

**HERRAMIENTAS DE GESTIÓN POR ÁREAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR DE APARTADÓ**

**NEDY STELLA CALLE TANGARIFE
MARÍA LUCIA PULGARIN ARCILA**

**ASESOR
DOCTOR LUIS FERNANDO TORO PALACIO**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 46
APARTADÓ – ANTIOQUIA
2010**

**HERRAMIENTAS DE GESTIÓN POR ÁREAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR DE APARTADÓ**

**NEDY STELLA CALLE TANGARIFE
MARÍA LUCIA PULGARIN ARCILA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORÍA EN SALUD**

**ASESOR
DOCTOR LUIS FERNANDO TORO PALACIO**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 46
APARTADÓ – ANTIOQUIA
2010**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Medellín ____ de _____ de 2010

A DIOS, a nuestros padres, y hermanos, que padecieron la soledad y nos dieron su apoyo mientras realizamos nuestra especialización, y a nuestro asesor por su paciencia, apoyo y colaboración.

AGRADECIMIENTOS

Los investigadores expresan sus agradecimientos, a:

Luis Fernando Toro Palacio, docente de posgrado en la Facultad de Medicina de la Universidad CES y nuestro asesor, por todos los conocimientos que a través de él obtuvimos y por sus valiosos aportes en la parte metodológica.

Rodrigo Rafael Fernández Fernández, gerente de la Empresa Social del Estado –E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancurt, del municipio de Apartado - Antioquia, por su colaboración, facilitándonos un espacio en la institución a su cargo para la realización de las prácticas del posgrado y el trabajo de investigación.

A la Universidad CES. “Un compromiso con la excelencia”, por sus esfuerzos en enviar los docentes idóneos y competentes para el logro de nuestros objetivos y por una formación íntegra para contribuir en el desarrollo y mejoramiento de la Auditoría y por permitirnos el logro de este posgrado.

Al Hospital, Antonio Roldan Betancurt donde hicimos realidad éste trabajo de investigación y llevamos a cabo las diferentes prácticas de auditoría.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	16
1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	17
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
2 OBJETIVOS	
¡Error! Marcador no definido.	
2.1 OBJETIVO GENERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3 MARCO TEORICO	21
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	21
3.2 PROCESOS EN COLOMBIA.....	23
3.3 PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL RIESGO OPERACIONAL DE LA ESE. HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR.....	24
3.3.1 Comunicación interna de la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.....	24
3.3.2 Reunión de comité de eventos adversos de la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.....	25
3.3.3 Descripción de los procedimientos para el manejo integral del riesgo operacional de la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.....	26
3.4 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A LOS RIEGOS ASITENCIALES	33
3.4.1 Guía para el análisis de culpa individual en los eventos adversos.	38
3.4.2 instructivo para la investigación de resultados adversos asistenciales	43

4	ASPECTOS ÉTICOS	51
5	CONCLUSIONES	52
6	RECOMENDACIONES	54
	BIBLIOGRAFÍA.....	55

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Modelo de acta de reunión del comité de eventos adversos en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldan Betancur de Apartadó, Antioquia a Junio de 2010.

Tabla 2. Acta reunión del comité de eventos adversos en la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur, en Enero de 2010.

Tabla 3. Control de asistencia al comité de Eventos Adversos en la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.

Tabla 4. Encabezado y codificación del procedimiento para el manejo integral del riesgo operacional en la E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancur.

Tabla 5. Flujograma y desarrollo del procedimiento para el manejo integral del riesgo operacional en la E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancur.

Tabla 6. Flujograma y desarrollo del procedimiento para el manejo eventos adversos asistenciales en la E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancur.

Tabla 7. Formato plan de seguimiento acciones correctivas y preventivas en la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de la interrelación entre los elementos de la conducta humana.

Figura 2. Interrelación de los elementos básicos de la culpa.

Figura 3. Conductas culposas que pueden llevar a la responsabilidad médica.

Figura 4. Flujograma para determinar la responsabilidad ante el evento adverso.

Figura 5. Flujograma para el análisis de la culpa individual.

Figura 6. Análisis diagrama causa – efecto para tomar acciones correctivas y preventivas.

GLOSARIO

ACCIDENTE / EVENTO ADVERSO REAL: evento no deseado que da lugar a muerte, enfermedad, lesión, daño u otra pérdida.

ACCIONES INSEGURAS: fallas activas las que ocasionan directamente el evento.

ACIERTO MEDICO: acto médico que integra todos los elementos técnicos científico, ético, humanístico y normativo a favor del paciente, independiente de los resultados.

DSSA: dirección seccional de salud de Antioquia.

COMITÉ AD-HOC: comité de expertos para el análisis de un evento adverso específico.

CUADRO DE MANDO UNIFICADO: matriz que contiene todos los indicadores de un proceso o de toda la organización.

ERROR ASISTENCIAL: toda acción u omisión del personal de salud que ponga en riesgo, o afecte negativamente la salud o la vida de un paciente.

ERRORES ACTIVOS: aquellos que cometen las personas durante sus actividades laborales y cuyos efectos son casi inmediatos.

ERRORES LATENTES: obedecen a accidentes u omisiones sobre aspectos que no se encuentran directamente bajo el control del personal operativo.

E.S.E: empresa social del estado.

EVENTO ADVERSO: toda falla o resultado negativo del funcionamiento de un procedimiento, de un proceso o de un sistema, que deteriora la calidad del servicio en términos de una disminución de los beneficios o de un aumento de los riesgos a los costos.

EVENTO ADVERSO ASISTENCIAL: es todo daño o resultado negativo en el paciente que surge como consecuencia del manejo asistencial y no de su condición clínica.

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: cuando el evento adverso es atribuible a un error asistencial.

EVENTO CENTINELA: tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de un estilo de vida.

EVENTO GRAVES: evento que ocasionan o tengan el potencial de ocasionar muerte, incapacidad total o parcial, lesión incapacitante temporal a la persona afectada, incluido aquí los eventos centinela.

EVENTOS LEVES: evento que ocasione o tenga el potencial de ocasionar lesiones menores.

INCIDENTE / EVENTO ADVERSO POTENCIAL: evento que generó un accidente o que tuvo el potencial para llegar a ser un accidente.

HIPOVOLÉMICO: disminución del volumen circulatorio por pérdida o secuestro de sangre del interior de los vasos sanguíneos.

INDICADOR: fórmula para la medición de logro de objetivos o metas.

IPS: institución prestadora de servicios de salud.

RESULTADOS ADVERSOS: desenlace negativo no esperado durante la atención en salud, puede ser reacción adversa, evento adverso o complicación.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

SICG: sistema integrado de calidad en la gestión.

RESUMEN

La organización se expone a grandes riesgos ante la presencia de personas incompetentes para dirigirla, no obstante el control de gestión es el instrumento idóneo gerencial, integral y estratégico que, apoyado en indicadores, reportes y análisis producidos en forma sistemática, periódica y objetiva, permite que ésta sea eficaz y eficiente en la toma de decisiones acertadas y oportunas adoptar las medidas que correspondan y controlar las medidas en el tiempo de las principales variables y procesos. El objetivo general del presente estudio consiste en Evaluar las herramientas de Gestión por áreas en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó, mediante el análisis de los reportes de notificación pasiva desde julio 1º de 2009 al 15 Mayo de 2010.

