

**EFICACIA DE LOS CONTROLES EMPLEADOS POR EL PROGRAMA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE CON RESPECTO A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS
EN LA CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE**

JESSICA MARIA NAZARIT CHARRUPI

INGRID XIMENA SANDOVAL

FREDDY SANMIGUEL CHAVARRIAGA

KRYSTIE VIVIANNE MARTINEZ MORA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACION ADMINISTRACION EN SALUD

CALI

2019

**EFICACIA DE LOS CONTROLES EMPLEADOS POR EL PROGRAMA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE CON RESPECTO A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS
EN LA CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE**

JESSICA MARIA NAZARIT CHARRUPI

INGRID XIMENA SANDOVAL

FREDDY SANMIGUEL CHAVARRIAGA

KRYSTIE VIVIANNE MARTINEZ MORA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ADMINISTRACIÓN
EN SALUD**

PROFESOR

RICHARD NELSON ROMÁN MARIN

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACION ADMINISTRACION EN SALUD

CALI

2019

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN	4
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo general.	5
2.2. Objetivos Específicos	5
3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	6
4. PREGUNTA PROBLEMA	7
5. ANTECEDENTES	8
6. DISEÑO METODOLÓGICO	9
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	10
8. ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS	11
9. RESULTADOS	19
10. CONCLUSIONES	21
11. RECOMENDACIONES	23
12. ANEXOS	25
13. BIBLIOGRAFÍA	31

1. JUSTIFICACIÓN

La gestión de riesgo y diseño de controles surge como una necesidad debido a los diferentes cambios organizacionales a nivel tecnológico, social y político entre otros que influyen en el campo laboral.

También el seguimiento de entidades gubernamentales las cuales se encuentran en constante vigilancia hacia las diferentes instituciones con el fin de verificar el cumplimiento de procesos y los lineamientos siendo los anteriores eficaces para garantizar una mejor atención o prestación de servicios.

El presente trabajo busca saber cuál es la efectividad de los controles establecidos frente a los riesgos identificados por el departamento administrativo de la Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe, también verificar la existencia de un modelo operacional, procesos, políticas de administración y lineamientos de institucionales.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general.

Evaluar la efectividad de los mecanismos de control establecidos por la Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe frente a los riesgos que se presentan en sus procesos de atención.

2.2. Objetivos Específicos

- Conocer los riesgos identificados en la institución.
- Conocer los mecanismos de control estipulados por la institución.
- Verificar el cumplimiento de los procesos planteados para la gestión del riesgo.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad los servicios de salud tienen un camino recorrido frente a procesos de calidad que buscan garantizar una atención integral a los usuarios y a su vez ser rentable como empresa. Tratar con vidas humanas es un asunto al cual se le debe poner mucha atención porque se constituye en un derecho fundamental establecido en la constitución de nuestro país, por eso es importante conocer los modelos de atención y las estructuras administrativas de nuestra institución con el ánimo de identificar acciones que permitan el mejoramiento continuo.

Por lo anterior las entidades gubernamentales están constantemente verificando el cumplimiento de normas básicas y lineamientos para que la atención de la población sea la mejor, lo que obliga a las instituciones de salud a trabajar continuamente en la identificación de riesgos que puedan alterar el proceso de atención y crear mecanismos de control para evitar la materialización de los mismos.

El ejercicio de la atención en salud se constituye en sí mismo como una sucesión de riesgos, y los profesionales de la salud como colaboradores de una institución no siempre son responsables de toda situación adversa que pueda presentarse; Los aspectos éticos y legales de la atención en salud asociado a riesgo no se limitan solamente a los errores que pueda cometer el profesional, sino que compromete al entorno institucional en el cual se desempeña. Pero es importante reconocer que en muchas instituciones el control de los riesgos es deficiente, o bien hay muchos aspectos por mejorar en esta materia. Por lo tanto, es de vital importancia que las instituciones fortalezcan los planes de control en cada una de sus áreas para identificar a tiempo los riesgos. Es común encontrar falta de adherencia del personal a procesos institucionales tales como: higiene de manos, cultura del reporte de seguridad, registros clínicos y en general todas las barreras para la prevención de eventos adversos, también existen otros aspectos que alteren los procesos de

atención en salud como la rotación constante del personal o la falta de estrategias para motivar al equipo de trabajo que garantice un buen ambiente laboral alcanzando una atención integral.

4. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la efectividad de los controles frente a los riesgos establecidos por el departamento administrativo de la Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe?

5. ANTECEDENTES.

Para el desarrollo de las instituciones de salud, una herramienta fundamental es el sistema de control interno, cuyos componentes y procesos se presentan, haciendo énfasis en su necesidad, utilidad y viabilidad. (Beltrán, 1994)

La gestión del riesgo en salud constituye una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos, que permite contrarrestar el elevado riesgo y la incertidumbre de las actividades propias de este sector con el fin de generar valor, mejorar el desempeño y garantizar la supervivencia de la empresa en tiempos adversos, minimizando las pérdidas y maximizando las ganancias. En Colombia, el concepto de gestión del riesgo en salud comienza a tenerse en cuenta mucho después de haberse desarrollado y aplicado en los sectores financiero, bancario y asegurador. El sector salud tiene similitudes con el sector financiero, lo cual hace posible aplicar los principios y las técnicas que se han desarrollado para este último. Es por esto, que las empresas buscan conocer el nivel de riesgo en el que están incurriendo en las diferentes áreas, tanto operativas como estratégicas de la Organización. Es así como la normatividad nacional e internacional desde principios de los años noventa, ha definido la importancia de implementar este tipo de herramientas de control que permiten un mejor entendimiento de los procesos, anticiparse a los diferentes tipos de riesgo y facilitar la toma de decisiones gerenciales. (Melissa Fernanda Lugo, Jácome Doris Vergara Gómez, 2018)

6. DISEÑO METODOLÓGICO

Nuestro estudio presenta un enfoque Cuantitativo de tipo Descriptivo, ya que pretende cuantificar el impacto de los controles implementados sobre riesgos identificados en la institución y describir el proceso para hacer un análisis objetivo de los resultados.

