participación de los líderes y colaboradores de los procesos comprendidos en el alcance del proyecto, debido a que están involucrados directamente con el proceso y conocen la forma como puede fallar cada una de las actividades, lo que permitió realizar de forma más sencilla cada una de las etapas del SAR.

Se realizaron charlas de sensibilización y capacitaciones donde se dió a conocer al personal asistencial (médicos y personal de enfermería) los aspectos relacionados al sistema de administración de riesgos, tales como: las etapas que lo componen, la herramienta establecida para realizar el mapa de riesgos y la Política de Administración de Riesgos definida para el ICF con sus respectivos lineamientos. Esta actividad se realizó en el Staff médico, grupo de gestión

asistencial y grupos primarios de acuerdo al cronograma de presentaciones (Tabla 2).

- Staff Médico: Grupo compuesto por Directores y médicos del Instituto
- Grupo de Gestión Asistencial (DEGEAS): Compuesto por Jefes Coordinadoras de cada servicio y liderado por Jefe Corporativa de DEGEAS.
- Grupos Primarios: Reunión mensual que realiza la Jefe Coordinadora con el personal que está bajo su responsabilidad. Los grupos primarios constituyen el principal medio de comunicación para el despliegue de información en cuanto desarrollo y seguimiento del sistema de gestión, direccionamiento estratégico, políticas institucionales, plan estratégico y planes de acción.

Tabla 2. Cronograma de Presentaciones

GRUPO	FECHA
Staff Médico	21 de Mayo de 2013
Degeas	21 de Mayo de 2013
Rehabilitación	21 de Mayo de 2013
Unidad de Cuidados Intensivos Adultos	21 de Mayo de 2013
Urgencias	22 de Mayo de 2013
Hospitalización	22 de Mayo de 2013
Laboratorio Clínico	23 de Mayo de 2013
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica	28 de Mayo de 2013
Consulta Externa	30 de Mayo de 2013
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal	30 de Mayo de 2013
Métodos Diagnósticos Invasivos	05 de Junio de 2013
Imágenes Diagnósticas	07 de Junio de 2013
Cirugía	11 de Junio de 2013
Gestión Financiera	13 de Junio de 2013

Fuente: Autoras

4.1 CONTEXTO ESTRATÉGICO

Para establecer el contexto interno y externo de la FCV se identificaron las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas enfocadas al sistema de administración de riesgos, mediante la Matriz DOFA (*Tabla 4*) herramienta que permite visualizar la institución.

Para el contexto interno (debilidades y fortalezas) se tuvo en cuenta la misión, visión, objetivos, política de calidad y seguridad del paciente, mientras que en el contexto externo se tuvo en cuenta factores legales, sociales, tecnológicos y económicos que puedan impactar en la misión y el logro de los objetivos.

Para la identificación de cada uno de los componentes del DOFA se utilizaron fuentes primarias como: el diagnóstico inicial por medio de la lista de chequeo (*Tabla 3*) donde se evaluó el nivel de cumplimiento del instituto de cada una de las etapas necesarias para la implementación del sistema, información suministrada por el instituto y la experiencia de los colaboradores.

Tabla 3. Lista de Chequeo Diagnóstico Inicial

ETAPA	DEFINICIÓN	NO CUMPLE	CUMPLE	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
1	LA FCV TIENE ESTABLECIDO LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	x		
2	IDENTIFICAN EL RIESGO EN CADA UNO DE LOS PROCESOS		x	La identificación del riesgo la realizan a través del software de seguridad del paciente en el que se reportan los incidentes, eventos

ETAPA	DEFINICIÓN	NO CUMPLE	CUMPLE	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
				adversos y eventos centinela una vez ocurridos.
3	ANALIZAN EL RIESGO QUE SE REPORTÓ BUSCANDO LAS CAUSAS QUE LO GENERARON.		X	Una vez ocurrido el evento se reúne la jefe coordinadora del programa del seguridad del paciente con la persona que reporto el evento para encontrar las causas que generaron dicho riesgo.
4	VALORACIÓN DEL RIESGO	x		
5	TRATAN EL RIESGO		X	Para evitar que se vuelva a presentar el mismo riesgo reportado, la jefe coordinadora encargada del programa de seguridad del paciente y los responsables del proceso establecen planes de acción.
6	MONITOREAN EL RIESGO		X	A través de auditorías internas se realiza la verificación de que se estén llevando a cabo los planes de acción propuestos.
7	CUENTAN CON MAPA DE RIESGOS POR PROCESO	x		

ETAPA	DEFINICIÓN	NO CUMPLE	CUMPLE	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
8	LA ORGANIZACIÓN LLEVA A CABO Y DOCUMENTA EL USO DE UNA HERRAMIENTA PROACTIVA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS. (ESTÁNDAR QPS.11)	x		

Fuente: Autoras

Tabla 4. Matiz DOFA FCV-ICF

MATRIZ DOFA	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Talento humano especializado en formación profesional para la prestación de servicios de alta complejidad. - Se cuenta con una plataforma tecnológica frente al manejo de historia clínica automatizada - Soporte de tecnología biomédica para la prestación de servicios - Implementación de sistemas integrados de gestión con énfasis en acreditación. - Incremento en la oportunidad de entrega de resultados (indicador de oportunidad) - Convenios con el Hospital de Pix Bur para la formación profesional del personal del ICF. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alta rotación del personal dificulta la continuidad en los procesos. - Fallas en la comunicación interna - Inexistencia de mapa de riesgos - Incremento de eventos adversos - No adherencia a los protocolos y procedimientos - Falta automatización de indicadores del ICF - Incumplimiento de indicadores financieros.

MATRIZ DOFA	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Nuevos estándares de calidad desarrollados por el ministerio de la protección social (Enfoque de Gestión de Riesgos y Humanización del Servicio) - Mercado de turismo en salud - Desarrollo de nuevas oportunidades de negocio (Construcción del hospital internacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Demandas legales de los pacientes. - Alarma social que originan los errores médicos. - Falta de capacidad de pagos por parte de la ERP

Fuente: Autoras

Identificadas las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas se plantearon estrategias (FO-FA-DO-DA) (Tabla 5) en donde se cruzaron las fortalezas con oportunidades y amenazas, así como las debilidades con oportunidades y amenazas con el fin de aprovechar las ventajas con las que actualmente cuenta el instituto y fortalecer los puntos débiles.