Los eventos adversos se analizaron consultando todos los procesos y procedimientos de las herramientas de gestión de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, que tiene definida siete políticas gerenciales orientadas a lograr responsabilidad social a través de la gestión enfocada en atención en Salud, Humanización, Calidad, Crecimiento, Sistemas de Información, Imagen Institucional e Inclusión social. Políticas que trazan el norte frente al direccionamiento estratégico que todos los procesos del hospital deben tener.

Se analizan las siguientes estrategias: Gestión en responsabilidad social, Gestión de innovación, Gestión de los recursos, Gestión de los procesos, Gestión del talento humano, Gestión del conocimiento. A su vez, cada estrategia se desarrolla a través de elementos específicos.

Se identificaron y analizaron veinte casos de eventos adversos, de los cuales el 50% de ellos, fueron clasificados como problema relacionados con la falta de capacitación e inducción al personal que labora en las áreas y el restante 50% por el desconocimiento de la existencia de las herramientas de Gestión en las áreas.

En el análisis de la información recolectada se evidenció: que en la notificación de los eventos de adversos se utilizan formatos indicados según normatividad existente para el reporte de eventos adversos. Las medidas correctivas tomadas apuntan a disminuir los riesgos ocasionados por estos eventos, sin embargo no se ha llegado a cuantificar hasta qué punto contribuye al mejoramiento.

Palabras Claves: Evento Adverso, control de gestión, herramientas de gestión, priorización y decisiones acertadas y oportunas.

ABSTRACT

The organization is exposed to great risk in the presence of incompetent people to run it, despite the management control is the ideal instrument management, integrated and strategic approach, supported by indicators, reports and analysis produced in a systematic, periodic and objective, allows that it is effective and efficient in making sound decisions and take appropriate corresponding measures and control measures in time of the main variables and processes. The overall objective of this study was to evaluate the management tools for areas in the Social Enterprise of the State Hospital Antonio Roldan Betancur, the municipality of Apartado, by analyzing notification reports passive since July 1, 2009 to May 15, 2010.

Adverse events were analyzed by consulting all the processes and procedures of the management tools of the State Social Enterprise Antonio Roldan Betancur Hospital, which has defined seven managerial policies aimed at achieving social responsibility through focused management attention on Health, Humanization, Quality, Growth, Information Systems, Corporate Image and Social Inclusion. Policies that outline the north against the strategic direction that all processes of the Hospital should have. It discusses the following strategies: Managing social responsibility, innovation management, resources management, process management, human talent management, knowledge management. In turn, each strategy is developed through specific elements.

Were identified and analyzed twenty cases of adverse events, of which 50% of them were classified as problems related to lack of training and induction to staff working in the areas and the remaining 50% by the ignorance of the existence of Management tools in the areas.

In the analysis of the collected information was revealed: that the notification of adverse events indicated sizes are used according to existing norms for reporting adverse events. The corrective measures taken are aimed at decreasing the risks associated with these

events, but has not been bequeathed to quantify the extent to which contributes to improvement.

Keywords: Adverse Event, management control, management tools, prioritization and sound and timely decisions.

INTRODUCCIÓN

A partir de la implementación de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, el panorama de los servicios de salud ha cambiado radicalmente, ampliando inicialmente la cobertura a todos los miembros del núcleo familiar e incentivando la afiliación de nuevos colombianos, ya sea en el régimen contributivo o en el subsidiado; como consecuencia de esto se crearon entidades y nuevas instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS - para cubrir la gran demanda de usuarios; esto hizo que se incrementaran todos los servicios, principalmente el de hospitalización.

La E.S.E Hospital Antonio Roldán Betancur emprende una nueva etapa en su proceso de consolidación para prestar más y mejores servicios a la comunidad de Urabá. A partir de la puesta en marcha del plan de desarrollo institucional luego de un proceso participativo de su recurso humano, el hospital traza los derroteros que han de marcar el rumbo hacia la consolidación de la prestación de un servicio con calidad, oportunidad y eficiencia.

La nueva etapa del hospital implica no solamente el cambio de imagen corporativa sino la apropiación por parte de sus empleados y directivos del compromiso de hacer realidad su plataforma estratégica, desarrollando el sentido de pertenencia con la propia institución que se refleja en una atención más humanizada.

1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

Se define las herramientas de gestión como la definición de procesos estratégicos, estandarizar desarrollos productivos, servicios y tecnología.

Actualmente en Colombia se implementa la importancia de unas buenas herramientas de gestión en las diferentes áreas de la salud, aplicadas a las empresas prestadoras de salud.

En la E.S E Hospital Antonio Roldan Betancur desde el año 2006 se inicia la construcción del Manual del Sistema Integrado de Calidad en la Gestión –SICG- y dentro de este se tiene el desarrollo de las herramientas de gestión de calidad por áreas, que empezó a implementarse en Julio de 2007, posterior a la capacitación de los funcionarios sobre la detección y notificación de los eventos adversos y la conformación de comité de calidad encargado del análisis de estos eventos, la formulación de planes de mejora y la notificación por parte de la E.S.E a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia –DSSA-.

Este estudio pretende evaluar el desarrollo de las herramientas de gestión de calidad en las áreas de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur desde Julio de 2009 hasta Julio de 2010, teniendo en cuenta el alcance del mismo en la institución que inicia con la detección de eventos adversos y termina con el reporte de estos a la DSSA y la retroalimentación interna al equipo de salud.

A través de los años de experiencia en el sector salud se ha permitido adquirir un profundo conocimiento de las necesidades de los hospitales y las clínicas de la región. La solución se encuentra en nuestras manos.

Después de afrontar una aguda crisis económica que lo tuvo a punto del cierre en el año 2001, al hospital Antonio Roldan Betancurt de Apartadó. Fue reinyectado y reestructurado en 2003, mediante un estudio técnico determinó la viabilidad presupuestal y financiera de la entidad.

La prestación de servicios de salud con calidad, más que un mandato legal, es un imperativo para lograr usuarios satisfechos y con mejores niveles de recuperación de su salud.

El actual manejo de los negocios a escala mundial, orientado a las necesidades de los clientes, y el empoderamiento de los mismos clientes en sus deberes y derechos, obliga a los entes prestadores de servicios de salud a orientar toda su filosofía al servicio al enfermo como centro de su cultura y gestión.

La Gerencia Global Integra:

1. Gestión de la responsabilidad social: ética empresarial (empresa abierta con diversidad cultural que respeta la pluriculturalidad), generadora de impacto social y desarrollo sostenible con servicios que mejoren calidad de vida.
2. Gestión de procesos: Definir procesos estratégicos (gobierno, dirección plataformas), estandarizar procesos productivos (productos, servicios, capacidades tecnológicas). Definir procesos de soporte (administración, logística, tecnologías básicas).
3. Gestión de la innovación: Generación de una cultura, mejora permanente, diferenciación, nuevo valor.
4. Gestión de los recursos financieros: Logísticos, información y tecnológicos.
5. Gestión del talento humano: Desarrollar competencias, establecer visión y valores. Promover expectativas, apoyar el liderazgo, establecer incentivos y capacitar.
6. Gestión del conocimiento: Adquirir conocimientos, documentar el conocimiento, compartir el conocimiento, transferir el conocimiento.¹

¹ Juran, J. (2001). Introducción a la calidad total. Manual de calidad, 01 (14), 14.4-14.20.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo está funcionando las herramientas de Gestión por áreas en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó Antioquia?