La población que en nuestro estudio se va a intervenir son los procesos del sistema de gestión integral de calidad, propiamente la política de seguridad del paciente, sobre la cual se pretende conocer su despliegue en los diferentes servicios asistenciales, su desarrollo para el cumplimiento de metas planteadas, el control de los riesgos identificados a través de los indicadores estipulados por el Hospital y la integración de los procesos con el área de gestión documental.

Teniendo en cuenta que el área de calidad de la Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe está conformada por los programas de COVE, humanización, gestión documental y seguridad del paciente, siendo estos dos últimos sobre los cuales aplicaremos nuestro estudio determinamos los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: Sistema de gestión integral de Calidad de la Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe (COVE, seguridad del paciente, humanización, gestión documental).
- Criterios de exclusión: COVE, Humanización.

Recolección de la información: La recolección de la información se hará a través de la fuente primaria, entendida como los líderes de cada proceso a intervenir, aplicando lista de chequeo y entrevistas.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																		
OBJETIVOS	MES – SEMANA	MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO	
	ACTIVIDAD																1	
Conocer los riesgos identificados en la institución.	Diseñar formato de entrevista para líderes de proceso.																	
	Visita a la Clínica para entrevista con líderes de proceso.																	
Conocer los mecanismos de control estipulados por la institución.																		
Verificar el cumplimiento de los procesos planteados para la gestión del riesgo.	Diseñar lista de chequeo para medir el cumplimiento de los procesos.																	
	Aplicar lista de chequeo a los procesos auditados.																	
	Consolidar los datos y analizar los resultados.																	
	Presentación de informe final.																	

8. ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

Análisis instrumento N° 1: Lista de chequeo para evaluar riesgos en la Clínica

Nueva Rafael Uribe Uribe.

Variables: Identificación y clasificación.

El objetivo de este instrumento es conocer los riesgos identificados en la institución.

La institución tiene identificados en un 100% los riesgos establecidos según los lineamientos estipulados por el ministerio de salud en Colombia (riesgo de caídas, riesgo de IAAS, riesgo de lesiones asociadas a la dependencia, riesgo de eventos relacionados a la administración de medicamentos, reingresos por misma causa en menos de 72 horas para el servicio de urgencias o menos de 15 días para el servicio de hospitalización, riesgo de flebitis), cada riesgo con su respectivo indicador de cumplimiento.

Como observación en esta variable de identificación se encuentra que el indicador de reingresos por misma causa en menos de 72 horas para el servicio de urgencias se encuentra disparado de acuerdo a la meta establecida por la institución. (La meta está establecida en 1% y el indicador se encuentra en 2%).

La institución de acuerdo a los riesgos identificados adopta un modelo de clasificación según la severidad de los mismos en alto, medio y bajo según corresponda.

Como observación en la institución se identifican los riesgos a través de una matriz en la cual se priorizan de acuerdo a las necesidades y riesgos detectados, el servicio escogido

para aplicar esta herramienta en la institución fue urgencias, debido que, es él que tiene más oportunidades de mejora, actualmente la matriz no cuenta con una clasificación alto, medio o bajo, pero si se están ejecutando las acciones correctivas de manera anual.

Seguridad del paciente hace control de acuerdo a los reportes frente a los riesgos, incidentes y eventos adversos que se generan en la clínica y estos son clasificados de acuerdo a su severidad (alto, medio o bajo) y son priorizados mediante el cronograma de capacitación que se ejecuta de manera mensual en todo el año, además de planes individuales de acuerdo a los resultados de los indicadores de vigilancia para el programa de manera mensual.

El porcentaje de cumplimiento de este instrumento fue del 100%.

Análisis instrumento N° 2: Lista de chequeo variable estrategia

Variable: Estrategia

Los objetivos de este instrumento son conocer los riesgos identificados en la institución y conocer los mecanismos de control estipulados por la institución.

A través de esta variable verificamos las estrategias que contribuyen al control de los riesgos identificados en la institución.

El programa de seguridad del paciente tiene establecidas 8 estrategias para la prevención de eventos adversos, ellas manejan unas listas de verificación a la adherencia y cumplimiento de cada una de ellas.

Los sistemas de búsqueda para los eventos adversos del programa de seguridad del paciente, están estandarizados a través del formato de reporte de eventos adversos, los cuales están impresos y ubicados en los buzones de cada servicio. Adicionalmente existe la opción de realizar el reporte vía electrónica por medio del correo institucional.

Existe un proceso realizado en conjunto por la líder del proceso de seguridad del paciente y los coordinadores de los servicios asistenciales como responsables para realizar la captación, el análisis y la gestión de eventos adversos prevenibles para finalmente tomar decisiones que mitiguen las consecuencias, definiendo planes de mejora transversales e individuales según el tipo de evento y su severidad.

La institución cuenta con estrategias específicas para cada riesgo encontrado, sobre los cuales se generan planes transversales para los eventos más frecuentes en la institución, los cuales se ejecutan mes a mes durante todo el año.

La institución evalúa de manera periódica las estrategias utilizadas para mitigar los riesgos en el área de seguridad del paciente, el departamento de humanización y la gestión documental. Como observación se resalta que el departamento de humanización se encuentra en construcción y han existido diversas estrategias para aplicar el proceso que han generado un impacto positivo.

La institución no cumple totalmente con respecto a la evaluación periódica de estrategias utilizadas para saber si estas están siendo efectivas, debido a que la estrategia de humanización no cuenta con ningún indicador.

La institución cuenta con indicadores definidos para seguridad del paciente.

El porcentaje de cumplimiento de este instrumento fue del 85.7%.

Análisis instrumento N° 3: Lista de chequeo de proceso

Variable: proceso

El objetivo de este instrumento es verificar el cumplimiento de los procesos planteados para la gestión del riesgo.

La institución cuenta con un departamento administrativo (Departamento de calidad, comités institucionales) encargado de velar por la efectividad de los mecanismos de control con respecto a los riesgos que se presentan en el proceso de atención, en donde se hace revisión del proceso de acuerdo a los indicadores, la adherencia a los procesos para generar planes de mejora, esto se realiza de manera mensual.

La institución dispone de una política de gestión del riesgo (matriz de priorización) con la cual se identifican los riesgos para así evaluar la efectividad de los controles. De acuerdo a la matriz de priorización el servicio sobre el cual se hallaron mayores riesgos a trabajar es el de urgencias.