Tabla 5. Estrategias DOFA

OPORTUNIDADES		AMENAZAS	
O1	Nuevos estándares de calidad desarrollados por el ministerio de la protección social (Enfoque de Gestión de Riesgos y Humanización del Servicio)	A1	mandas legales de los pacientes
O2	Mercado de turismo en salud	A2	Falta de capacidad de pagos por parte de la ERP
O4	Desarrollo de nuevas oportunidades de negocio (construcción del Hospital Internacional)	A3	Alarma social que originan los errores médicos.

FORTALEZAS		ESTRATEGIA FO	ESTRATEGIA FA
F1	Talento humano especializado en formación profesional para la prestación de servicios de alta complejidad.	1.(F1,O2,O3) Fortalecer experiencias laborales de los profesionales a través de convenios con hospitales internacionales para brindar nuevos servicios a pacientes nacionales e internacionales.	2.(F7,A2) Realizar el desarrollo de nuevos negocios para generar nuevos ingresos.
F2	Se cuenta con una plataforma tecnológica frente al manejo de historio clínica automatizada		
F3	Soporte de tecnología biomédica para la prestación de servicios		
F4	Implementación de sistemas integrados de gestión con énfasis en acreditación		
F5	Incremento en la oportunidad de entrega de resultados (indicador de oportunidad)	3.(F4,O1) Fortalecer el sistema de gestión integrado de la calidad a través de la aplicación de nuevos estándares que permitan garantizar una atención segura y de calidad.	
F6	Convenios con el Hospital de Pix Bur para la formación profesional del personal del ICF		
F6	Desarrollo de nuevos servicios médicos		

DEBILIDADES		ESTRATEGIA DO	ESTRATEGIA DA
D1	Alta rotación del personal	4.(D3,O1) Implementar el Sistema de Administración de Riesgos	5.(D5,A1,A3) Definir mecanismos que promuevan la importancia de adherencia de los colaboradores a protocolos y procedimientos establecidos en la institución con el objetivo de brindar atención segura para evitar errores médicos y posteriores de demandas legales de pacientes.
D2	Fallas en la comunicación interna		
D3	Inexistencia de mapa de riesgos	6.(D2,O1) Desarrollar un programa de fortalecimiento de comunicación interna	
D4	Incremento de eventos adversos		
D5	No adherencia a los protocolos y procedimientos.	7.(D3,D4,O2) Desarrollo de mapas de riesgos a través de la identificación evento de adverso para generar controles que permitan la prestación de servicio segura a pacientes internacionales.	
D6	Falta automatización de indicadores del ICF		
D7	Incumplimiento de indicadores financieros.		

Fuente: Autoras

De las estrategias planteadas a partir del análisis DOFA, se trabajó con las relacionadas al tema de administración de riesgos, las estrategias 4 y 7 con la implementación del sistema de administración de riesgos y el levantamiento de los mapas de riesgos de cada uno de los servicios, mientras que para las estrategias 5 y 6 se plantearon acciones en el plan integral de mejora.

4.2 POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS PARA LA FCV-ICF

FCV en concordancia con la Política de Calidad y Seguridad del Paciente se compromete a proteger sus grupos de interés de los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio, estratégicos y administrativos mediante la implementación de mecanismos necesarios para mitigar, compartir y gestionar dichos riesgos que puedan afectar negativamente a los pacientes, familias, funcionarios, instalaciones, equipos, la rentabilidad, continuidad del negocio y el medio ambiente; para tal efecto realizará la identificación, análisis, valoración e intervención de los riesgos inherentes al quehacer institucional, contribuyendo de esta forma al logro de los objetivos y a la Misión de la institución.

➤ Lineamientos de la política de administración de riesgos

Para el tratamiento de los riesgos se deben tener en cuenta los siguientes lineamientos:

1. Los responsables de los procesos junto con su equipo, deben identificar, analizar y valorar de forma cualitativa los riesgos que puedan afectar el desarrollo de las actividades de los procesos o el logro de los objetivos propuestos.
2. Los responsables de los procesos deben identificar y determinar los controles que permitan disminuir y/o gestionar su impacto y/o la probabilidad de ocurrencia.
3. Le corresponde a los líderes de los procesos, identificar e implementar planes de mejora cuando el valor del riesgo se ubique en los criterios moderado, alto y muy alto.

4. Cada vez que se identifique un nuevo riesgo el dueño del proceso será el responsable de actualizar el mapa de riesgos y revisarlo al menos una vez al año dejando evidencia de la actividad realizada.

Para llevar a cabo las siguientes etapas del SAR, se establecieron reuniones con los médicos y jefes coordinadoras de cada servicio, a quienes se les dio a conocer el registro Matriz Análisis Modal de Fallos y Efectos (*R-CAL-096*) (*Anexo 4*), herramienta establecida para realizar el mapa de riesgos.

4.3 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

A partir de esta etapa se programaron reuniones con los líderes (médico y jefes coordinadoras) y en algunos casos se contó con la asistencia de los colaboradores de cada servicio para dar inicio a la elaboración del mapa de riesgos del respectivo proceso.

Con el fin de evitar excluir algún riesgo que pueda afectar el proceso, se realizó una lista de actividades en cada servicio teniendo en cuenta los siguientes aspectos.

- Del Manual de Acreditación de Salud Ambulatorio se tomaron las actividades definidas en el estándar 7.1 (*Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial*), el cual contempla las actividades desde el ingreso del paciente hasta la salida del mismo (*Figura 5*).

Figura 5. Actividades del Proceso Asistencial



Fuente: Autoras

- Se revisaron las caracterizaciones (*Anexo 10*) de cada uno de los procesos para comparar las actividades allí definidas con las mencionadas en el Manual de Acreditación y de esta forma incluir alguna actividad relevante para el respectivo proceso.

Una vez definidas las actividades y de acuerdo al conocimiento y experiencia de los involucrados en el proceso, se procedió a identificar los modos de falla de cada actividad, los efectos o consecuencias para el paciente y las causas que generan los modos de falla.

En el *Anexo 6* se presentan los mapas de riesgos de cada proceso que incluye los riesgos identificados para las actividades seleccionadas en cada uno de los procesos, así como los efectos para el paciente y/o la institución y las fuentes generadoras o causas, a través del registro Matriz Análisis Modal de Fallos y Efectos (*R-CAL-096*) (*Anexo 4*).