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar las herramientas de Gestión por áreas utilizadas en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó, mediante el análisis de los reportes de notificación pasiva desde julio 1º de 2009 al 15 Mayo de 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar las herramientas que aplica la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, para evaluar la calidad de la gestión en salud en cada una de sus áreas.
2. Revisar la normatividad vigente en Colombia sobre el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud.
3. Verificar que cada una de las herramientas para la evaluación de la calidad de la gestión en salud, utilizadas por la institución, se ajusten a la normatividad vigente en Colombia.
4. Aportar los conocimientos necesarios para complementar y actualizar las herramientas para la evaluación de la calidad de la gestión en salud actualmente utilizadas con el fin que cumplan con los objetivos propuestos.
5. Ofrecer herramientas de gestión actualizadas y necesarias para la aplicación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud.

3 MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El concepto de calidad es utilizado desde las primeras civilizaciones donde el hombre era nómada y su medio de vida era la caza y la recolección de frutos, en ese entonces la calidad se basaba en inspeccionar y seleccionar lo mejor. Pero el concepto de calidad tomo mayor importancia por los años 50's donde aparece Edwards Deming quien fue el más importante en el estudio de la calidad, se le reconoce que logro cambiar la mentalidad de los japoneses al hacerles entender que la calidad es un "arma estratégica". Demostrando los altos costos que una empresa genera cuando no tiene un proceso planeado para administrar su calidad, es decir el desperdicio de materiales y productos rechazados, el costo de trabajar dos o más veces los productos para eliminar defectos, o la reposición y compensación pagada a los clientes por las fallas en los mismos.

Han pasado muchos años desde que las organizaciones comenzaron a percibir de forma consciente el cambio, es decir, su consideración como cambio planeado, dirigido, como un proceso importante y necesario para mejorar el desempeño organizacional. No obstante, el cambio dirigido sigue centrando la atención de directivos, consultores y otros especialistas que están conscientes de la necesidad de planificar las acciones futuras como requisito indispensable para aspirar al éxito.

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión.

Florence Nightingale, posterior a la guerra de Grimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyo la formación de enfermera y por otro realizo estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40% a un 4%.

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médico de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Cosman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canadá se crea el Concejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitales (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo de control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.²

Alrededor de los años sesenta nacen los audits médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigidos como condición de acreditación del centro.

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzó a utilizar las filosofías

² Donabedian A (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Mich.

industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplia su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

3.2 PROCESOS EN COLOMBIA

La gestión por procesos es un camino diferenciado que trae una ventaja competitiva para las IPS, es una exigencia del mercado para aquellas empresas prestadoras de salud que buscan la excelencia operacional en sus procesos. En Colombia se empezó una iniciativa para diseñar, alinear y mejorar los procesos en todos los departamentos, en busca de la estandarización de los procesos a través de una única metodología.

1. Como transmitir el sentido de urgencia y transformación que la gestión de procesos tiene en las empresas prestadoras de salud.
2. La necesidad de un esfuerzo de todas las empresas para diseñar y mejorar los procesos ya existentes.

Se trata de un conjunto de estrategias, modelos o metodologías que impacten en los procesos institucionales con el objetivo de mejorar la gestión clínica, aquí se proponen algunas que pueden ser útiles en el mejoramiento continuo de las instituciones y para garantizar la transferencia de información a todos los niveles. Estas herramientas le permitirán medir la seguridad brindada al usuario durante el proceso de atención. Contiene propuestas de guías de práctica clínica basadas en la evidencia y reportes de experiencias institucionales exitosas en salud.³

En la actualidad se tiene como componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.

³ Cuadro de Mando Unificado. [Sitio en internet]. Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/her_calidad/Default.aspx3

Consultado: 22 de junio de 2009.

2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.⁴

3.3 PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL RIESGO OPERACIONAL DE LA E.S.E. HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR

3.3.1 Comunicación interna de la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.

Fecha:

Para: Dra.

C.C. Dr.

Asunto:

Cordial Saludo,

A continuación relaciono las fechas para la reunión del comité de eventos adversos para que sean tenidas en cuenta en la programación de sus actividades.

Mes de Marzo: 9, 16, 23, 30

Mes de Abril: 6, 13, 20, 27

Mes de Mayo: 4, 11, 18, 25

Mes de Junio: 1, 8, 15, 22

Atentamente,

Profesional Especializado:

⁴ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 3, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pág. 2. Bogotá. 2006.

3.3.2 Reunión de comité de eventos adversos de la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.

Tabla 1. Modelo de acta de reunión del comité de eventos adversos en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldan Betancur de Apartadó, Antioquia a Junio de 2010.

ACTA REUNIÓN DEL COMITÉ DE EVENTOS ADVERSOS	Documento No. AC-01-2-1-003 Rev. P
Procesos:	Subprocesos:

Fecha:

Hora de Inicio y Terminación:

Proyecto / Proceso

Lugar:

- 1) Agenda de Reunión
 - Verificación del corum.
 - Entrega del Cronograma de reuniones.
 - Revisión de los procesos existentes.
 - Socialización de formatos.
 - Asignación de tareas.

- 2) Desarrollo y Conclusiones.

Luego de verificar la asistencia al comité, se da inicio a la reunión presentando el cronograma de reuniones del comité para lograr que los integrantes se programen en su agenda todos los jueves de 8 am. A 10.am excepto los segundos jueves de cada mes el cual se realizara el día miércoles a la misma hora. Se hace entrega de la programación a cada integrante.

Se informa que la prioridad es establecer la metodología de análisis de los eventos para iniciar el mismo con las facturas que no han pagado por ser eventos adversos que requieren su intervención.

Se revisa el procedimiento, versión o notificación de los eventos adversos existente al cual se le hacen modificaciones y actualizaciones.

De igual manera se revisa complementa y actualiza el instructivo para la investigación de los eventos adversos.

Se presentan los formatos de análisis diagrama causa efecto, quedando pendiente el formato de notificación de incidentes y los eventos adversos se asignan tareas a cada uno de los integrantes de acuerdo a los eventos de la Resolución 1446 de 2006 para elaborar una guía de reacción inmediata.

Fuente: archivos de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldan Betancur de Apartadó, Antioquia.

3.3.3 Descripción de los procedimientos para el manejo integral del riesgo operacional de la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.

Objetivo. Monitorear y analizar los eventos adversos causados por la exposición a una condición de peligro, a una sustancia, a una intervención a un fenómeno natural, la realización de una actividad, o el ejercicio de un estilo de vida, con el fin de implementar medidas de control eficaces que brinden seguridad al paciente.

Alcance. Este procedimiento aplica a la prestación de servicios de salud de la institución y comprende desde notificación del evento hasta el seguimiento de la eficacia de las acciones de intervención tomadas.

Definiciones y abreviaturas. Se consideran las siguientes definiciones:

RESULTADOS ADVERSOS: desenlace negativo no esperado durante la atención en salud, puede ser reacción adversa, evento adverso o complicación.

EVENTO ADVERSO: es toda falla o resultado negativo del funcionamiento de un procedimiento, de un proceso o de un sistema, que deteriora la calidad del servicio en términos de una disminución de los beneficios o de un aumento de los riesgos a los costos.