La estructura responsable de la ejecución del control es el equipo de calidad, el cual cuenta con la autoridad para delegar funciones hacia la mejora del proceso y el diseño de nuevos controles.

La institución realiza planes de acción cuantas veces sea necesario para alcanzar los resultados esperados hacia el mejoramiento continuo de los procesos y comprueba la efectividad de los mismos. Como observación se realizan planes transversales por estrategia priorizadas por el programa de seguridad del paciente.

La periodicidad en que se ejecuta el control no ayuda a prevenir la mitigación de los riesgos debido a que el indicador de reingresos no alcanza la meta establecida por la institución y los líderes del proceso consideran que es un tema al que se le debería dedicar mayor tiempo con más frecuencia.

Las fuentes de información que se utilizan en la institución para el control de los riesgos se consideran confiable debido a que se hace una revisión diaria por parte de auditores del departamento de calidad, de la Eps prestadora (Nueva Eps) y la coordinación del servicio asistencial.

Dentro del proceso existen varias herramientas que permiten comprobar la ejecución del control en cada evento realizado (listas de transferencias del cuidado, listas de asistencia al proceso de verificación de hallazgos y evidencia fotográfica).

El porcentaje de cumplimiento de este instrumento fue del 85.7%.

Análisis instrumento N° 4: Instrumento de evaluación para el cumplimiento y gestión del riesgo.

Variables: cumplimiento y control.

Los objetivos de este instrumento es conocer los mecanismos de control estipulados por la institución y verificar el cumplimiento de los procesos planteados para la gestión del riesgo.

La institución realiza a través de una herramienta (Plan de mejoramiento continuo PAMEC) la identificación de los riesgos establecidos según la norma y así poder efectuar acciones de mejora que le permitan lograr el cumplimiento de sus objetivos.

La institución conoce e identifica el cumplimiento de procesos y lineamientos frente a los riesgos en los siguientes aspectos: Proceso de control interno, sistema de gestión integral de la calidad, control sanitario y condiciones ambientales. Pero con respecto al recurso humano o gerencial se presentan fallas en el proceso de inducción al personal estudiantil según convenio institucional debido a que los estudiantes no asistieron en un 100% a las capacitaciones de los procesos de calidad antes de iniciar su práctica asistencial, lo que constituye un riesgo que puede generar incidentes o eventos adversos por desconocimiento.

El porcentaje de cumplimiento de este instrumento fue del 80%.

Análisis instrumento N° 5: lista de chequeo variable efectividad

Variable: efectividad

El objetivo de este instrumento es verificar el cumplimiento de los procesos planteados para la gestión del riesgo.

La institución de salud cuenta con la matriz de priorización para identificar los riesgos que se presentan. Teniendo como observación principal que se encuentra establecida en el servicio de urgencias.

La institución tiene establecida la periodicidad con la que hace la revisión de los procesos de gestión del riesgo, la cual se realiza anualmente.

Los controles que la institución realiza mitigan de manera adecuada los riesgos existentes debido a que en los indicadores y la medición de adherencia se ven reflejados el cumplimiento de la meta para los diferentes procesos. Como observación se aclara que en el caso del servicio de urgencias no hay un cumplimiento total de la meta, por lo cual es donde se concentran los mayores esfuerzos en materia de acciones de mejora.

El comité de seguridad del paciente cuenta con herramientas establecidas para verificar los eventos y su posterior mitigación a través del documento de políticas de seguridad del paciente donde especifica el análisis, gestión, estrategias y planes.

El proceso de seguridad del paciente cuenta con indicadores definidos. Es la líder del proceso la que se encarga de alimentar los indicadores a través de las diferentes estrategias para dar cumplimiento a lo establecido por la norma.

El proceso de seguridad del paciente cuenta con diferentes herramientas para identificar la adherencia del personal asistencial a sus políticas, ejecutadas por colaboradores que cumplen funciones de auditoria sobre los diferentes criterios asistenciales estipulados en la política del programa.

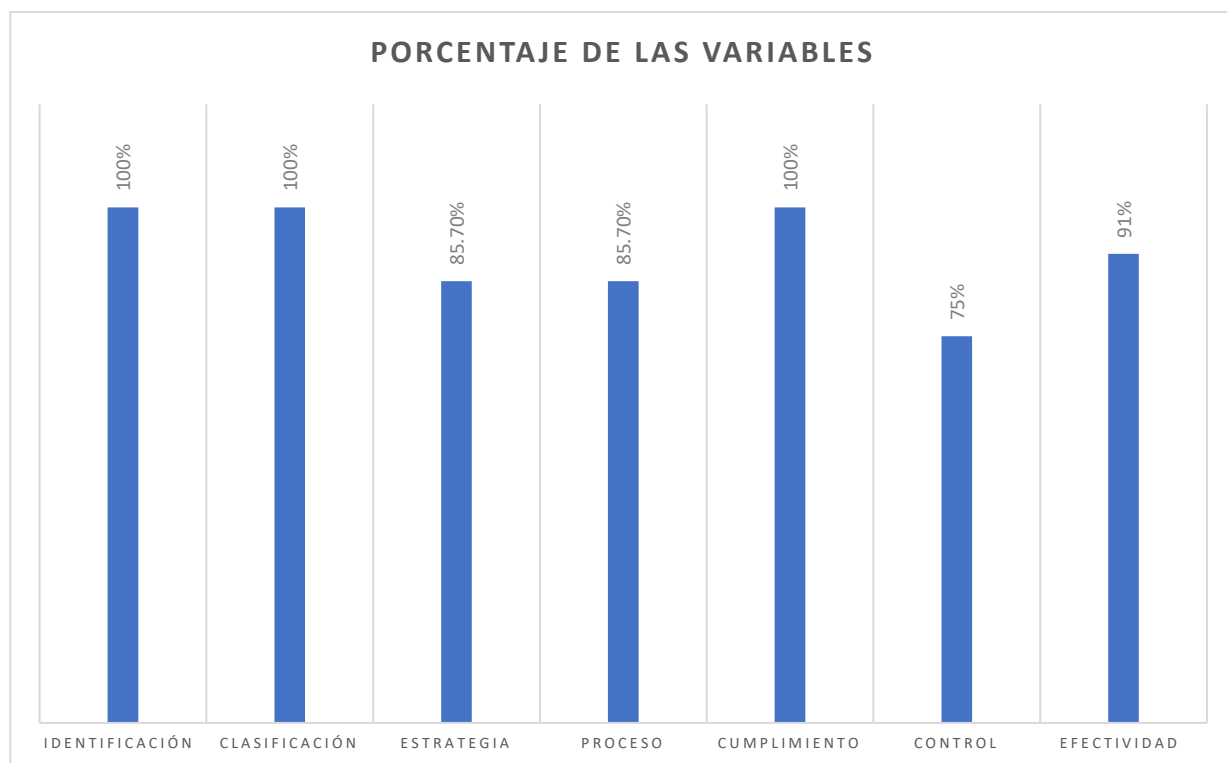
La institución cuenta con la herramienta óptima para el reporte de incidentes o eventos adversos la cual esta estandarizada y aprobada por el departamento de calidad.