A continuación se presenta un ejemplo del proceso de Laboratorio Clínico:

Tabla 6. Identificación de Riesgos de Laboratorio Clínico

ACTIVIDAD	MODO DE FALLA	EFFECTO DEL MODO DE FALLA	CAUSAS
Selección de la Tecnología	No cumpla los requisitos de calidad y costo establecidos por la Fundación	El método del equipo no sea específico y sensible que pueda generar un diagnóstico confiable.	No se revisa lista de chequeo de los parámetros establecidos para selección de tecnología Se omiten los protocolos establecidos por la unidad responsable de realizar la compra o negociación del equipo
	La información suministrada por el proveedor no coherente con la entregada	No se realizan las pruebas al paciente por falta de reactivos	El proveedor entrega equivocadamente los datos del número de pruebas que realiza el equipo por KIT y por tanto hay mala planificación del pedido mensual.
Selección de Metodología	Selección errónea de la prueba	Poca sensibilidad y especificidad de la prueba para brindar un diagnóstico confiable para el paciente.	No se realice la reunión del grupo de expertos para evaluar la prueba.
			Falta de conocimiento del grupo evaluador de la prueba en su utilidad clínica
Validación de Metodología	No se realice validación de la prueba	Resultados no confiables	No se realiza la comparación del método con otro laboratorio que utilice el mismo método y el mismo equipo.
	Inadecuado transporte de la muestra	Resultados no confiables	Transportadora no cumpla con los tiempos de entrega alterándose la calidad de la muestra

Fuente: Autoras

4.4 ANÁLISIS DEL RIESGO

En esta fase se calificaron los efectos y causas del modo de falla identificado en la etapa anterior, para lo cual se utilizaron las escalas de valoración del índice de severidad (*Tabla 7*) e índice de ocurrencia (*Tabla 8*) respectivamente, tomadas del libro de la Joint Commission International.

Índice de Severidad: Significa la gravedad del efecto del modo de fallo en el paciente y/o la institución. Calificándolo en una escala de 1 a 10 donde:

Tabla 7. Valoración del Índice de Severidad

SEVERIDAD	CRITERIO	VALOR
Efecto menor o ningún efecto	No es evidente para el paciente o para la institución, no afectaría el proceso	1-2
	Puede afectar al paciente o a la institución y daría lugar a un efecto en el proceso	3-4
Efecto Moderado	Puede afectar al paciente o a la institución y un importante efecto sobre el proceso	5
Una lesión mínima	Afectaría al paciente o a la institución y da lugar a un efecto importante en el proceso	6-7
Lesión Mayor	Daría lugar a una lesión grave para el paciente y efecto grave para la institución y tiene un efecto importante en el proceso.	8-9
Efecto catastrófico, lesión permanente o muerte	Extremadamente peligroso; fallo dará lugar a la muerte del paciente y tiene efecto importante en el proceso. Fallo ocasionaría pérdidas o daños irremediables a la institución.	10

Fuente: Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction. Third Edition

Índice de ocurrencia: El índice de ocurrencia es la frecuencia con que se presenta la causa. Se califica en un escala de 1 a 10 donde:

Tabla 8. Valoración del Índice de Ocurrencia

OCURRENCIA	PROBABILIDAD	CRITERIO	VALOR
Remota o inexistente	1 en 10000	Poca ocurrencia, muy poco probable que ocurra esta condición	1-2
Baja probabilidad	1 en 5000	Posible, pero no hay datos conocidos, la condición se produce en casos aislados, pero las posibilidades son bajas	3-4
Probabilidad Moderada	1 en 200	Documentada per con poca frecuencia, la condición tiene una probabilidad razonable de ocurrir	5-6
Alta probabilidad	1 en 100	Documentada y frecuente, la condición ocurre con mucha frecuencia y/o durante un tiempo razonable.	7-8
Seguro que ocurra	1 en 20	Documentada, casi seguro que la condición puede ocurrir inevitablemente	9-10

Fuente: Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction. Third Edition

En la *Tabla 9* se observa la calificación asignada a cada efecto y las causas del respectivo modo de falla.

Tabla 9. Análisis de Riesgos de Laboratorio Clínico

EFFECTO DEL MODO DE FALLA	SEV	CAUSAS	OCC
El método del equipo no sea específico y sensible que pueda generar un diagnóstico confiable.	9	No se revisa lista de chequeo de los parámetros establecidos para selección de tecnología	4
	9	Se omiten los protocolos establecidos por la unidad responsable de realizar la compra o negociación del equipo	4
No se realizan las pruebas al paciente por falta de reactivos	9	El proveedor entrega equivocadamente los datos del número de pruebas que realiza el	3

EFFECTO DEL MODO DE FALLA	SEV	CAUSAS	OCC
		equipo por KIT y por tanto hay mala planificación del pedido mensual.	
Poca sensibilidad y especificidad de la prueba para brindar un diagnóstico confiable para el paciente.	9	No se realice la reunión del grupo de expertos para evaluar la prueba.	3
	9	Falta de conocimiento del grupo evaluador de la prueba en su utilidad clínica	3
Resultados no confiables	9	No se realiza la comparación del método con otro laboratorio que utilice el mismo método y el mismo equipo.	2
Resultados no confiables	9	Transportadora no cumpla con los tiempos de entrega alterándose la calidad de la muestra	3

Fuente: Autoras

4.5 VALORACIÓN DEL RIESGO

Después de realizar la evaluación de los índices de severidad y ocurrencia se determinaron los controles existentes para cada causa teniendo en cuenta las siguientes preguntas: ¿Los controles están documentados?, ¿Se están aplicando en la actualidad?, ¿Son efectivos para minimizar el riesgo?, a la vez se evaluó el control mediante el índice de detección (*Tabla 10*) descrito a continuación.

Índice de Detección: Califica la probabilidad de que el control actual detecte o mitigue las causas del modo de falla, se califica en una escala de 1 a 10.

Tabla 10. Valoración del Índice de Detección

DETECTABILIDAD	CRITERIO	VALOR
Determinados para detectar	Casi siempre detenta la falla de forma inmediata	1-2
Alta probabilidad	Probable que detecte la falla	3-4
Probabilidad Moderada	Probabilidad moderada de detección la falla	5-6
Baja Probabilidad	Poco probable que sea detectada la falla	7-8
Casi seguro que o detectaría	La detección de la falla no es posible	9-10

Fuente: Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction. Third Edition

Los controles existentes, su calificación y el valor del NPR se registran en la matriz de riesgos como se muestra en el ejemplo *Tabla 11*.