INCIDENTE / EVENTO ADVERSO POTENCIAL: evento que generó un accidente o que tuvo el potencial para llegar a ser un accidente. Un incidente en el que no ocurra enfermedad, lesión, daño u otra pérdida, también se conoce como “casi accidente”. El término incidente incluye los casi-accidentes.

ACCIDENTE / EVENTO ADVERSO REAL: Evento no deseado que da lugar a muerte, enfermedad, lesión, daño u otra pérdida.

EVENTO ADVERSO ASISTENCIAL: es todo daño o resultado negativo en el paciente que surge como consecuencia del manejo asistencial y no de su condición clínica. No todos los eventos adversos son atribuibles a errores. Cuando el evento adverso es atribuible a un error asistencial, se considera un Evento Adverso Prevenible.

ACIERTO MEDICO: es el acto médico que integra todos los elementos técnicos científico, ético, humanístico y normativo a favor del paciente. Este concepto es independiente de los resultados, en razón de la inexactitud del acto humano y de la variabilidad de respuesta y circunstancia de un paciente a otro.

ERROR ASISTENCIAL: es toda acción u omisión del personal de salud que ponga en riesgo, o afecte negativamente la salud o la vida de un paciente. El referente para hablar de omisión es el soporte documental de calidad.

ERRORES ACTIVOS: son aquellos que cometen las personas durante sus actividades laborales y cuyos efectos son casi inmediatos.

ERRORES LATENTES: obedecen a accidentes u omisiones sobre aspectos que no se encuentran directamente bajo el control del personal operativo.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

INDICADORES: fórmula para la medición de logro de objetivos o metas.

CUADRO DE MANDO UNIFICADO: matriz que contiene todos los indicadores de un proceso o de toda la organización.

COMITÉ AD-HOC: comité de expertos para el análisis de un evento adverso específico.

Condiciones. Se establece indicadores de seguimientos y metas deseables de los eventos adversos asociados con cada actividad vigilada siguiendo la normatividad vigente aplicable, condensados en el cuadro de mando unificado de cada proceso.

1. Cuando ocurra un posible evento adverso (accidente o incidente) el dueño del subproceso implicado debe actuar inmediatamente según lo establecido en las guías o protocolos correspondientes a cada patología o atención.
2. Inmediatamente ocurra el posible evento adverso o el evento bajo vigilancia en salud pública (centinela) hay que reportarlo al subcomité de riesgos asistenciales, según la periodicidad establecida en el protocolo específico. El subcomité debe llevar la estadística de los mismos.
3. Todos los informes de investigación deben ser revisados y aprobadas las medidas de intervención por el subcomité de riesgo asistencial antes de la implementación de las mismas.
4. El subcomité debe verificar que las medidas tomadas hayan sido implementadas en las fechas acordadas.
5. El personal designado por el subcomité para la investigación de los eventos adversos pueden ser comités AD-HOC para caos específicos.
6. El líder del subcomité de riesgo asistencial asistirá y transmitirá la información concerniente a la gestión del riesgo asistencial, en el comité de riesgos de la E.S.E, mensualmente.

3.3.4 Materiales, método y desarrollo del procedimiento.

La institución utiliza diferentes estrategias de comunicación para la planeación y programación de actividades:

Circular interna de comunicación de la programación de las reuniones mensuales durante el año 2010, del comité de eventos adversos en la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.

Fecha: Enero 07 de 2010

Para: Para todas las personas interesadas en el proceso.

C.C. Gerente.

Asunto: Fechas de Programación de las reuniones del Comité.

Cordial saludo,

A continuación relaciono las fechas para la reunión del comité de eventos adversos para que sean tenidas en cuenta en la programación de sus actividades.

Mes de Enero 9, 16,23, 30

Mes de Febrero 6,13, 20, 27

Mes de Marzo 4,11, 18, 22

Mes de Abril 1,6 ,1 5, 22

Atentamente,

Lucía Pulgarín Arcila

Profesional Especializado

Tabla 2. Acta reunión del comité de eventos adversos en la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur, en Enero de 2010.

ACTA REUNIÓN DEL COMITÉ DE EVENTOS ADVERSOS	Documento No. AC-01-2-1-003 Rev. P
--	---

Procesos:	Subprocesos:
Fecha: Enero 9 de 2010	
Hora: 8:15 am	
Lugar: Sala de reuniones	

1. Agenda de Reunión.

1. Verificación del quórum.
2. Entrega del cronograma de reuniones.
3. Revisión de los procesos existentes.
4. Socialización de formatos.
5. Asignación de tareas.

2. Desarrollo y conclusiones.

Luego de verificar la asistencia al comité en el cual faltaron la Dra. Martha Liliana Pinto por estar en capacitación y Jairo Machuca por estar incapacitado, se da inicio a la reunión presentando el cronograma de reuniones del comité para lograr que los integrantes se programen en su agenda todos los jueves de 8 Am – 10 a.m. excepto los segundos jueves de cada mes el cual se realizarán el día miércoles a la misma hora. Se hace entrega de la programación a cada integrante.

Se informa que la prioridad es establecer la metodología de análisis de los eventos para iniciar el mismo con las facturas que no ha pagado por ser eventos adversos que requieren su intervención.

Se sugiere citar a la Dra. Irina Reyes coordinadora del primer nivel para que haga parte del comité.

Se revisa el procedimiento PR-01-1-3-011 versión 0, de notificación de los eventos adversos existentes al cual se le hacen modificaciones y actualizaciones.

De igual manera se revisa, complementa y actualiza el instructivo para la investigación de los eventos adversos IN-01-1-3-013 versión 0.

Se presentan los formatos de análisis diagrama causa efecto FO-03-2-022, quedando pendiente el formato de notificación de incidentes y los eventos adversos.

Se asignan tareas a cada uno de los integrantes de acuerdo a los eventos de la Resolución 1446 de 2006 para elaborar una guía de reacción inmediata.

3. Compromiso.

Compromiso	Fecha	Responsable
Elaboración de la guía de intervención de caída de pacientes.		María lucia Gómez C.
Elaboración de la guía de reacciones adversas a las transfusiones.		Dora Inés Restrepo
Elaboración de la guía de intervención del Shock hipovolémico posparto.		Dra. Martha Liliana Pinto T.
Guía de reingreso de pacientes por la misma causa antes de 72 horas por el servicio de urgencias.		Dr. Jorge Mario Mendoza
Guía de Reingreso de pacientes antes de 15 días por la misma causa por el servicio hospitalización.		Blanca Nelly Brand Ossa
Guía de las infecciones intrahospitalarias.		Carmen Ignacia Torrentes
Guía de las reacciones adversas medicamentosas.		Sr. Jairo Machuca
Guía de cancelación de cirugías.		Dra. Janeth Torres
Realizar comunicación a todos los servicios sobre la toma del cultivo ante la sospecha de una infección intrahospitalaria.		Blanca Brand
Enviar invitación al comité para la coordinadora del primer nivel Irina Reyes.		Blanca Brand

Fuente: Archivos de E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.

Tabla 3. Control de asistencia al comité de Eventos Adversos en la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.