El departamento de calidad verifica el cumplimiento de las acciones destinadas a la mitigación de los riesgos a través del seguimiento y análisis de los diferentes planes individuales y transversales.

La institución realiza la evaluación y seguimiento a los controles establecidos con el fin de mitigar los riesgos a través de reuniones primarias de las coordinaciones asistenciales con el departamento de calidad.

La institución no realiza la socialización de los controles preventivos a nivel institucional. Como observación se resalta que se manejan los procesos de manera individualizada con las diferentes áreas asistenciales lo que no permite optimizar los recursos del proceso para usarse de manera general en las diferentes áreas y lograr una cobertura integral.

El porcentaje de cumplimiento de este instrumento fue del 91%.



9. RESULTADOS

Después de consolidar los datos y analizar los resultados se encuentra que la institución presenta dificultades con respecto al indicador de reingresos por misma causa en menos de 72 horas para el servicio de urgencias pues se encuentra por encima de la meta establecida por la institución. (La meta está establecida en 1% y el indicador se encuentra en 2%).

En la institución se identifican los riesgos a través de una matriz en la cual se priorizan de acuerdo a las necesidades y riesgos detectados, el servicio escogido para aplicar esta herramienta en la institución fue urgencias, debido que, es él que tiene más oportunidades de mejora, pero actualmente la matriz no cuenta con una clasificación alto, medio o bajo, pero si se están ejecutado las acciones correctivas de manera anual.

La institución no cuenta con un departamento de humanización pues este se encuentra en construcción, pero han realizado diversas estrategias para el fortalecimiento de este proceso en los colaboradores

La institución no cumple totalmente con respecto a la evaluación periódica de estrategias utilizadas para saber si estas están siendo efectivas, debido a que la estrategia de humanización no cuenta con ningún indicador.

Entre los planes evidenciados en el programa de seguridad del paciente, se encuentra la implementación de estrategias definidas de acuerdo a los eventos más frecuentes en la institución, pero no se está priorizando en los riesgos más potenciales en el paciente.

La institución no realiza la socialización de los controles preventivos a nivel institucional, ejecutan los procesos de manera individualizada con las diferentes áreas asistenciales lo que no permite optimizar los recursos del proceso para usarse de manera general en las diferentes áreas y lograr una cobertura integral.

10. CONCLUSIONES.

- El indicador de reingresos por misma causa en menos de 72 horas para el servicio de urgencias se encuentra por encima de la meta establecida por la institución (La meta está establecida en 1% y el indicador se encuentra en 2%), su causa principal es que no se realizan procesos de egreso seguro y seguimiento al paciente una vez egresa de la institución.

Por otra parte el manejo medico en el servicio de urgencias es limitado en el tiempo de consulta y muchas veces no se utilizan los recursos adecuados (imágenes diagnósticas, exámenes de laboratorio clínico, etc.) para definir la conducta clínica oportuna y se da egreso el paciente generando una predisposición a la reconsulta.

- Con respecto a la matriz de priorización se concluye que a pesar de que cuentan con el instrumento, no se le ha dado la importancia en su priorización, implementación, seguimiento y evaluación para el cumplimiento de los riesgos identificados de acuerdo a su severidad.

- La clínica nueva Rafael Uribe Uribe es una empresa que se apertura hace tres años, que se considera joven en la implementación de algunos procesos, como es el caso del departamento de humanización, a pesar de que no se ha conformado en su totalidad la empresa está trabajando a través de actividades y campañas para generar la sensibilización en los trabajadores.

- La institución no trabaja en su totalidad para la prevención de los eventos; es decir sobre los riesgos identificados, por el contrario en el mayor número de casos, enfoca sus esfuerzos en solucionar las problemáticas que se presentan durante el proceso de atención.
- De acuerdo a lo encontrado en la aplicación de los instrumentos se concluye que no existe unificación entre las diferentes áreas que conforman la institución y sus líderes para fortalecer el trabajo en equipo y ejecución de los procesos de manera estandarizada.
- Por último el equipo de investigación considera que la efectividad de los controles frente a los riesgos establecidos por el departamento administrativo de la Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe, es aceptable con respecto a los resultados obtenidos en la medición de las variables, evidenciando que se debe realizar un trabajo fuerte enfocado a la prevención más que a la corrección de los eventos ya identificados en la institución.

11. RECOMENDACIONES

El equipo de investigación considera que es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones, siempre basados en el respeto a los lineamientos establecidos por la institución:

- Con respecto al indicador de reingresos por misma causa en menos de 72 horas para el servicio de urgencias, se debe fortalecer el proceso de egreso seguro desde las diferentes áreas asistenciales de la institución, implementado un programa integral donde se realice seguimiento a los pacientes posterior a su egreso y garantizar el acompañamiento que reduzca las posibilidades de reingresar a la institución
- Fortalecer el abordaje medico desde la consulta de urgencias con la optimización de la evaluación física y la utilización de las diferentes herramientas diagnosticas para hacer más precisos con el diagnóstico final del paciente, a través de capacitaciones continuas enfocadas hacia las patologías más frecuentes que se presentan en la institución para el servicio de urgencias.
- Es importante que desde la alta gerencia se imparta directrices con respecto a la priorización, implementación, seguimiento y evaluación de los riesgos identificadas en la matriz de priorización, transformándolo en una herramienta estandarizada para todos los servicios asistenciales de la institución.