Tabla 11. Valoración de Riesgos de Laboratorio Clínico

CONTROLES	DET	RPN
Ninguno	10	630
Ninguno	10	720
Programa de Control de Calidad (P-LABCLI-06).	2	54
Programa de Control de Calidad (P-LABCLI-06).	2	54
Ninguno	10	270
Programa de Evaluación Externa o interlaboratorios	1	18
P-LABCLI-04	3	81

Fuente: Autoras

Con los tres índices evaluados se calculó el Número de Prioridad de Riesgo (**NPR**), **este valor se obtuvo del producto entre severidad, ocurrencia y detección**. Con el resultado obtenido se priorizaron los valores que se encontraron en los criterios muy alto, alto y moderado de acuerdo a la Valoración del NPR (*Tabla 12*).

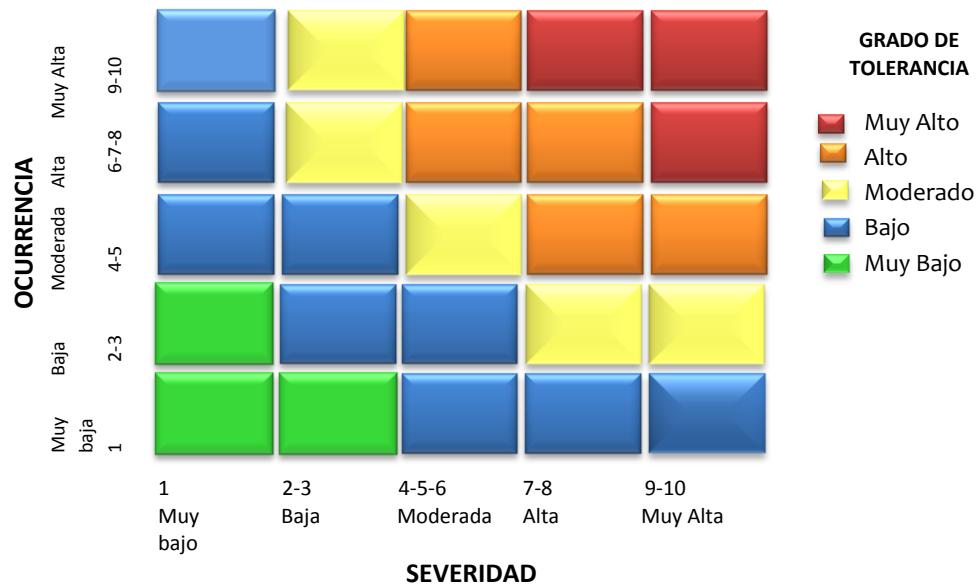
Tabla 12. Valoración del NPR

RANGO	CRITERIO
1000-800	Muy Alto
800-600	Alto
600-400	Moderado
400-200	Bajo
Menor a 200	Muy Bajo

Fuente: http://www.saludinnova.com/site_media/practices/TABLAS_de_AMFE_DPCA.pdf

Una vez priorizados los modos de fallo, se les asignó el color definido según la matriz de criticidad (Figura 6), que define zonas de riesgo según el criterio establecido en el NPR.

Figura 6. Matriz de Criticidad



Fuente: <http://www.sitsoft.com.ar/ScreenShots/MatrizPI.bmp>

4.6 TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS

Los modos de falla o riesgo que se encontraron en las zonas de riesgo muy alto, alto y moderado correspondientes a los colores rojo, naranja y amarillo respectivamente, se les asignó un código para relacionarlo con el Plan Integral de Mejora (PIME) (Anexo 7) utilizado por la institución para registrar las oportunidades de mejora y proponer los planes de acción.

Cada modo de falla o riesgo priorizado se manejó como línea de trabajo u oportunidad de mejora, atacando la causa raíz a través del establecimiento de acciones preventivas, correctivas o de mejora bajo el ciclo PHVA, y se asignó un responsable para cada actividad y la fecha para la ejecución.

A continuación se definen cada uno de los componentes del PIME.

- *Fuente:* Corresponde al mecanismo que permite saber dónde se generó la oportunidad de mejora.
- *Grupo estándar/Capítulo/Tema:* Se identifica el grupo de estándar, el que involucre el tema relacionado al modo de falla identificado.
- *Número de estándar/Numeral de la norma/Legislación:* Es el número de estándar específico que involucra el modo de falla.
- *Fecha/Acta de Reunión Identificada:* Momento en el que se identificó el modo de falla.
- *Líneas de trabajo/Oportunidad de mejora:* Aprovechar el modo de falla y convertirlo en línea de trabajo u oportunidad de mejora

- *Atributo de calidad:* Escoger el atributo al que mayor contribución daría la oportunidad de mejora.

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Aceptabilidad: Aspecto relacionado con la satisfacción de los usuarios (y que depende de aspectos culturales), respecto de la valoración que estos realizan acerca del costo, la calidad, la seguridad, la actitud del proveedor.

Competencia: Los conocimientos, destrezas, aptitudes y actitudes que deben desarrollar los profesionales de la salud para atender adecuadamente las necesidades de salud de la población en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Conectividad: Intranet de salud donde las aplicaciones y datos residen en la red, lo cual permite que las instituciones se fusionen en grandes organizaciones verticales y horizontales que componen la información de forma integral para proporcionar la continuidad sanitaria.

Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Coordinación: Es el proceso de trabajar juntos eficazmente con la colaboración entre los proveedores, instituciones y servicios dentro y fuera de la organización para evita brechas o rupturas.

Efectividad: El grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.

Eficiencia: Las actuaciones y procesos que se desarrollan dentro del sistema único de acreditación procuran la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Seguridad: 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.

- *Tipo de acción:* Elegir la clase de acción a realizar

Preventiva: Acción que se anticipa a la causa, y pretenden eliminarla antes de su existencia.

Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad, identificada por externos.

De mejora: Acción para eliminar algo que ya se ha presentado y para lo cual ya se ha actuado.