Acta Número 001

Fecha: Enero 09 de 2010

Nombres:

Dra. Marta Liliana Pinto Tobon	_____
Dra. Janeth Rojas	_____
Dr. Jorge Mario Mendoza	_____
Dra. Dora Inés Restrepo	_____
María Lucía Gómez	_____
Carmen Ignacia Torrentes	_____
Jairo Machuca	_____

Elaboró

Lucia Pulgarín Arcila

Fuente: archivos de E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.

3.4 PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO A LOS RIEGOS ASISTENCIALES

Tabla 4. Encabezado y codificación del procedimiento para el manejo integral del riesgo operacional en la E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancur.

Sistema integrado de calidad en la gestión		DOCUMENTO No. PR-01-1-3-011 Rev. P Copia No. _____	
Elaboró	Revisó	Aprobó:	Fecha de Aprobación
Subcomité Riesgos Asistencial		Rodrigo Fernández	Mayo 2010

E.S.E HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL RIESGO OPERACIONAL	Documento No. PR-01-1-3-011 Rev. P
MACROPROCESO: Planeación Estratégica	PROCESO: Direccionamiento Estratégico	SUBPROCESO: Gestión del Riesgo

Fuente: archivos de la E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancur.

Objetivo. Monitorear y analizar los eventos adversos causados por al exposición a una condición de peligro, a una sustancia, a una intervención o a un fenómeno natural, la realización de una actividad o el ejercicio de un estilo de vida, con el fin de implementar medidas de control eficaces que brinden seguridad al paciente.

Alcance. Este procedimiento aplica a la prestación de servicios de salud de la institución y comprende desde notificación del evento adverso hasta el seguimiento de la eficacia de las acciones de intervención tomadas.

Definiciones y abreviaturas. Se tienen las siguientes definiciones:

RESULTADO ADVERSO: desenlace negativo no esperado durante la atención en salud, puede ser reacción adversa, evento adverso o complicación.

EVENTO ADVERSO: es toda falla o resultado negativo del funcionamiento de un procedimiento, de un proceso o de un sistema, que deteriora la calidad del servicio en términos de una disminución de los beneficios o de un aumento de los riesgos o los costos.

INCIDENTE/EVENTO ADVERSO POTENCIAL: evento que generó un accidente o que tuvo el potencial para llegar a ser un accidente. Un incidente en el que no ocurra enfermedad, lesión, daño u otra pérdida, también se conoce como “casi-accidente. El término incidente incluye los casi-accidentes.

ACCIDENTE/EVENTO ADVERSO REAL: evento no deseado que da lugar a muerte, enfermedad, lesión, daño u otra pérdida.

EVENTO ADVERSO ASISTENCIAL: es todo daño o resultado negativo en el paciente, que surge como consecuencia del manejo asistencial y no de su condición clínica. No todos los eventos adversos son atribuibles a errores. Cuando el evento adverso es atribuible a un error asistencial, se considera un evento adverso prevenible.

ACIERTO MÉDICO: es el acto médico que integra todos los elementos técnicos, científicos, éticos, humanísticos y normativos a favor del paciente. Este concepto es independiente de los resultados, en razón de la inexactitud del acto humano y de la variabilidad de respuesta y circunstancias de un paciente a otro.

ERROR ASISTENCIAL: es toda acción u omisión del personal de salud que ponga en riesgo, o afecto negativamente la salud o la vida de un paciente. El referente para hablar de omisión es el soporte documental de calidad.

ERRORES ACTIVOS: son aquellos que cometen las personas durante sus actividades laborales y cuyos efectos son casi inmediatos.

LOS ERRORES LATENTES: obedecen a acciones u omisiones sobre aspectos que no se encuentran directamente bajo el control del personal operativo.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: conjunto de elementos estructurales, procesos instrumentados y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada que propende minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

INDICADORES: fórmula para la medición de logro de objetivos o metas.

CUADRO DE MANDO UNIFICADO: matriz que contiene todos los indicadores de un proceso o de toda la organización.

COMITÉ AD-HOC: comité de expertos para el análisis de un evento adverso específico.

Condiciones. Se establecen indicadores de seguimiento y metas deseables de los eventos adversos asociados con cada actividad vigilada, siguiendo la normatividad vigente aplicable, condensados en el cuadro de mando unificado de cada proceso.

Cuando ocurra un posible evento adverso (accidente o incidente) el dueño del subproceso implicado debe actuar inmediatamente según lo establecido en las guías o protocolos correspondientes a cada patología o atención.

Inmediatamente ocurra el posible evento adverso o el evento bajo vigilancia en salud pública (centinela) hay que reportarlo al subcomité de riesgo asistencial, según la periodicidad establecida en el protocolo específico. El subcomité debe llevar la estadística de los mismos.

Todos los informes de investigación deben ser revisados y aprobadas las medidas de intervención por subcomité de riesgo asistencial antes de la implementación de las mismas.

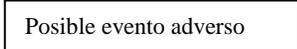
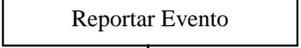
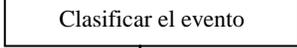
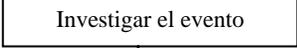
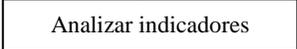
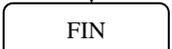
El subcomité debe verificar que las medidas tomadas hayan sido implementadas en las fechas acordadas.

El personal designado por el subcomité para la investigación de los eventos adversos pueden ser comités AD-HOC para casos específicos.

El líder del subcomité de Riesgos Asistencial asistirá y transmitirá la información concerniente a la gestión del riesgo asistencial, en el comité de riesgos de la E.S.E mensualmente.

Desarrollo del procedimiento.

Tabla 5. Flujograma y desarrollo del procedimiento para el manejo integral del riesgo operacional en la E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancur.

QUE	QUIEN	COMO
	Funcionario quien evidencia el evento.	Diligencia el formato PO-01-1-3-012 teniendo en cuenta los posibles eventos adversos notificables. (Accidentes e incidentes) y aquellos bajo vigilancia en salud publica.
		
	Funcionario quien evidencia el evento	Se hace entrega de formato al dueño del subproceso (jefe del servicio), quien lo direcciona diariamente al jefe de calidad.
		
	Jefe de calidad	De acuerdo ala matriz de magnitud que aparece en anexo No. 1.
	Subcomité designado por jefe de calidad	Según procedimiento ***** investigación de eventos asistenciales. Diligenciar el formato ***** informe de investigación.
	Subcomité designado por jefe de calidad	En el formato de informe de investigación ver condiciones.
	Dueño de subprocesos (jefe del servicio)	Según lo establecido en el informe.
	Subcomité de Riesgos Asistenciales y Comité de Riesgos.	Mensualmente, según los reportes estadísticos de los eventos presentados.
	Subcomité de Riesgos Asistenciales Dueño de subprocesos	Según el Cuadro de mando unificado, si la meta no se cumple se definen nuevamente medidas de control.

Fuente: Archivos de la E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancur.

Medición y control. Pendiente por definir.

Control de cambios.

Revisión	Fecha	Elaboró	Revisó	Aprobó	Paginas afectadas	Descripción del cambio	Naturaleza del cambio

Fin del documento.