- La gerencia de la institución debe hacer un seguimiento estricto a la construcción del departamento de humanización de la empresa, controlando el cumplimiento a los avances estipulados en el proceso.
- Es importante que se haga un trabajo en equipo de todas dependencias que coordinen los procesos asistenciales, para priorizar los controles en la matriz de riesgo establecida de acuerdo a la severidad de los casos identificados.
- Establecer lineamientos que estandaricen los procesos ejecutados por los diferentes líderes operativos, bajo el direccionamiento de la coordinación médica, con el fin de optimizar las estrategias adoptadas en los servicios asistenciales de modo que estas puedan ser transversales para toda la institución

12. ANEXOS

DOCUMENTACION DE LA CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE

- Matriz de riesgo del servicio urgencias.

PROCESO DE ATENCION DE URGENCIAS CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE


PROCESO	PROCEDIMIENTO	ACTIVIDAD	INSTRUCCION	RESPONSABLE	FALLA	EFFECTO	CAUSA	CONTROL
URGECION	ATENCIÓN EN TRIAGE	Ingreso a la atención en urgencias (punta ingreso)	Se debe registrar en sistema, en nombre completo y el número de documento de identificación	Guarda de Seguridad	Fuga	Seguista en Paciente	Evento lateral	Revisión diaria de registro
		Manejo de información y orientación	En el momento en que el paciente ingresa, la medicadora de urgencias Tamara Espino Velasco, dará un saludo al paciente de acuerdo a la condición Clínica. (Gestor Priora en Riesgo de vida) por medio de la herramienta digital. Entrega folio diagnóstico	Gestor de Urgencias (NORMANIZACIÓN)	Mal manejo de la información	1. Importancia en la atención 2. Faltencia	1. Congestión en triage	1. Indicador cualificado del gestor identificación de los hechos de mayor congestión en el servicio 2. Activar plan de contingencia para esos hechos
		Clasificación (por admisión)	Asignar la urgencia de la atención según clasificación (traje 1, 2, 3, 4, 5)	Enfermera (a)	1. Clasificación inadecuada 2. Demora en la atención	1. Riesgo de Evento Adverso 2. Insatisfacción en la atención	1. Congestión en el servicio 2. Falta de competencias 3. Evento adverso	4. Revisión la clasificación de triage de acuerdo a epidemiología de triage y la posición asignada

	ADMISSIONES (Protocolo de procedimientos de Admisión)	Validación y actualización de Datos	Se debe registrar en la historia clínica las datos actualizados del paciente que requiere la atención	Asistente de Admisión	Información errada	1. Continúa de paciente 2. Pérdida del contacto con el paciente	Mal registro o incompleto	3. Medicación de los indicadores 4. Sistema de registro de ingresos
ATENCIÓN	1. Evaluación del Paciente (Espino del Servicio) 2. Administración de Medicamentos	Valoración	Atención según pauta	Médico jefe (Enfermería) Aux. Enfermería	1. Proporción de la tarjador y atención 2. Falta de Protocolos conductas 3. Eventos adversos con procedimiento	1. Aplicación de protocolos 2. Demora en contacto 3. Tratamiento inadecuado 4. Insatisfacción de usuario	1. Triage inadecuado 2. Congestión del servicio 3. Complejidad de la atención del paciente 4. Falta de conocimiento	1. Indicador de pacientes atendidos por turno y por médico (productividad) 2. Auditoría médica 3. Número de cumplimiento de ordenes médicas
	Solicitud y Toma de Agujas Diagnósticas (Cuentas de Insumos y Coma)	Existe	Se realiza solicitud en ICCSALLO	Médico	Error en la solicitud	1. No toma de muestra necesaria 2. Toma errada de muestra (momento de tiempo) 3. Servicio con retraso	1. Falta capacitación ICCSALLO 2. Código incorrecto en ICCSALLO 3. Sistema de muestra errados 4. Demora por interrupción	Verificación y Chequeo de Jefe de Servicio

	Salud de Interconsultas y Respuesta	<p>Servicio (SI/NO)</p> <p>Respuesta a Interconsulta</p>	<p>Se realiza solicitud en SOSALUD</p> <p>Se realiza por SOSALUD</p>	<p>Médico General</p> <p>Especialista</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inoportuna a o te solicitan por el especialista 2. No responde 3. No participa 4. Inoportuna a en respuesta mayor a tres 5. No responde 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demora para definir conducta 2. Dificultad con el paciente 3. Regreso en la atención 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconocimiento de la especialidad que se requiere 2. Subirriga personal asignado 3. No permanece en solicitud de interconsulta 4. Tipo de contratación de especialistas para algunas especialidades 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación y chequeo del Jefe de Servicio 2. Seguimiento al médico médico de interconsultas 3. Indicar el número de interconsultas 4. Tiempo de respuesta
	Información en Salud Paciente en Urgencias	<p>Contacto o telefonía</p>		<p>Médico por Enfermería (Paciente asistido)</p>	<p>Mala comunicación</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insatisfacción del usuario 2. Aumento de interconsultas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrega de datos 2. Tiempo desde de atención y condiciones del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación del item comunicación (número de satisfacción) autoriza
EUREPO	Salud o Asignación de Casos	<p>Asignación telefónica de casos</p>	<p>Se realiza vía telefónica entre los jefes o médicos del servicio y mediante el grupo conformado de asignación de casos de la clínica</p>	<p>Jefes de Servicio</p> <p>Médico</p> <p>Diagn. Asignación De Casos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demora en asignación de casos 2. Mala comunicación 3. No disponibilidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insatisfacción del sistema 2. Complicación de los casos 3. Cumplimiento por parte de las actividades de enfermería 4. Demora en derivación 5. Demora en atención 6. Déficit administrativo 7. Desconocimiento o clínico del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subirrigado de usuarios 2. Demora por parte de enfermería 3. Estructura de casos por asignación 4. Demora en derivación 5. Demora en atención 6. Déficit administrativo 7. Desconocimiento o clínico del paciente 	<p>Indicador</p> <p>Oportunidad en la asignación de casos</p>
	Tratado de pacientes	<p>Tratado por paciente</p>	<p>Se realiza desde administrativo (en proceso de estructuración) o directamente de la disponibilidad de la cama, se</p>	<p>Jefe de Servicio, Aux. de enfermería, enfermera</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demora en valoración de servicios 2. Disponibilidad de la cama 3. Disponibilidad del personal 4. Disponibilidad del recurso necesario 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demora en traslado 2. Atención inadecuada 3. Insatisfacción del usuario 4. Aumento de riesgo (accidente laboral) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alta inadecuada de usuarios 2. Insatisfacción de los usuarios para la atención (CCI) 3. Riesgo para el acceso al sistema con seguridad 	<p>Verificación y chequeo de Jefe de Servicio y Aux. de enfermería</p>