- *Relación con objetivos estratégicos: Al realizar la oportunidad de mejora a que objetivo estratégico contribuye.*
 - ✓ Garantizar recursos económicos para la gestión
 - ✓ Mejorar la eficiencia operacional
 - ✓ Mejorar el recaudo de cartera
 - ✓ Mantener el liderazgo empresarial
 - ✓ Promover la cultura de responsabilidad ambiental
 - ✓ Fortalecer la responsabilidad social
 - ✓ Garantizar la satisfacción de las partes interesadas
 - ✓ Mantener y mejorar el sistema de gestión de la calidad
 - ✓ Garantizar la calidad de los servicios y los productos
 - ✓ Promover el desarrollo de propuestas de investigación

- *Priorización de oportunidad de mejora*

Riesgo: Calificar el riesgo para la institución, el usuario y/o los clientes internos si no se lleva a cabo la oportunidad de mejora, con una escala de 1 a 5 de acuerdo a la *Tabla 13*.

Costo: Calificar el costo para la institución, el usuario y/o los clientes internos si no se lleva a cabo la oportunidad de mejora, con una escala de 1 a 5 de acuerdo a la *Tabla 13*.

Volumen: Calificar el alcance para la institución, el usuario y/o los clientes internos si no se lleva a cabo la oportunidad de mejora, con una escala de 1 a 5 de acuerdo a la *Tabla 13*.

Total: Es el producto entre riesgo, costo y volumen, a partir de 60 se priorizan para hacer el seguimiento a los planes de acción programados.

- *Análisis causa raíz:* Colocar la causa generadora del modo de falla
- *Dato actual:* Corresponde al valor del NPR para el modo de falla hallado en el mapa de riesgos
- *Meta:* Definir el valor al cual se desea llevar el modo de falla una vez aplicado los planes de acción propuestos.
- *Acciones propuestas:* Definir cada una de las actividades a realizar
- *Relación con ciclo PHVA:* Relacionar cada actividad según corresponda al ciclo PHVA.

Planear: Establecer objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.

Hacer: Implementar los procesos

Verificar: Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto e informar sobre los resultados

Actuar: Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos

- *Persona responsable de la ejecución de la acción:* Corresponde al encargado de realizar la actividad

- *Recursos:* Describir los tipos de recursos, si son humanos, tecnológicos, financieros necesarios para realizar la actividad.
- *Fecha de inicio:* Día, mes y año en que se va a dar inicio a la ejecución de la actividad.
- *Fecha de finalización:* Día, mes y año en que finaliza la ejecución de la actividad.

Tabla 13. Criterios de Priorización

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

Fuente:<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Manual%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20Planes%20de%20Mejoramiento%20en%20Acreditaci%C3%B3n.pdf>

4.7 MONITOREO

Una vez definidos los planes de acción, es necesario que los dueños de los procesos junto a su equipo, desarrollen cada una de las actividades programadas en las fechas establecidas. Después de implementar las acciones, transcurridos seis meses según lo establecido en el procedimiento para la administración de

riesgos en la FCV (*Anexo 2*), el responsable del proceso debe revisar los modos de falla o riesgos priorizados, es decir, calificar nuevamente el índice de detección y el índice de ocurrencia y hallar el NPR con el objetivo de obtener el riesgo residual. En el caso que el modo de falla o riesgo aún se encuentre en los criterios muy alto, alto o moderado se deben implementar nuevos planes de acción para ubicarlos en los criterios bajo o muy bajo.

La Oficina de Calidad cada 3 meses, realizará seguimiento y verificará que se estén implementados los planes de acción, para lo cual se deja evidencia en el PIME, en las casillas que se muestra en la *Tabla 14*.

- *Seguimiento avances*: Se registra las fechas y evidencias de cumplimiento de la acción.
- *Última fecha de seguimiento*: Se coloca la fecha del seguimiento, en caso de no haberse concluido la acción esta fecha se revisa 3 meses después (periodicidad de seguimiento).
- *Estado*: Es la condición (implementada, parcialmente implementada, atrasada o no iniciada) en la que se encuentra la acción según la última fecha de seguimiento.

Implementada: Cuando la acción se cumplió en la fecha establecida

Parcialmente Implementada: No se ha cumplido la totalidad de la acción.

Atrasada: No se ha realizado la acción en las fechas establecidas.

No iniciada: No se ha dado inicio a la acción porque las fechas establecidas para su ejecución no están dentro de la fecha de seguimiento.

Tabla 14. Formato Seguimiento de Planes de Acción

SEGUIMIENTO AVANCES	Ultima fecha de seguimiento	ESTADO

Fuente: FCV-ICF

El seguimiento realizado a los planes de acción propuestos para los riesgos priorizados en la FCV-ICF se encuentran en el Plan Integral de Mejora (*Anexo 7*), cabe resaltar que no se realizó seguimiento a algunas actividades debido a que las fechas programadas para su ejecución se salían del tiempo estipulado para el desarrollo de este proyecto.

El líder del proceso será el encargado de actualizar y revisar el mapa de riesgos de su respectivo proceso como mínimo una vez al año.

4.8 DOCUMENTACIÓN

La documentación del Sistema de Administración del Riesgo para la FCV-ICF, se estableció para estandarizar el proceso de implementación del SAR, a la vez servirá como guía para orientar a los colaboradores de otros servicios para continuar aplicando el tema.

La documentación consta de un procedimiento (*Anexo 2*) que incluye la descripción de cada una de las etapas para realizar el proceso de implementación del Sistema de Administración de Riesgos. En el instructivo (*Anexo 3*) contiene la

metodología AMFE seleccionada para ejecutar cada una de las etapas del SAR. El registro (*Anexo 4*) donde se lleva el inventario de los riesgos identificados con sus respectivos efectos, causas generadoras del riesgo y controles existentes.

A cada uno de los documentos se les asignó un código para facilitar la búsqueda y accesibilidad para todos los colaboradores de la FCV. Este código corresponde al proceso de Gestión Clínica (Calidad ICF), cuyo código se representa con las siglas CAL.

La Oficina de Calidad del ICF se encargará de la revisión y actualización de la documentación mencionada.

4.9 COMUNICACIÓN Y CONSULTA

Durante cada una de las etapas de la implementación del Sistema de Administración de Riesgos, la comunicación se generó a través de capacitaciones en las que se logró que los colaboradores se involucraran con el tema de riesgos para mantener el sistema en el instituto.

Para dar a conocer la documentación del Sistema de Administración de Riesgos se realizó una presentación (*Anexo 8*) en el grupo primario de Gestión Asistencial (DEGEAS) (*Anexo 9*), conformado por las enfermeras coordinadoras de cada uno de los servicios, en esta reunión se socializó el procedimiento, instructivo, registro, la respectiva codificación y la ubicación.