3.4.1 Guía para el análisis de culpa individual en los eventos adversos.

	E.S.E. HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR	GUIA PARA EL ANALISIS DE CULPA INDIVIDUAL EN LOS EVENTOS ADVERSOS	
	Proceso: Direccionamiento estratégico	Subproceso: Gestión del Riesgo	Procedimiento: Seguimiento de Riesgo Asistencial
Elaborado por: Subcomité Riesgos Asistencial	Aprobado por: Comité de calidad	Fecha: 2007/12/20	Documento No. GU-01-1-3-015 Rev. 0

Objetivo. Dar los elementos necesarios para determinar la culpa del individuo ante la presentación de un evento adverso asistencial de una manera secuencial teniendo en cuenta los factores (personales e institucionales) que contribuyan a esta actuación.

Alcance. Aplica para el análisis e investigación de eventos asistencias ocurridos en la institución.

Definiciones y abreviaturas. La conducta humana está estructurada de tres elementos secuenciales:

- Intención.
- Acción.
- Consecuencia.

Cada uno de estos elementos es independiente por tanto se puede afirmar que en conductas en las que la intención es la mejor y se actúan correctamente, no se puede garantizar que la consecuencia sea la esperada.

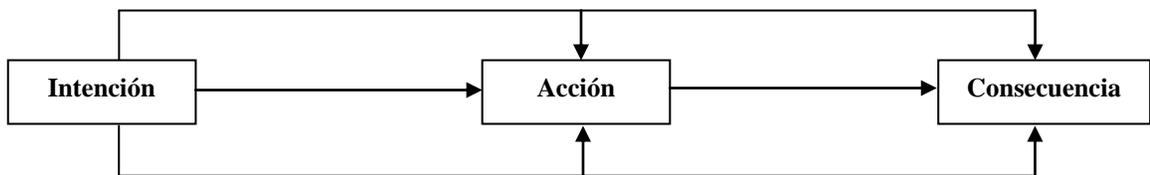


Figura 1. Esquema de la interrelación entre los elementos de la conducta humana.

Fuente: archivos de la E.S.E. hospital Antonio Roldan Betancur.

Cuando la consecuencia de una acción es un daño, surge el interrogante. ¿Hay culpa?

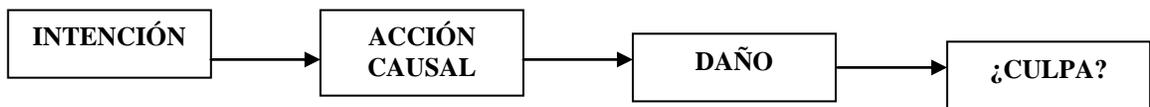


Figura 2. Interrelación de los elementos básicos de la culpa.

Fuente: archivos de la E.S.E. hospital Antonio Roldan Betancur.

La responsabilidad médica se genera en una conducta (acción) culposa. Una acción culposa involucra al menos una de las siguientes: negligencia, imprudencia e impericia, las cuales se correlacionan en la siguiente figura:

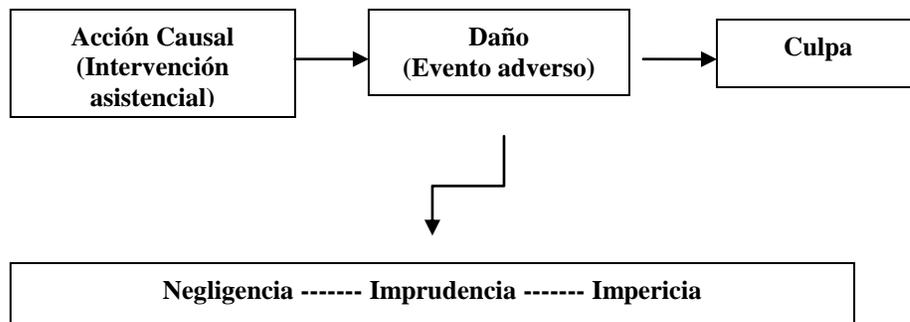


Figura 3. Conductas culposas que pueden llevar a la responsabilidad médica.

Fuente: archivos de la E.S.E. hospital Antonio Roldan Betancur.

Con respecto al evento adverso (resultado no intencional aparece el interrogante sobre si es evitable o no. Para el análisis de lo evitable, el error y para disponer o hablar de culpabilidad se sugiere el siguiente análisis:

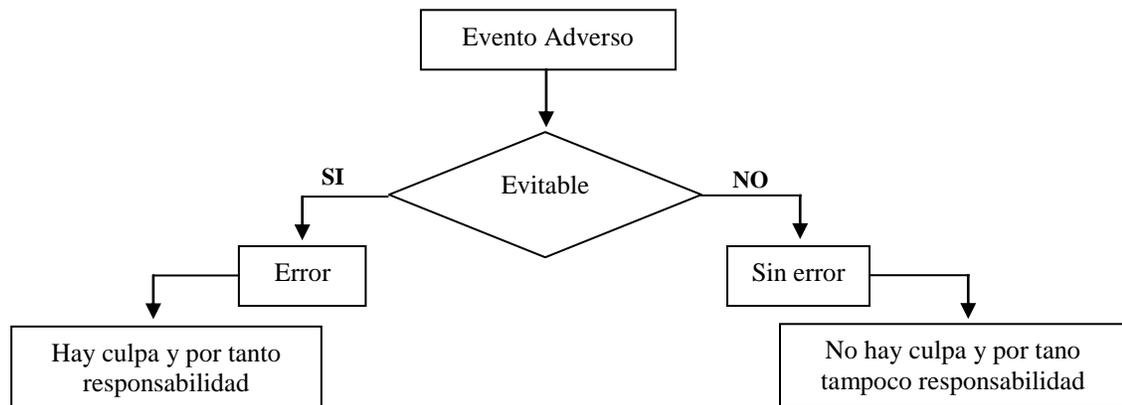


Figura 4. Flujograma para determinar la responsabilidad ante el evento adverso.

Fuente: archivos de la E.S.E. hospital Antonio Roldan Betancur.

Evento adverso no evitable: La acción se ejecuta diligente y prudentemente, con la debida pericia y a pesar de ello resulta en una complicación.

Evento adverso evitable: Resultado de un error como consecuencia de negligencia, imprudencia e impericia

ANÁLISIS DE CULPA INDIVIDUAL.