		<p>realiza el traslado al servicio</p> <p>Reservado</p>		<p>Jefe de Servicio</p> <p>Medico</p> <p>Funcionarios</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demora en el traslado 2. Demora en la atención 3. Demora en la atención 4. Demora en la atención 5. Demora en la atención 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incremento en el tiempo de respuesta por el personal para el traslado 	<p>Indicador por demora en la entrega de citas</p>	
	Salud Urogine	<p>Orden de citas</p>	<p>Se realiza documentación correspondiente al paciente y/o familia para el egreso.</p>	<p>Médico, Jefe de Servicio, Aux. de Enfermería y Farmacéutico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Egreso apropiado 2. Funcionarios de apoyo 3. Disponibilidad de recursos 4. Demora en la atención 5. Demora en la atención 6. Demora en la atención 7. Demora en la atención 8. Demora en la atención 9. Demora en la atención 10. Demora en la atención 11. Demora en la atención 12. Demora en la atención 13. Demora en la atención 14. Demora en la atención 15. Demora en la atención 16. Demora en la atención 17. Demora en la atención 18. Demora en la atención 19. Demora en la atención 20. Demora en la atención 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insatisfacción de usuarios 2. Insatisfacción de usuarios 3. Insatisfacción de usuarios 4. Insatisfacción de usuarios 5. Insatisfacción de usuarios 6. Insatisfacción de usuarios 7. Insatisfacción de usuarios 8. Insatisfacción de usuarios 9. Insatisfacción de usuarios 10. Insatisfacción de usuarios 11. Insatisfacción de usuarios 12. Insatisfacción de usuarios 13. Insatisfacción de usuarios 14. Insatisfacción de usuarios 15. Insatisfacción de usuarios 16. Insatisfacción de usuarios 17. Insatisfacción de usuarios 18. Insatisfacción de usuarios 19. Insatisfacción de usuarios 20. Insatisfacción de usuarios 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación y chequeo de Jefe de Servicio y Aux. de enfermería 2. Número de egresos 	

- Plan transversal de las estrategias de seguridad del paciente (Caídas)

		PLAN DE ACCION TRANSVERSAL										Volúmenes: 08/04/18 Fecha: 04/04/2018 Versión: 2 Página: 1 de 1					
Fecha de Elaboración: Enero de 2018		Subproceso de calidad			Seguridad del Paciente					Servicios a los que aplica el plan de acción					Hospitalización - Urgencias		
No. (1)	Indicador	Fuente de Medición del Indicador	Objetivo	No. (2)	Acciones a emprender	Cargo responsable de su ejecución	Fecha de ejecución	Acción cerrada (Sí/No)	Comentarios al seguimiento	% de acciones completadas	Impacto del plan/Comentarios hacia la eficacia lograda:	nombre de indicador	Calidad observada	Calidad Esperada			
1	Evento adverso Inodoro: Caídas Resultado de indicador de caídas en el servicio dentro de metas de comparación a nivel departamental, pero fuera de metas Institucionales para la adherencia a la estrategia de prevención de caídas en el servicio de hospitalización y norte que contempla identificación de riesgo en tablero.	Resultado de indicadores de 0255 suceso adverso de caídas en hospitalización	Disminuir el resultado de la TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.	1	Realización al personal asistencial médico y de enfermería sobre el programa de seguridad del paciente, estrategias, planes de acción, sistema de reporte, medidas preventivas, resultado de los indicadores de seguridad del paciente (Incluido tasa de caídas en los servicios de urgencias y hospitalización y porcentaje de adherencia a las estrategias de prevención de caídas en ambos servicios. (Incluido en cronograma anual de capacitaciones y en secciones breves)	Jefe de Seguridad del paciente	febrero	marzo	-1	Se realiza orientación de indicadores al personal de enfermería mediante sesiones breves.	100%	Se obtiene un indicador del 67% de cobertura en esta capacitación sobre los indicadores de seguridad del paciente.	porcentaje de adherencia a prevención de caídas, bien identificación del riesgo en tablero	78%	80%		
				2	Capacitar al personal en las estrategias de prevención de caídas (escalas de valoración del riesgo, medidas generales preventivas, sistema de reporte seguimiento diario, educación al familiar)	Jefe de Seguridad del paciente	junio	julio	0	se cuenta con el tema incluido en cronograma anual de capacitaciones.	20%						
				3	Capacitación de refuerzo en correcto diligenciamiento de la escala de riesgo. (en sesiones breves a las 18:00H)	Jefe de Seguridad del paciente	marzo	marzo	-1		100%						
				4	Seguimiento permanente a la adherencia al protocolo de prevención de caídas. Con lista de chequeo que evalúa la aplicación de la escala de riesgo, la identificación del riesgo con manilla, en tablero y bandas, estado de frenos y banderas y la educación que el personal brinda a cuidadores y pacientes con el fin de involucrar en el autocuidado, la medición se realiza de forma aleatoria en los servicios de urgencias y hospitalización.	Jefe de Seguridad del paciente	enero	diciembre	0	Se cuenta con el indicador de porcentaje de adherencia a estrategia de prevención de caídas mensual	40%						
2	Riesgo de caídas por condiciones inseguras detectadas en los servicios (cama, estado de banderas, frenos, señalizaciones en piso, otras)	Informe de inventario de condiciones seguras para prevención de caídas realizado por el programa de seguridad del paciente	Gestionar y minimizar el riesgo de caídas con factor contributivo de la tarea y tecnología realizando acciones preventivas en los servicios.	1	Definir y desarrollar el cronograma de mantenimiento preventivo por parte de mantenimiento, del estado de las camas médicas, sus banderas y funcionamiento en general.	coordinador de mantenimiento	enero	diciembre	0	Se validaron los mantenimientos preventivos en el área de hospitalización desde el mes de enero, resto de servicios están programados en cronograma anual.	40%	proporción de eventos adversos prevenibles de caídas relacionados con factor contributivo tecnología (estado de cama, señalizaciones, piso, estado de ruedas y otras)	1,54	0%			
				2	Definir y desarrollar el cronograma de mantenimiento preventivo por parte de ingeniería biomédica, del estado de las camas eléctricas, sus banderas y su funcionamiento en general	Ingeniero biomédico	febrero	diciembre	0	Se validaron los mantenimientos preventivos en el área de hospitalización desde el mes de febrero, resto de servicios están programados en cronograma anual.	40%						
				3	Elaborar informe del estado y suficiencia de los elementos para seguridad del paciente y gestionar la solicitud de los mismos (Módulos antiderrames, en baños, sillas de ruedas, cambiadores, bañeros, pasamanos, cortinas en baños, jersurquidaciones...)	Coordinador de servicio asistencial urgencias y hospitalización	junio	diciembre	0	Informe será entregado cada 6 meses.							
3	Riesgo de caída por desconocimiento y no adherencia a medidas preventivas del paciente y su familia	Resultado de análisis de eventos adversos incidentes y medición de adherencia a medidas preventivas para el riesgo de caída	Gestionar y minimizar el riesgo de caída realizando acciones preventivas en los servicios.	1	Educar al usuario y su familia respecto a los riesgos identificados, mediante herramientas educativas (Formato de recomendaciones, sopa de letras, crucifijo, transparencia del cuidado)	coordinadores de servicio urgencias y hospitalización y jefe de seguridad del paciente	enero	diciembre	0	La educación de los usuarios se realiza en los servicios desde el ingreso a través de la entrega del formato de recomendaciones, adicional durante la entrega y recibida tanto en la entrega de la información registrada en el formato de transferencia del cuidado y al egreso del paciente también se suministra información y educación, el plan se ejecuta de forma permanente.	40%	porcentaje d adherencia a la transferencia del cuidado	80%	80%			
Total:																	
Observaciones:																	
Firma Responsable de su ejecución: Mónica Barrios																	
Elaboró: Coordinadora de calidad 01/04/2018					Revisó: Ingeniera de Calidad					Aprobó: Gerente General							