Los colaboradores del instituto pueden acceder a la documentación a través de la página de calidad de la FCV, de acuerdo a la siguiente codificación:

- P-CAL-08: Procedimiento para la Administración de Riesgos en la FCV. (*Anexo 2*)

- I-CAL-075: Instructivo: Identificación, Análisis y Valoración de los Riesgos en la FCV. (*Anexo 3*)

- R-CAL-096: Matriz Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) (*Anexo 4*)

5. RESULTADOS

Implementadas las etapas del Sistema de Administración de Riesgos en la FCV-ICF, se lograron los siguientes resultados:

- La política de administración de riesgos, donde se estiman que los riesgos por gestionar son de tipo administrativos, estratégicos y relacionados con la prestación del servicio a los cuales se enfrenta la institución fue aprobada por la Gerencia del ICF y socializada al personal asistencial.
- Una herramienta cuantitativa para calificar el efecto y las causas del modo de falla a partir de los índices de severidad y ocurrencia con el objetivo de medir el nivel de riesgo.
- Doce mapas de riesgos: once (11) de los procesos misionales donde se gestionaron los riesgos asociados a la prestación del servicio y un proceso de apoyo donde se contemplaron los riesgos administrativos, mediante la identificación de modos de falla o riesgo. De los doce mapas de riesgos se identificaron un total de 280 modos de falla o riesgos distribuidos en los criterios de priorización como se ve en la tabla 15.

Tabla 15. Total de riesgos identificados en la FCV-ICF

	Muy Alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy Bajo	TOTAL
NUMERO	2	4	8	105	161	280
%	0,71	1,43	2,85	37,5	57,5	99,99%

Fuente: Autoras

- De los mapas de riesgos se consolidaron los riesgos priorizados que se encontraron en los criterios muy alto (rojo), alto (naranja) y moderado (amarillo), como se muestra en la Tabla 16.

Tabla 16. Valoración de Riesgos Priorizados en la FCV-ICF

PROCESO	MODO DE FALLA O RIESGO	EFFECTO	SEV	CAUSA	OCC	NPR
Laboratorio Clínico	Inadecuada centrifugación de la muestra	Resultados no confiables	7	Las centrifugas no están calibradas	8	560
	No verificación de resultados en físico antes de ser entregados en caso de pacientes ambulatorios	Resultado erróneo	7	No está definido un responsable para esta actividad.	6	420
Métodos Invasivos	No realizar adecuada limpieza y desinfección de salas	Contraer Infecciones	8	No aplicar la técnica de limpieza	8	640
	Técnica inadecuada en el retiro de introductores	Hematoma	9	El personal asistencial no realiza presión en el sitio correcto o durante el tiempo necesario debido a que no está capacitado	7	630
Imágenes Diagnósticas	Modificación de la agenda	Reprogramación de la cita	7	Por mantenimiento de salas	6	420
	Falta de oportunidad en la toma de estudios para pacientes ambulatorios y hospitalizados.	Demora en la atención de pacientes ambulatorios programados previamente	7	El personal asistencial (piso) no tiene en cuenta y/o desconocen los horarios establecidos para cada una de las salas.	8	448
	No se ha estandarizado	Muerte	10	Se realiza de forma verbal entre	9	900

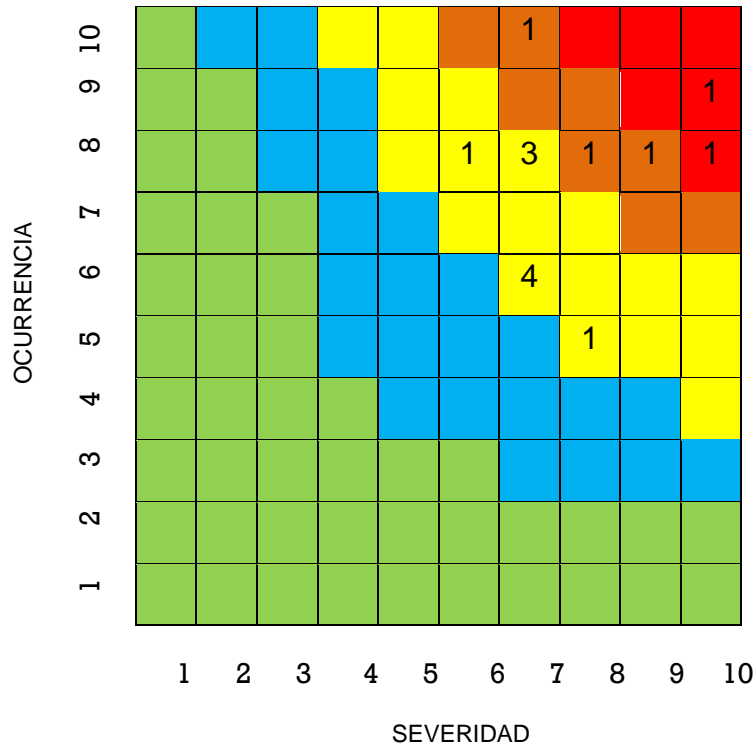
PROCESO	MODO DE FALLA O RIESGO	EFEECTO	SEV	CAUSA	OCC	NPR
	entrega de resultados críticos a pacientes hospitalizados y ambulatorios.			profesionales las anomalías encontradas en los estudios.		
UCI	Deterioro progresivo en la salud del paciente no detectado	Complicaciones en la salud del paciente	8	La tolerancia del personal de enfermería al sonido de las alarmas lo que ocasiona que no revisen al paciente.	5	400
	Asignación de camas no disponibles/ no preparación del cubículo	Demora en el proceso de atención.	7	Falta de comunicación entre coordinadoras del servicio	10	700
	Falta de identificación de riesgos (suicidio fuga) del paciente.	Fuga del paciente y/o suicidio del paciente	10	No se ha contemplado la posibilidad de ocurrencia de fuga o de suicidio.		
Rehabilitación	Falta de valoración del paciente por parte de nutrición.	No valoración del paciente por parte de nutrición.	9	Múltiples actividades del personal de nutrición	8	720
Urgencias	Alta prematura	Reingreso por la misma causa antes de las 72 horas.	7	Falta de evidencia de la valoración en el egreso del paciente, donde se especifique que signos de alarma puede volver a presentar el paciente según su patología	6	420
	Salida de pacientes sin autorización de admisiones	Insatisfacción del paciente	6	El paciente no cumple las recomendaciones administrativas brindadas por parte	8	480

PROCESO	MODO DE FALLA O RIESGO	EFEECTO	SEV	CAUSA	OCC	NPR
				de enfermería para su egreso.		
Hospitalización	No identificación del paciente por su nombre completo.	Administración de medicamentos a paciente incorrecto.	10	Incumplimiento de protocolos de identificación del paciente en la habitación.	8	800
	Administración incorrecta de medicamentos	Reacción adversa	7	No adherencia o desconocimiento de protocolos establecidos en la institución sobre administración de medicamentos.	7	490

Fuente: Autoras

- Para visualizar de forma gráfica los riesgos priorizados de la tabla 16, se representan en la matriz de criticidad (*Figura 7*) ubicando los riesgos en las diferentes zonas según su criterio de priorización, mediante el índice de severidad representado por el eje “X” y el índice de ocurrencia en el eje “Y”.