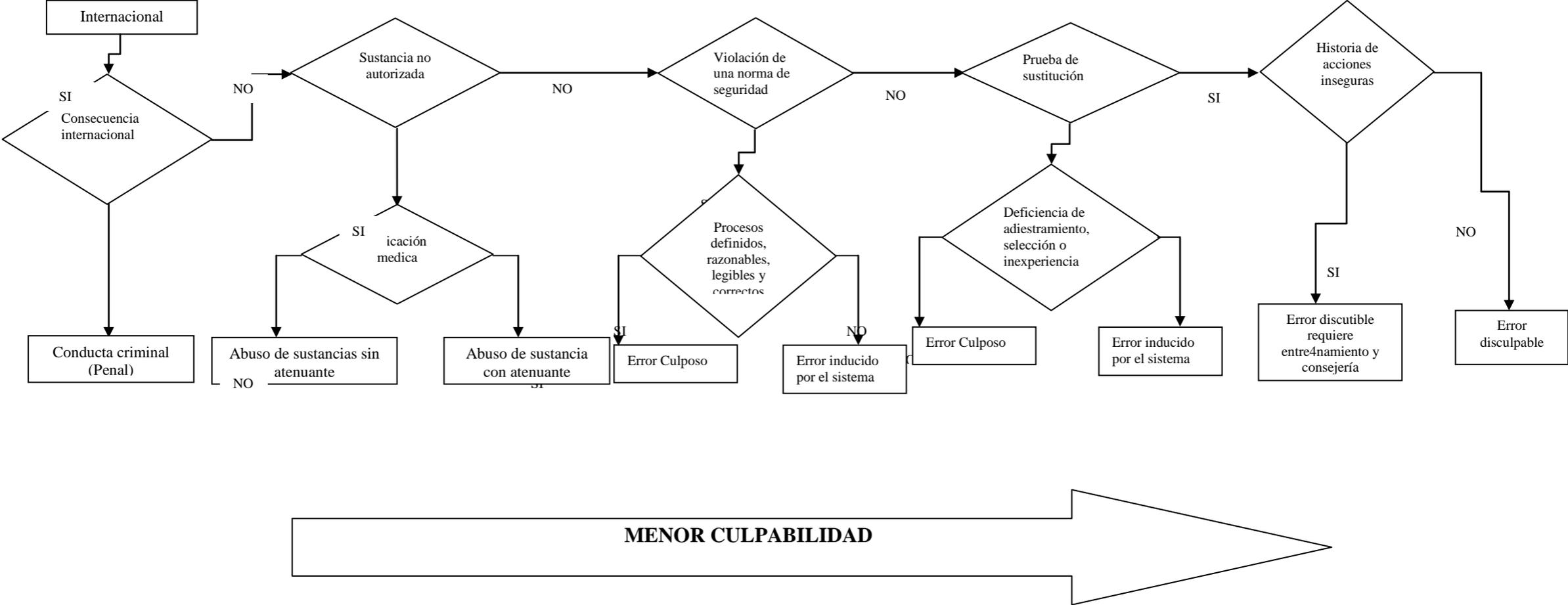


Figura 5. Flujograma para el análisis de la culpa individual.
 Fuente: archivos de la E.S.E. hospital Antonio Roldan Betancur

Medición y control. Ver cuadro de mando unificado.

Control de cambios.

Revisión	Fecha	Elaboró	Revisó	Aprobó	Paginas afectadas	Descripción del cambio	Naturaleza del cambio

Fin del documento.

3.4.2 instructivo para la investigación de resultados adversos asistenciales.

E.S.E ANTONIO BETANCUR	HOSPITAL ROLDAN	INSTRUCTIVO PARA LA INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS ADVERSOS ASISTENCIALES	Documento No. IN-01-1-3-013 Rev. 0
PROCESO: Direccionamiento Estratégico	SUBPROCESO: Gestión del riesgo	PROCEDIMIENTO: Seguimiento Riesgo Asistencial	

Objetivo. Orientar al personal asignado para la investigación de problemas o resultados adversos relacionados con la atención en salud para la realización exhaustiva del análisis de las causas que permitan tomar medidas correctivas y así garantizar seguridad del paciente.

Alcance. Aplica a todos los resultados adversos reales o potenciales relacionados con la prestación del servicio, va desde la identificación de los eventos a investigar y definir el grupo de trabajo de investigación hasta la realización de planes de mejora.

Definiciones y abreviaturas.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras y tienen que ver con:

Paciente:

1. Complejidad y gravedad.
2. Lenguaje y comunicación.
3. Personalidad y factores sociales.

Tarea y tecnología:

1. Diseño de la tarea y claridad de la estructura.
2. Disponibilidad y uso de protocolos.
3. Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnosticas.

4. Ayudas para toma de decisiones.

Individuo:

1. Conocimiento, habilidades y competencia.
2. Salud física y mental.

Equipo:

1. Comunicación verbal y escrita.
2. Supervisión y disponibilidad de soporte.
3. Estructura del equipo (consistencia, congruencia, entre otros).

Ambientales:

1. Personal suficiente.
2. Mezcla de habilidades.
3. Carga de trabajo.
4. Patrón de turnos
5. Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos.
6. Soporte administrativo y gerencial.
7. Clima laboral.
8. Ambiente físico (luz, espacio, ruido).

Organizacionales y gerenciales:

1. Recursos y limitaciones financieras.
2. Estructura organizacional.
3. Políticas, estándares y metas.
4. Prioridades y cultura organizacional.

Contexto institucional:

1. Económico y regulatorio.
2. Contactos externos.

ACCIONES INSEGURAS: son fallas activas las que ocasionan directamente el evento.

EVENTO CENTINELA: es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de un estilo de vida.

EVENTOS LEVES: que ocasione o tenga el potencial de ocasionar lesiones menores.

EVENTO GRAVES: que ocasionan o tengan el potencial de ocasionar muerte, incapacidad total o parcial, lesión incapacitante temporal a la persona afectada, incluido aquí los eventos centinela.

Condiciones generales.

- 1 Definir si es necesario conformar un comité AD-HOC.

- 2 Los equipos de investigación se conformaran de acuerdo a la magnitud del evento así:
 - Eventos leves y graves (excepto centinela), Comité de riesgos asistenciales.
 - Eventos centinela: Comité AD-HOC.

- 3 Una vez terminada la investigación el líder del proceso implicado deberá elaborar un documento de lesiones aprendidas y divulgarlo dentro de su equipo de trabajo. Pasará copia al subcomité de riesgos asistenciales quien determinara si se divulga a nivel institucional.

Responsabilidad del líder del proceso llevar la ficha del caso mejorado una vez se haga seguimiento a la efectividad de las acciones tomadas.

Tabla 6. Flujograma y desarrollo del procedimiento para el manejo eventos adversos asistenciales en la E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancur.

QUE	QUIEN	COMO
<p style="text-align: center;">INICIO</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Subcomité Riesgos Asistenciales.	Clasificar el posible evento adverso según la magnitud de daño o lesión en leve y grave.
<p style="text-align: center;">Identificar el evento y definir equipo investigación</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo investigador	Por medio de entrevistas (al personal involucrado y/o pacientes y familiares)
<p style="text-align: center;">Obtener y organizar la información</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo investigador	Revisión de documentación (historia clínica, registros clínicos y otra documentación relevante)
<p style="text-align: center;">Establecer cronología del evento</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo investigador	De acuerdo a lo encontrado en la documentación y entrevistas.
<p style="text-align: center;">Identificar las acciones inseguras</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo investigador	Errores ocasionados por: 1. Acción. 2. Omisión. 3. Violación consientes
<p style="text-align: center;">Identificar factores contributivos</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo investigador	Que tengan que ver con: 1. Paciente. 2. Tarea y tecnología. 3. Individuo. 4. Equipo. 5. Ambiente.
<p style="text-align: center;">Identificar la raíz del problema</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo investigador	Según metodología de causa efecto (espina de pescado) o de los 5 porque según instructivo búsqueda de cada raíz y la guía para análisis de culpa individual.
<p style="text-align: center;">Clasificar el evento</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo investigador	En evento adverso evitable (real o potencial complicación. Reacción medicamentosa.
<p style="text-align: center;">Definir el plan de Acción</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo investigador	Según procedimiento para el cierre de no conformidades, acciones correctivas preventivas y de mejora.
<p style="text-align: center;">FIN</p>		

Archivos de la E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancur.

Medición y control.

Porcentaje de eventos adversos investigados:

Nº de eventos adversos investigados en el periodo
----- X100

Nº de eventos adversos reportados en el periodo

Porcentaje de resultados adversos investigados:

Nº de resultados adversos investigados en el periodo
----- X100

Nº de resultados adversos reportados en el periodo

Control de cambios.

Revisión	Fecha	Elaboró	Revisó	Aprobó	Paginas afectadas	Descripción del cambio	Naturaleza del cambio

Fin del documento.

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS ANÁLISIS DIAGRAMA CAUSA – EFECTO			
Fecha de diligenciamiento (AAAA/MM/DD) _____		Grupo de trabajo: _____	
Líder del proceso: _____			
CAUSAS			
MÉTODO DE TRABAJO	MANO DE OBRA	MEDIO AMBIENTE	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA O EFECTO
→	→	→	
MONEDA-MEDICIONES	EQUIPO O MAQUINARIA	MATERIALES	

Figura 6. Análisis diagrama causa – efecto para tomar acciones correctivas y preventivas.

Fuente: Archivos de la E.S.E Hospital Antonio Roldan Betancur.

Tabla 7. Formato plan de seguimiento acciones correctivas y preventivas en la E.S.E. Hospital Antonio Roldan Betancur.

<p>E.S.E. HOSPITAL ANTONIO ROLDÁL BETANCUR</p>	<p>FORMATO PLAN DE SEGUIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</p>	<p>Documento No. FO-03-2-2-021 Rev. 0</p>
<p>Macroproceso: Control y mejora de la calidad de la Gestión.</p>	<p>Proceso: Análisis y mejora</p>	<p>Subproceso: Acciones de intervención</p>

<p>ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</p> <p>ANÁLISIS POR QUÉ – POR QUÉ</p>	
<p>Fecha de diligenciamiento (AAAA/MM/DD) . Grupo de trabajo: _____</p> <p>Líder del proceso: _____</p> <p>Efecto: _____</p> <p>_____</p> <p>Por qué:</p>	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____

<p>ACCIONES DE MEJORA</p> <p>JUSTIFICACIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA</p>	
<p>Situación actual</p>	<p>Situación esperada</p>

Resultado actual			Resultado esperado				
Observaciones: _____ _____							
Proceso/dependencia auditada							
Responsable							
Auditor principal							
No conformidad	Causa	Acción	Responsable	Fecha	Seguimiento		
					fecha	fecha	fecha

AUDITOR LÍDER

RESPONSABLE

Fuente: Archivos de la institución.

4 ASPECTOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta las disposiciones consignadas en las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas, para la Investigación en Salud, según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, este estudio se clasifica dentro de la categoría “Investigación sin Riesgo”, por lo que se dispensa al investigador de la obtención del consentimiento informado.

Se obtuvo la autorización de la Gerencia de la institución para la realización del estudio y se garantizó la protección de la identidad de todos los pacientes.

5 CONCLUSIONES

- 1 Toda institución prestadora de servicios, debe implementar métodos de medición y evaluación de acuerdo a la normatividad vigente.
- 2 El Hospital objeto de estudio se encuentra insertado en un proceso de perfeccionamiento de su actividad, conducente a la mejora de los procesos y por ende al incremento del nivel de calidad en la prestación de los servicios especializados de salud, por cuanto ello significa la satisfacción de las necesidades de los pacientes, o sea, restaurar su estado de bienestar.
- 3 Los indicadores de gestión son una herramienta importante para la evaluación permanente de la gestión y la calidad de los servicios de salud y sus procesos permitiendo corregir en forma oportuna las desviaciones de los estándares fijados por la Institución.
4. Los Indicadores de gestión son sistemas de Información que permiten a todos los integrantes de una organización, evaluar y controlar los procesos existentes y sus resultados.
5. Los indicadores de gestión nos permiten una visión completa de la Institución y la relación entre lo programado y lo ejecutado.
6. La calidad se constituye en la actualidad como la mayor ventaja competitiva de las Instituciones para su sostenimiento en el tiempo siendo los indicadores de gestión una garantía de la misma.
7. Hoy la gestión está igualmente dirigida por la misión de la empresa teniendo como objetivos la satisfacción de las necesidades, deseos y demandas de los clientes.

8. Pudiera ser que exista un buen resultado pero una mala gestión, o pudiera ser que exista un mal resultado pero una buena gestión, por ello lo importante es el tránsito para ir de un lugar a otro y su comparación y no los resultados.

6 RECOMENDACIONES

Todo sistema integrado de gestión de la calidad, debe tener inmerso el ciclo de mejoramiento continuo de planear, hacer, verificar y actuar. No es estacionario en el tiempo.

Las herramientas de gestión deben ser utilizadas dentro de un sistema de auditoria interna que permita el autocontrol, la autoevaluación, la evaluación externa y que con lleve a un plan de mejoramiento continuo.

Se concibe el mejoramiento de la calidad a través de la aplicación de herramienta de gestión si se cuenta con personal idóneo y competente en la atención humanizada al cliente externo y optimas relaciones interpersonales que integre cada uno de los procesos establecidos en la institución.

Se habla de sistema integrado de gestión como un sistema global y articulado en donde todas las personas, procesos y procedimiento que intervienen no presenten alteraciones; al fallar uno solo de estos elementos fallaría el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

1 Juran, J.(2001). Introducción a la calidad total. Manual de calidad, 01 (14), 14.4-14.20.

2 Donabedian A (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Mich.

3 Cuadro de Mando Unificado. [Sitio en internet]. Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/her_calidad/Default.aspx3
Consultado: 22 de junio de 2009.

4 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 3, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pág. 2. Bogotá. 2006.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1 Colombia. Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998, Diciembre 29, Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. págs. 1-4. Bogotá. 1998.

2 Colombia. Ministerio de Protección Social. Circular externa 022 de 2006. Por la cual se adoptan los formularios de inscripción y de reporte de novedades. Bogotá. 2006.

3 Colombia. Ministerio de Protección Social .Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. 2006.

4 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, Bogotá. 2007.

5 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 412 de 2000, diciembre 22, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, págs. 2-6. Bogotá. 2000.

6 Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones
Anexo Técnico No.1 - Manual de único de estándares y de verificación.
Anexo Técnico No.2 – Manual único de procedimientos de habilitación.
Bogotá. 2006.

7 Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores

de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá. 2006.

8 Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 1474 de 2002 Por la cual se adopta funciones de la entidad acreditadora y el manual de estándares de acreditación. Bogotá. 2006.

9 Colombia. Ministerio de salud. Decreto 1876 de 1994, agosto 3. Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado. Bogotá. 1994.

10 Domínguez Giraldo, G. Indicadores de gestión un enfoque sistémico. 4 ed. Santa fe de de Bogotá: Biblioteca jurídica DIKE, 2002.

11 Giraldo Sánchez, A .F, Vergara Marín A, Taborda González, C.M, Giraldo Piedrahita, F, Indicadores Básicos de Evaluación de la Gestión para las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud. Tesis de Grado. Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud CES, 2000.

12 Mejía García, B. Auditoría Médica para la Garantía de Calidad en Salud. 3ª ed. Santa fe de Bogotá: Ecoe Ediciones, 2000: capitulo 14 Págs. 83-97.

13 Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Artículo de Internet. www.paho.org/spanish/SHA/be_v22n4-indicadores.htm-35k. diciembre 2009.