- Instrumento aplicado en la institución

1

Lista de Chequeo para evaluar Riesgos Paralelo
Clinica Nueva Rafael Uribe Uribe.

El objetivo es conocer los riesgos identificados en la institución

Fecha de Auditoría: 30 Julio 2019

Nombre de Auditor: _____

Variable de Identificación	ITEM	Valor
¿Están identificados los siguientes riesgos en la institución para la prevención de eventos adversos? Cada ITEM tiene un valor del 100%	Riesgo de caídas	100%
	Riesgo de IAMI	100%
	Riesgo de eventos adversos a la dispensación	100%
	Riesgo de eventos adversos a la administración de medicamentos	100%
	Riesgo por infra-carga de enfermeras de 12 horas para el servicio de urgencias o menos de 10 días para el servicio de hospitalización	100%
	Riesgo de fallos	100%
	Total	100%

Observaciones: Se identificó el riesgo de caídas en la institución, pero no se tiene un protocolo de prevención de caídas.

Variable de Clasificación	ITEM	Valor
¿Cómo se clasifican los riesgos identificados en la institución según clasificación de severidad? Cada ITEM tiene un valor del 33.3%	Nulo	100%
	Medio	
	Alto	
	Total	100%

Observaciones: En la institución se identificó los riesgos de caídas y de eventos adversos a la dispensación de medicamentos, pero no se tiene un protocolo de prevención de caídas y de eventos adversos a la dispensación de medicamentos.

En la institución se identificó los riesgos de caídas y de eventos adversos a la dispensación de medicamentos, pero no se tiene un protocolo de prevención de caídas y de eventos adversos a la dispensación de medicamentos.

2

Lista de Chequeo variable cualitativa

Objetivos:

- Conocer los riesgos identificados en la institución.
- Conocer los mecanismos de control establecidos por la institución.

Nº	Preguntas	Cuando	No cuando	Observación
1	¿Cuenta la institución con los recursos humanos necesarios para verificar que se está cumpliendo con los estándares establecidos en sus procedimientos?	X		Se cuenta con el personal necesario para verificar que se está cumpliendo con los estándares establecidos en sus procedimientos.
2	¿Cuenta con el proceso de monitoreo, análisis y gestión de eventos adversos prevenibles y la toma de decisiones para evitar sus reocurrencias?	X		Se cuenta con el proceso de monitoreo, análisis y gestión de eventos adversos prevenibles y la toma de decisiones para evitar sus reocurrencias.
3	¿Cuenta con el proceso de monitoreo, análisis y gestión de eventos adversos prevenibles y la toma de decisiones para evitar sus reocurrencias?	X		Se cuenta con el proceso de monitoreo, análisis y gestión de eventos adversos prevenibles y la toma de decisiones para evitar sus reocurrencias.
4	¿Se establecen cuenta con mensajes específicos para cada riesgo prevenible?	X		Se establecen mensajes específicos para cada riesgo prevenible.
5	¿Se establecen procedimientos para los riesgos prevenibles en el área de seguridad del paciente, el departamento de farmacia y el departamento de laboratorio?	X		Se establecen procedimientos para los riesgos prevenibles en el área de seguridad del paciente, el departamento de farmacia y el departamento de laboratorio.
6	¿Se establecen procedimientos para los riesgos prevenibles en el área de seguridad del paciente, el departamento de farmacia y el departamento de laboratorio?	X		Se establecen procedimientos para los riesgos prevenibles en el área de seguridad del paciente, el departamento de farmacia y el departamento de laboratorio.
7	¿Cuenta con indicadores definidos para la seguridad del paciente?	X		Se cuenta con indicadores definidos para la seguridad del paciente.

Observaciones: Se cuenta con los recursos humanos necesarios para verificar que se está cumpliendo con los estándares establecidos en sus procedimientos.

Se cuenta con el proceso de monitoreo, análisis y gestión de eventos adversos prevenibles y la toma de decisiones para evitar sus reocurrencias.

Se establecen mensajes específicos para cada riesgo prevenible.

Se establecen procedimientos para los riesgos prevenibles en el área de seguridad del paciente, el departamento de farmacia y el departamento de laboratorio.

Se establecen procedimientos para los riesgos prevenibles en el área de seguridad del paciente, el departamento de farmacia y el departamento de laboratorio.

Se cuenta con indicadores definidos para la seguridad del paciente.

85.7%

LISTA DE CHEQUEO DE PROCESO				
Objetivo:				
• Verificar el cumplimiento de los procesos planeados para la gestión del riesgo.				
Nº	Preguntas	Cumple	No Cumple	Observaciones
1	¿La entidad de salud cuenta con la conformación de un departamento administrativo encargado de velar por la efectividad de los mecanismos de control frente a los riesgos que se presentan en sus procesos de atención?	✓		del control de riesgos, además de la gestión administrativa y operativa planificada.
2	¿La institución dispone de una política de gestión de riesgo como mapa o matriz para identificar los riesgos y así mejorar los controles?	✓		se maneja la matriz de riesgos.
3	¿Existe una estructura responsable asignada en la ejecución del control el cual cuenta con autoridad para la delegación de funciones hacia la mejora de procesos y diseño de controles?	✓		se maneja el plan de mejora.
4	¿La entidad realiza Planes de acción necesarios para alcanzar resultados planeados y mejora continua de esos procesos y cumple la efectividad del mismo?	✗		Plan de acción de mejora de procesos de SP.
5	¿La periodicidad en que se ejecuta el control ayuda a prevenir la mitigación de los riesgos??		✗	Hay un indicador que se actualiza cada 3 meses.
6	¿La fuente de información que se utiliza en el desarrollo del control se informa confiable?	✗		Control interno y procedimientos de procesos.
7	¿Se deja evidencia de la ejecución del control en cada evento realizado?	✗		Se maneja evidencia de la ejecución del control.

86.1%

Indicador de Efectividad para el cumplimiento y gestión del riesgo		
Objetivo:		
• Controlar los mecanismos de control establecidos por la institución.		
• Verificar el cumplimiento de los procesos planeados para la gestión del riesgo.		
Variable de cumplimiento	Cumple	No Cumple
¿La institución realiza a fondo en sus departamentos la gestión del riesgo para el cumplimiento de los objetivos específicos y de los control establecidos para la prevención y mitigación de riesgos?	✗	
Variable de control		
Controlar y verificar el cumplimiento de procesos y actividades hacia la efectividad de los riesgos de	✗	
Control interno	✗	
Proceso de gestión riesgo de control	✗	
Proceso sistema o procesos		✗
Total cumplimiento de procesos		

El mundo de la salud es un mundo de gestión de riesgos. Se debe tener en cuenta que los riesgos de la salud son de alta complejidad y requieren de un control interno que sea efectivo y confiable. Se debe tener en cuenta que los riesgos de la salud son de alta complejidad y requieren de un control interno que sea efectivo y confiable. Se debe tener en cuenta que los riesgos de la salud son de alta complejidad y requieren de un control interno que sea efectivo y confiable.

91%

LISTA DE CHEQUEO VARIABLE EFECTIVIDAD				
Objetivo:				
• Verificar el cumplimiento de los procesos planeados para la gestión del riesgo.				
Nº	Preguntas	Cumple	No Cumple	Observaciones
1	¿La institución de salud cuenta con una matriz de prioridades o una herramienta relacionada para la identificación de los riesgos que se presentan?	✗		Se maneja evidencia de la identificación de riesgos.
2	¿La institución de salud tiene asignada la periodicidad con la que se debe hacer la revisión de los procesos de gestión del riesgo?	✗		Se maneja evidencia de la revisión de los procesos de gestión del riesgo.
3	¿Los controles que se realizan, miden el impacto sobre los riesgos existentes?	✗		Se maneja evidencia de la medición del impacto de los riesgos.
4	¿En la institución de salud existe un mecanismo de monitoreo y evaluación para verificar la efectividad de los controles y su periodicidad?	✗		Se maneja evidencia de la verificación de la efectividad de los controles.
5	¿Cuenta con mecanismos definidos para la seguridad del paciente?	✗		Se maneja evidencia de la seguridad del paciente.
6	¿Cuenta con herramientas para identificar la adherencia del personal asistencial a las políticas de seguridad del paciente?	✗		Se maneja evidencia de la adherencia del personal asistencial a las políticas de seguridad del paciente.
7	¿Se realiza evidencia interna por el cual se evalúa la adherencia de la política de gestión frente a los riesgos y se reporta en regularidad?	✗		Se maneja evidencia de la adherencia de la política de gestión frente a los riesgos y se reporta en regularidad.
8	¿Se realiza evidencia interna por el cual se evalúa la adherencia de la política de gestión frente a los riesgos y se reporta en regularidad?	✗		Se maneja evidencia de la adherencia de la política de gestión frente a los riesgos y se reporta en regularidad.
9	¿Se verifica el cumplimiento de acciones hacia la mitigación de los riesgos?	✗		Se maneja evidencia de la mitigación de los riesgos.
10	La institución realiza la evaluación y seguimiento hacia los controles con el fin de mitigar el riesgo.	✗		Se maneja evidencia de la evaluación y seguimiento hacia los controles con el fin de mitigar el riesgo.
11	¿La entidad de salud realiza la actualización de controles preventivos a sus actividades?		✗	Se maneja evidencia de la actualización de controles preventivos a sus actividades.

Se maneja evidencia de la adherencia de la política de gestión frente a los riesgos y se reporta en regularidad.

13. BIBLIOGRAFÍA

Beltrán, L. C. (1994). Sistema de control interno en entidades de salud. *Revista de Salud Pública* ISSN 0124-0064 , 230-234.

Melissa Fernanda Lugo, Jácome Doris Vergara Gómez. (2018). *Administracion hospitalaria en la gestión del riesgo*. Bogotá.

Alejandro Gaviria (2018). Seguridad del paciente y la atención segura, paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practic-as-seguridad-paciente.pdf>

Bárbara Niegia Garcia de Goulart, Carlos Podalirio Borges de Almeida (2017). Control sanitario de los servicios de salud: una dimensión de la universalidad. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/60462>

Belkis Echemendía Tocabens (2011) Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014

Editorial Ciencias Médicas (2016). *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=1561-3003&lng=es&nrm=iso