Figura 7. Matriz de Criticidad Riesgos Priorizados FCV-ICF



Fuente: Autoras

- Con la matriz de criticidad (*Figura 7*) se evidencia que la FCV-ICF se encuentra en zona de riesgo muy bajo, debido a que del total de los riesgos identificados el 57,5% se ubica en la zona mencionada, esto se debe a que la institución cuenta con mecanismos de control que se han desarrollado a través de la identificación de oportunidades, sin embargo no está exenta de la presencia de riesgos críticos, ya que el 4,99% de los riesgos se ubicaron a la zonas de riesgo muy alto, alto y moderado.
- La presencia de los riesgos priorizados se debe principalmente a que algunos riesgos identificados no cuentan con controles para reducirlos, existen controles que no son efectivos para mitigar los riesgos o los colaboradores no los cumplen. Para reducir el nivel de criticidad de los riesgos priorizados se plantearon planes de acción (*Anexo 7*) como: estandarización de actividades,

actualización de protocolos y acciones para fortalecer la comunicación interna, encaminadas a mejorar la prestación del servicio.

6. CONCLUSIONES

- Mediante el análisis de contexto estratégico de la FCV-ICF, se evidenció el interés de la institución por la mejora continua a través de la implementación de sistemas integrados de gestión con direccionamiento hacia a la acreditación según nuevos estándares establecidos por entes nacionales e internacionales.
- Aunque la FCV-ICF no tenía mapas de riesgos, la institución no ha sido indiferente a la identificación y control de riesgos, mediante estrategias como el programa de seguridad del paciente, indicadores de gestión y comités donde se evalúan riesgos presentados.
- La elaboración de los mapas de riesgos a través de la metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), permitió identificar un total de 280 riesgos en los doce (12) procesos involucrados en el proyecto, cada uno con sus respectivos efectos sobre el paciente y/o la institución, las causas generadoras y los controles existentes para mitigarlos.
- Con la aplicación de la metodología Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) se logró valorar de forma cualitativa los riesgos identificados con los índices de severidad, ocurrencia y detección, del producto de los tres (3) índices se obtuvo el número de prioridad de riesgo (NPR) que determinó el nivel de criticidad del riesgo.
- De los 280 riesgos identificados, el 57,5% se ubicó en la zona de riesgo muy bajo, 37,5% en bajo, 2,85% moderado, 1,43% alto y el 0,71% muy alto, lo que evidenció que la institución se encuentra en la zona de riesgo muy bajo debido

a que cuenta con mecanismos de control desarrollados a través de la identificación de oportunidades.

- La elaboración de los planes de acción se enfocó en el análisis de los riesgos priorizados, es decir, los riesgos que se encontraron en los criterios muy alto, alto y moderado correspondiente al 4,99%, para reducir su nivel de criticidad.
- Con el seguimiento a los planes de acción se evidenció que los líderes de los procesos, cumplieron o presentaron avances de las acciones propuestas según el cronograma establecido.
- A través de la socialización de la documentación se dio a conocer a los colaboradores de la FCV-ICF la información relacionada al sistema de administración de riesgos contenida en el procedimiento, instructivo y registro, el código asignado en la página de calidad para su respectiva búsqueda en caso de revisión, actualización y/o elaboración de nuevos mapas de riesgos.
- Con la implementación del Sistema de Administración de Riesgos se logró formalizar controles que la institución tenía para mitigar riesgos asociados a la prestación del servicio, identificados a través del reporte de incidentes y eventos adversos.

7. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar con la metodología AMFE desarrollada mediante lluvia de ideas con los líderes de cada proceso, debido a que se lograron identificar riesgos que no se habían contemplado porque nunca se han presentado en la institución.
- Se recomienda divulgar e implementar la metodología AMFE para los procesos de mejoramiento, de apoyo administrativo y misional que no se incluyeron en el proyecto.
- Se hace necesario incluir el tema de administración de riesgos en las auditorías internas programadas para verificar que se estén llevando a cabo los planes de acción propuestos de los riesgos identificados y a la vez evaluar el grado de cumplimiento de los estándares internacionales centrados en el paciente como lo dicta la JCI y estándares nacionales como el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.
- Se recomienda solicitar una auditoría externa para evaluar la implementación del sistema de administración de riesgos con el objetivo de identificar debilidades y afianzar las fortalezas de la institución.
- Se recomienda a la institución continuar con el seguimiento de los planes de acción propuestos para los riesgos priorizados, con el objetivo de evaluar la efectividad de los controles implementados para reducir su nivel de criticidad a la vez revisar los riesgos que se encontraron en los criterios bajo y muy bajo para evitar que se conviertan en riesgos críticos.

- Aunque se realizaron socializaciones de administración de riesgos es necesario que los líderes del proceso efectúen de forma periódica charlas de sensibilización con respecto al tema de administración de riesgos y de esta forma involucrar a los colaboradores del respectivo servicio para que sean ellos quienes identifiquen los riesgos y las causas que los originan.
- El líder del proceso debe ser el responsable de actualizar el mapa de riesgos de su respectivo proceso cuando sea necesario y no dejar esta actividad a la Oficina de Calidad del ICF debido a que su función es brindar asesoría.
- Involucrar la parte médica de forma participativa en la administración de riesgos, debido a que consideran este tema como requisito para cumplir con estándares para acreditación y no como una herramienta para contribuir con la prevención de riesgos y mejoramiento continuo de la institución.

BIBLIOGRAFÍA

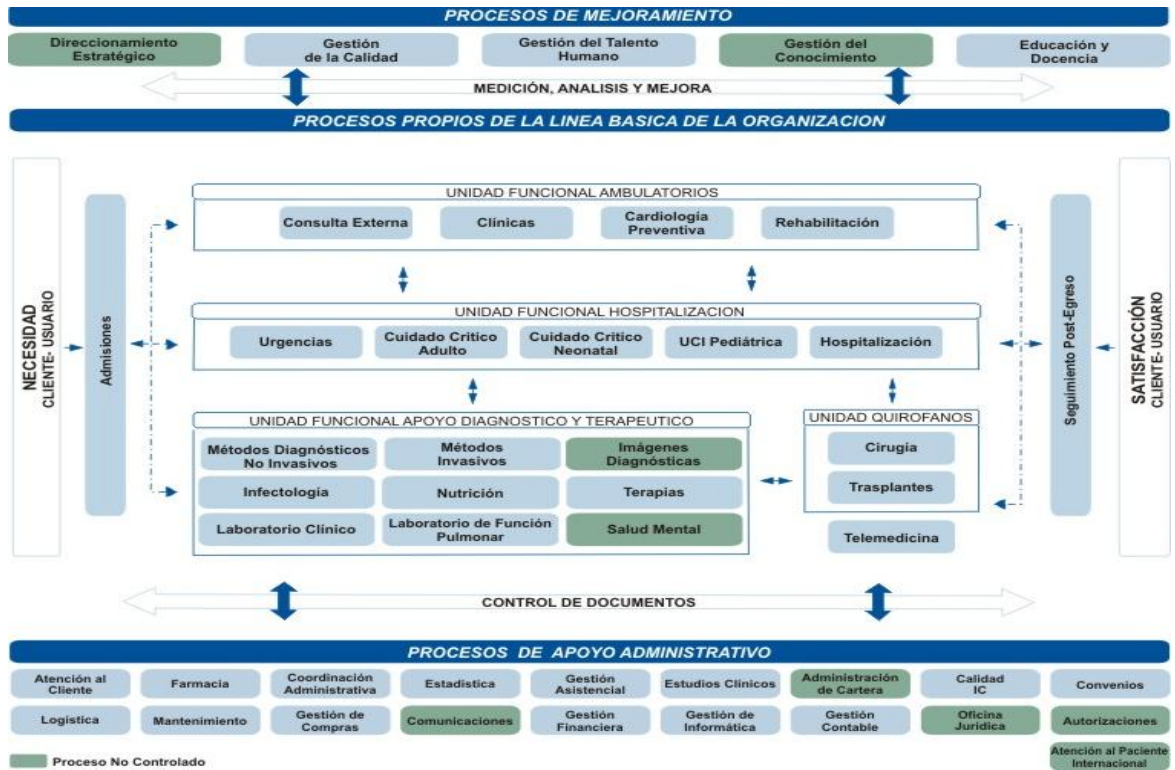
- Departamento administrativo de la función pública. Guía de administración del riesgo. [Online]. Cuarta edición. [Bogotá] Noviembre de 2009. [Citado el 22 abril de 2013]. Disponible en <http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=558>
- Departamento administrativo de la función pública. Guía de administración del riesgo. [Online]. Tercera edición. [Bogotá] Abril de 2006. [Citado el 22 abril de 2013]. Disponible en <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:CTNNGe1wp9YJ:media.utp.edu.co/meci/archivos/documentos-de-consulta/guiadeadmriesgo-meci125.pdf+ejemplo+de+politica+de+gestion+de+riesgos&hl=es&gl=co&pid=bl&srcid=ADGEESjfM_FA2T4RHNSaqW0sB_hV5fR_S4Ob7L1CUnSAJYolyAD9V6QMxUm_nT-HDKff_SAKkPXd0Pj0PiqCELXRKvTu_6ZI50D0mXlaLGRnbj43-0c-zapTnCA-CXDY8Nq1UAVTQQOx&sig=AHIEtbT1VKpqZgcu-ievSI7JK3d3A5o76A>
- Instituto del Corazón Floridablanca. Fundación Cardiovascular de Colombia. [Online]. [Citado el 15 de Marzo de 2013]. Disponible en internet: <http://www.fcv.org/site/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=178&Itemid=418&lang=es>.p, 1
- Jorge Luis Olarte Borda. Metodología para la Identificación, análisis, evaluación y establecimiento de medidas de control para la administración integral de los riesgos en empresas del sector azucarero. [Online]. [Bogotá]. 2009. [Citado el 22 abril de 2013]. Disponible en <<http://bdigital.uao.edu.co/bitstream/10614/346/3/TID00295.pdf>>

- La gestión de riesgos en Salud en Colombia. [Online]. [Citado el 25 de Abril de 2013]. Disponible en internet: <<http://www.bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>>.p, 42
- Librería Hor Dago. Análisis Modal de Fallos y Efectos. [online]. [Citado el 22 de Abril de 2013]. Disponible en internet: <<http://blog.pucp.edu.pe/media/avatar/665.pdf>>.p, 4
- Ministerio de Protección Social. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Versión 003. Bogotá, Colombia: Octubre 2011. p.59.ISBN:978-9588717-33-3
- Ministerio de Protección Social. Resolución Número 1740 de 2008[online]. [Colombia].20 de Mayo del 2008 [Citado el 15 de Abril de 2013]. Disponible en internet:
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=ry0WL46f88k=&tabid=65&language=es-CO>
- Resumen Norma Técnica Colombiana NTC 5254[online].Primera Actualización. [Colombia]. 2006-09-12.Colombia [Citado el 9 de Abril de 2013]. Disponible en internet:
<<http://www.corponor.gov.co/NORMATIVIDAD/NORMA%20TECNICA/Norma%20T%E9cnica%20NTC%205254.pdf>>
- Tesis Doctoral. Análisis modal de fallos y efectos en el proceso de preinscripción, validación y dispensación de Medicamentos. [online]. [Madrid].2012 [Citado el 15 de Abril de 2013]. Disponible en internet: <<http://eprints.ucm.es/18151/1/T34263.pdf>>.p, 37

ANEXOS

(Ver CD Adjunto)

Anexo A. MAPA DE PROCESOS DEL INSTITUTO DEL CORAZÓN DE FLORIDABLANCA



Anexo B. PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN LA FCV

Anexo C. INSTRUCTIVO: IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y VALORACION DE LOS RIESGOS EN LA FCV

Anexo D. REGISTRO: MATRIZ ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE)

ANEXO E. SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

ANEXO F. REGISTRO DE ASISTENCIA DE LA SOCIALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN