

**FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE REPORTE Y GESTIÓN DE SUCESOS  
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI PARA ADULTOS DEL HOSPITAL**

**FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E**



**GEINY LORENA DUARTE ESPINOSA**

**ANGÉLICA MARÍA GALINDO SALAZAR**

**LORENA LÓPEZ ANAYA**

**JUAN CARLOS SINISTERRA LÓPEZ**

2. INTRODUCCIÓN	3
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	7
4.1 PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA	7
4.2 PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	9
5. OBJETIVOS	13
6. MARCO REFERENCIAL	14
6.1 MARCO CONCEPTUAL	14
6.2 MARCO NORMATIVO	17
7. EVIDENCIA	20
7.1 GERENCIA ESTRATÉGICA Y DE SERVICIO	20
7.1.1 PREGUNTA.	20
7.1.2 OBJETIVO.	20
7.1.3 APLICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS.	20
7.1.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	27
7.2 AUDITORÍA Y CONTROL DE CALIDAD EN SALUD	31
7.2.1 PREGUNTA.	31
7.2.2 OBJETIVO.	31
7.2.3 APLICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS.	31
7.2.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	35
7.3 DESARROLLO ORGANIZACIONAL	39
7.3.1 PREGUNTA.	39
7.3.2 OBJETIVO.	39
7.3.3 APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS	39
7.3.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	44
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
10. CONSIDERACIONES LEGALES	49

## 2. INTRODUCCIÓN

“Se calcula que uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño durante la permanencia en el hospital, el 50% de esos efectos adversos se pudieron prevenir o minimizar el daño. La probabilidad de que un pasajero sufra un daño en un avión es de 1 por cada millón de pasajeros”. (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

La práctica médica es una actividad que se ejerce con muchos riesgos a pesar de todos los avances tecnológicos y protocolos de atención que existen en los hospitales. En muchas ocasiones la atención en salud genera un daño no intencional que se conoce como evento adverso.

Con el presente estudio se pretende realizar un enfoque en el tema del fortalecimiento de la cultura del reporte de los sucesos de seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos en el Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad de Ibagué. Al analizar la información de los registros donde se reportaron los eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos, se evidenció no seguimiento ni gestión adecuada de los sucesos de seguridad que se presentaron durante el año 2018. Es así como se buscará plantear un plan de mejora que permita fortalecer la cultura del reporte y la gestión de sucesos de seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos de E.S.E Hospital Federico Lleras Acosta. Para alcanzar esto, se ejecuta un análisis de la institución en 3 capítulos que son: Gerencia Estratégica y de Servicios, Auditoría y Control de Calidad en Salud y Desarrollo Organizacional.

El capítulo de Gerencia Estratégica y de Servicios plantea una observación de la situación interna y externa de la E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta con la matriz *DOFA* (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas) y Pestal (Políticas, Económicas, Sociales, Tecnológicas,

Ambientales, Legales); con esta información se formulan las estrategias a implementar en la parte operativa y de mercadeo.

En el segundo capítulo que es Auditoría y Control de Calidad en Salud se realiza un análisis del formato del reporte de eventos adversos o condiciones de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo y la caracterización de los mismos, a través de los paquetes instruccionales de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud.

El último capítulo, constituido por el plan de Desarrollo Organizacional, se aplica una encuesta de “Clima en seguridad del paciente” para tener un diagnóstico de la cultura en seguridad en la unidad de cuidados para adultos. La información recogida en la encuesta, nos lleva a proponer el Modelo de Cambio de los 8 Pasos de Kotter como elemento para generar una transformación en la UCI del Hospital Federico Lleras Acosta. El producto a mediano plazo debe ser un cambio en la cultura organizacional que implique un avance en la manera como se gestionan los sucesos de seguridad y se reportan los eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Federico Lleras Acosta, para ser replicado a las diferentes áreas de atención en la Institución, como hospitalización y urgencias.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La E.S.E Hospital Federico Lleras Acosta viene presentando una crisis económica y administrativa que conlleva al control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud desde septiembre del 2014. Un informe realizado por el agente interventor Alfredo Bernal Caño en el año 2016, socializa que el Hospital Federico Lleras Acosta no realizaba una gestión adecuada de los eventos adversos que se presentaban durante la atención a los pacientes.

Siendo este hospital la única institución pública de III Nivel en el departamento del Tolima, es de vital importancia que cuente con protocolos que puedan garantizar una atención segura a la población que accede a sus servicios. Con este estudio de investigación se plantean diversas acciones que involucran al departamento gerencial, de auditoria y organizacional, que, al trabajar al unísono, se estima que potencialicen un cambio en la cultura para gestionar los sucesos de seguridad en la unidad de cuidados intensivos para adultos del Hospital Federico Lleras Acosta.

Las actividades desarrolladas están encaminadas a buscar una solución a las situaciones que promueven la ausencia del reporte, como la falta de conocimiento sobre eventos adversos y la inadecuada formación del personal asistencial para generar los reportes y su gestión eficiente, entre otros. Es necesario corregir las fallas, al ser detectadas, como problemas de comunicación interna, contratación de más personal si es el caso, y subsanar el subregistro de la información en la Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos del Hospital Federico Lleras Acosta.

El Brindar una atención segura es solo uno de los componentes que el grupo estima importante como parte fundamental para sobrellevar la crisis administrativa/financiera que atraviesa el hospital. Al forjar una imagen de credibilidad de los profesionales ante el público, se genera un impacto positivo en la disminución de estancias prolongadas, reingresos innecesarios,

realización de procedimientos quirúrgicos secundarios a complicaciones a infecciones prevenibles, rotación de antibióticos por infecciones asociadas al cuidado de la salud, y lo que es aún más notable, lograr disminuir las defensas jurídicas ante demandas por mala práctica médica.

## 4. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

### 4.1 PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa:

Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E

Sector económico:

Salud.

Representante legal:

Inés Bernarda Loaiza G. - Agente Especial Interventor

Introducción de las actividades que realiza la empresa:

Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, UCI, Unidad de Salud Mental, Laboratorio Clínico.

Sector donde realiza la actividad:

Ibagué (Tolima).

Historia:

El Hospital Federico Lleras Acosta comenzó a gestarse en el año de 1968 en cabeza del Dr. Alberto Rocha Alvira y un grupo de tolimenses de gran sensibilidad social, quienes, aprovechando la visita del entonces Presidente de la República, Dr. Carlos Lleras Restrepo, le proponen adelantar la construcción de un Hospital que llevaría el nombre de su padre, el destacado científico Dr. Federico Lleras Acosta.

El Presidente acoge la idea y después de muchos obstáculos se termina la construcción en febrero de 1973 y se inaugura oficialmente el 13 de noviembre del mismo año con la presencia del Presidente Dr. Misael Pastrana Borrero y el expresidente Dr. Carlos Lleras Restrepo.

La descentralización administrativa hace que la Asamblea del Tolima, mediante ordenanza No. 009 del 1ro de febrero de 1991 lo reestructure como establecimiento público del orden departamental, con personería jurídica y autonomía administrativa, adscrito al Ministerio de Salud y regulado por las normas de allí emanadas.

Mediante ordenanza No. 086 de diciembre 28 de 1994, la Institución se transformó en Empresa Social del Estado, de conformidad con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, es una entidad pública descentralizada del orden departamental, de categoría especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Seccional de Salud.

**Misión:**

“Somos una Empresa Social del Estado, centro de referencia de la red pública del Departamento del Tolima, que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, comprometidos con la docencia e investigación y la satisfacción de nuestros usuarios, su familia y grupo de interés a través de la mejora continua, atención humanizada, principios éticos y el fomento de la participación social.”

**Visión:**

“El Hospital Federico Lleras Acosta, para el año 2020 será un hospital auto sostenible, líder en el Centro Sur del país en la oferta de servicios de alta complejidad de forma segura y humanizada, a través de un equipo humano comprometido y calificado, utilizando tecnología avanzada; referentes en Docencia, Investigación e Innovación en salud, con un sistema de gestión integral implementado, comprometidos con el medio ambiente, la competitividad del Departamento del Tolima y la responsabilidad social”



Objetivos:

Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas para tal fin.

Prestar los servicios de salud que la población requiera y que el Hospital Federico Lleras Acosta Empresa Social Del Estado, pueda ofrecer, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles.

Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, una rentabilidad social y financiera.

Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.

Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.

#### **4.2 PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA**

En el año 1999 se publica el informe “Errar es de humanos” por parte del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, los resultados de la investigación evidencian que aproximadamente 44.000 a 98.000 personas fallecen cada año en los hospitales de los Estados Unidos como resultado de errores durante su atención (Villarreal-Perez, Gómez -Almaguer, & Bosques-Padilla, 2011); cifras muy altas para un país desarrollado y que cuenta con hospitales clasificados entre los mejores del mundo. Este informe es fundamental, dado que, a partir de su socialización se empieza a manejar el concepto de Seguridad del Paciente.

Debido a la gran cantidad de pacientes que morían a consecuencia de errores en la atención médica, en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) coloca en funcionamiento entre sus países miembros la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. El objetivo de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente es: “promover la investigación y facilitar la utilización de los resultados de la investigación en pro de una atención sanitaria más segura y una reducción del riesgo de ocasionar daño a los pacientes en todos los estados miembros de la OMS” (Salud, 2008).

En América Latina entre el año 2007 a 2009 se desarrolló el primer estudio sobre los incidentes originados por la atención médica, participaron hospitales de México, Costa Rica, Perú, Argentina, Colombia y la colaboración del Ministerio de Sanidad de España y la OMS. El porcentaje prevalencia de eventos adversos para Colombia fue del 13.1% (Ministerio Sanidad, 2010).

El Estado colombiano no ha sido ajeno a las directrices de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la seguridad en la atención de los pacientes, este compromiso estatal con el desarrollo de un Sistema de Salud con Calidad se ha visto reflejado en la legislación vigente, la cual desde la Constitución Política del país en el artículo 54 establece el derecho a la salud, confirmado como fundamental a través de la Sentencia T-760/08 y la ley estatutaria 1751 de 2015, por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

La prestación de servicios de salud con calidad en Colombia, se rige a través del estamento legal en donde figuran importantes directrices como el Decreto 1011 de 2006, 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; aquí se definen las características de un servicio de salud adecuado, mencionando entre ellas accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y la seguridad, este criterio acerca de los reportes, es objeto especial de abordaje de este trabajo.

La seguridad es un requisito fundamental para la atención en salud en cualquier institución. En Colombia la resolución 2003 de 2014 define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de dichos servicios. Uno de los estándares de esta norma, exige a las organizaciones contar un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de los eventos adversos.

La implementación de este programa incluye la planeación estratégica, el fortalecimiento de la cultura institucional, procesos seguros, la medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos. Es precisamente en este último aparte donde las instituciones pueden evidenciar la interiorización de una filosofía de seguridad del paciente.

El reporte de incidentes hace parte fundamental del sistema de seguridad del paciente, cuando existe una cultura adecuada se evidencia que los colaboradores pueden identificar, reportar y gestionar los sucesos. El subregistro muestra que probablemente haya falencias en el conocimiento de los conceptos de seguridad, un acceso difícil y poco compromiso individual para el reporte; la cultura punitiva más no de aprendizaje a través del error, denota que en muchas ocasiones, a pesar del reporte, no se generan las barreras de seguridad que evitan la ocurrencia de los mismos eventos adversos, lo que precipita a que los colaboradores no asuman el reporte como una acción efectiva para mejorar la seguridad.

Otro de los inconvenientes a los que se enfrentan las instituciones prestadoras de servicio de salud, es la falta de realización de una gestión adecuada de los incidentes y eventos adversos; carecer del uso apropiado de una metodología de análisis de sucesos es una falencia que deja el ejercicio incompleto y sin la eficiencia apropiada, es decir, se identifica la materialización de los riesgos pero no las causas que generaron el problema, lo que resulta en que finalmente se redunde en las fallas y en la ocurrencia de errores y daños al paciente durante el proceso de atención.

## 5. OBJETIVOS

### **GENERAL:**

Plantear un plan de mejora que permita fortalecer la cultura del reporte y gestión de sucesos de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de la ciudad de Ibagué.

## **6. MARCO REFERENCIAL**

### **6.1 MARCO CONCEPTUAL**

El siguiente glosario de términos es tomado de la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” que hace parte de los paquetes instruccionales emitidos por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

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

**Programa de Seguridad del Paciente:** herramienta institucional que permita incentivar la cultura de seguridad del paciente, trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas para brindar una atención en salud segura.

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

**Indicio de atención insegura:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

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

Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.).

Fallas latentes: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo).

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

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

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

Factores contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).<sup>7</sup> Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

Paciente: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.

Tarea y tecnología: toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

**Individuo:** el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.

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

**Equipo de trabajo:** todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

**Ambiente:** referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

**Organización y gerencia:** referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.

**Contexto institucional:** referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.



## **6.2 MARCO NORMATIVO**

### Constitución Política de 1991

Artículo 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

### Ley 100 de diciembre 23 de 1993: Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 153: Numeral 9. Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

Decreto 1011 de abril 3 de 2006: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social.

Artículo 6: Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y

financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

Artículo 32. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

Artículo 34. Tipos de Acciones. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y

facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Resolución 1043 de 2006: se establecen las condiciones que se deben cumplir los prestadores de Servicios de la Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención.

Resolución 1446 de 2006: 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.

Resolución 2003 de 2014: Se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

## **7. EVIDENCIA**

### **7.1 GERENCIA ESTRATÉGICA Y DE SERVICIO**

#### **7.1.1 PREGUNTA.**

¿Qué actividades definidas en un plan se requerirían para dar cumplimiento a la estrategia planteada?

#### **7.1.2 OBJETIVO.**

Establecer estrategias institucionales que permitan el incremento en los reportes de seguridad del paciente y mejorar la calidad de la gestión de estos.

#### **7.1.3 APLICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS.**

El Hospital Federico Lleras Acosta ubicado en la ciudad de Ibagué, es una Institución de Salud que funciona como Empresa Social del Estado, de conformidad con el artículo 194 de la Ley 100 de 1993; es una entidad pública descentralizada del orden departamental, de categoría especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Seccional del Tolima.

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E no escapa a las amenazas que afrontan muchos de los hospitales del estado, viéndose afectado en su situación administrativa/financiera, lo que ha repercutido en múltiples aspectos tales como la limitación de los servicios que se prestan por la carencia de insumos o el retiro de profesional capacitado por la falta de pago de los salarios. Desde el año 2014, la Superintendencia Nacional de Salud toma posesión del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. mediante intervención forzosa administrativa. El gerente interventor debe desarrollar estrategias que permitan su evolución a una institución hospitalaria que propenda por

un cambio soportado en una atención enfocada en la seguridad del paciente y la calidad en la prestación del servicio.

Para que desarrollar un plan estratégico, es adecuado conocer todas las variables externas e internas que se integran para el funcionamiento del Hospital Federico Lleras Acosta.

### **Análisis Pestal**

La herramienta Pestal permite tener información de los factores externos que impactan o futuros cambios en el entorno que incidirán en el funcionamiento del hospital.

**Tabla 1. Herramienta Pestal**

Tipo de Variable	Descripción de las variables a considerar
Políticas	El hospital está en proceso de devolver el manejo a la gobernación del Tolima. Esto se presta para pagar favores políticos por medio de la contratación de servicios y personas que desangran los escasos recursos que recibe la entidad.
Económicas	Menor expectativa de crecimiento del producto interno bruto en el año 2018 y posibles efectos negativos por la Ley de Financiamiento.  Incremento al sector salud del 27.5% y \$ 100 millones fortalecimiento de los hospitales públicos.
Sociales	En el año 2018 el 46.07% de la población pertenece al régimen subsidiado en salud. El porcentaje de desempleo en Ibagué es 16.6% y en todo el departamento del Tolima es 12.8 en el 2018. Implica que mucha población no cuenta con los recursos para el pago de los servicios que recibe.

	Aumento en la cifra de población venezolana en el departamento del Tolima con enfermedades de alto costo.
Tecnológicas	Implementación de la telemedicina y el E-learning a través del Plan Nacional del Desarrollo 2008.  Uso de la historia clínica electrónica. Creación “Cluster de la Salud” en el departamento del Tolima.
Ambientales	Decreto 2676 de 2000  Decreto 1669 de 2002  Decreto 4741 de 2005  Resolución 754 de 2014 (PGIRS)  Decreto 351 de 2014
Legales	Ley 100 de 1993,  Ley Estatutaria de Salud  Ley 1438 de 2011 (artículo 1)  Resolución 4445 de 1996  Decreto número 1011 de 2006  Ley 143 de 2011  Resolución 5381 de 2013  Resolución 2003 de 2014

### **Análisis DOFA**

La matriz DOFA nos da una idea de las variables internas que influyen positiva o negativamente el funcionamiento del hospital.

**Tabla 2 Análisis DOFA**

Debilidades	Fortalezas	Oportunidades	Amenazas
Mejorar el flujo de caja	Recurso humano calificado	Ofertar el servicio de hemodinámica, cirugía cardiovascular y otros de alta complejidad	Riesgo operativo por demandas por fallas en la prestación del servicio a los usuarios
Mala administración y corrupción	Único banco de sangre de la región	Único Hospital Público de nivel III en la región	Que el control lo asuma la gobernación
Tercerización planta de personal	Adquisición de equipos diagnósticos de alta tecnología	Convenio docente universitario	Liquidación del hospital por no lograr el punto de equilibrio financiero
Mejorar la planta física para cumplir con la normatividad vigente	Capacidad instalada en cuidado crítico adultos y niños	Ampliación planta física en el servicio de urgencias	Apertura de una nueva entidad de salud de tercer nivel

**Tabla 3. Cruce de Hallazgos**

Fortalezas	Debilidades
------------	-------------

Oportunidades	FO Se puede ampliar la contratación con instituciones que garanticen pago oportuno en servicios como UCI adultos con la ampliación a 43 camas la capacidad instalada	OD Establecer políticas de capacitación e incentivo al recurso humano del hospital.
Amenazas	FA Cuenta con equipos biomédicos para ofrecer servicios de alta complejidad, pero hay mucha rotación del talento humano por la crisis financiera que todavía presenta el hospital	DA Elaborar los programas necesarios para el fortalecimiento en la gestión de los procesos y el fortalecimiento de la cultura organizacional.

### Balance Score Card

La E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta se encuentra en una crisis financiera que afecta el normal funcionamiento del hospital. Se desarrolla este Balance Score Card o Cuadro de Mando Integral, que son objetivos que están alineados al cumplimiento de la visión, que a su vez cuentan con indicadores para realizar el seguimiento a su ejecución.

**Tabla 4. Balance Score Card**

Misión	Visión	Objetivo	Indicador	Tipo de Indicador
Empresa Social del Estado, centro de referencia de la	Para el año 2020 será un hospital auto sostenible,	Diseñar un programa capacitación	Numero de capacitaciones o	% Eficacia



<p>red pública del Departamento del Tolima, que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, comprometidos con la docencia e investigación y la satisfacción de nuestros usuarios, su familia y grupo de interés a través de la mejora continua, atención humanizada, principios éticos y el fomento de la participación social</p>	<p>líder en el Centro Sur del país en la oferta de servicios de alta complejidad de forma segura y humanizada, a través de un equipo humano comprometido y calificado, utilizando tecnología avanzada; referentes en Docencia, Investigación e Innovación en salud, con un sistema de gestión integral implementado, comprometidos con el medio ambiente, la competitividad del Departamento del Tolima y la responsabilidad</p>	<p>para mejorar la calidad en el servicio y creación de la cultura organizacional</p>	<p>actividades desarrolladas</p>	
---	--	---	----------------------------------	--

	social			
		Prestación de servicios con calidad (seguridad del paciente)	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	% Eficacia

Objetivo	Indicadores	Meta	Cumplimiento		
			Bajo	Medio	Alto
Desarrollar Programa de capacitación en cultura organizacional y seguridad del paciente	Número de actividades desarrolladas al mes	16 mensuales	2 - 6	7 - 11	12 - 16
	Porcentaje de satisfacción del usuario con el servicio	100%	40% ≤	41% - 70%	≥ 71%
	Porcentaje en cumplimiento citas por parte del personal medico	100%	50%	51% - 80%	> 81%
Evaluar la calidad en el servicio					
Garantizar la seguridad del paciente	Incidencia de eventos adversos al mes	20% mensual	> 35%	34% - 24%	< 23 %
	Porcentaje de incidentes al mes	15%	> 25%	24% -	< 15%

		mensual		16%	
	Porcentaje de eventos e incidentes reportados y gestionados	100% mensual	50%	51% - 79%	>80%

#### 7.1.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

##### Estrategias

Con base en el análisis DOFA que se realizó del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., se aplica la Estrategia Global Operativa que busca fortalecer el reporte de eventos y sucesos de seguridad en la unidad de cuidados intensivos para adultos.

Se escogen las Estrategias: Operativa y Mercadeo (diferenciación). El objetivo de la estrategia operativa es fortalecer la cultura en el reporte de los eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos para adultos. Al contar con 43 camas en la unidad de cuidados intensivos para adultos, como estrategia de diferenciación es ofrecer una capacidad que pocas instituciones pueden tener en la ciudad de Ibagué. Se realizarán convenios con todas las instituciones de salud del Tolima y departamentos cercanos para el traslado de sus pacientes que ayudarán a mejorar las finanzas del Hospital.

**Tabla 5. Estrategias para fortalecimiento de la cultura del reporte de eventos adversos.**

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	TAREAS	PLAZO	RESPONSA BLES	EVIDENCIA	RECURSOS Y PRESUPUESTO	OBSERVACIONES
Estrategia	Diseñar	Ajustar el	Junio a	Oficina	Formato	Recurso	El formato

operativa # 1	sistema de registros de sucesos de seguridad del paciente que permita incrementar la cultura del reporte.	formato para el reporte de sucesos de seguridad cumpliendo con los siguientes aspectos: accesibilidad, confidencialidad del reportante, trazabilidad de la información, seguridad en la conservación	septiembre de 2019	planeación y calidad	registrado en el SIG en control de documentos Reunión de socialización con el personal médico y de enfermería UCI adultos	humano: Jefe líder de seguridad del paciente \$ 2.500.000 pesos 2 Auxiliares de enfermería salario cada una \$1.100.000 pesos Equipos e insumos: 1 Computador de oficina y 1 Computador portátil Papelería Refrigerio Auditorio \$ 150.000 pesos	debe contar con acceso en físico y medio magnético para garantizar seguridad de la información
Estrategia operativa # 2	Desarrollar plan de capacitaciones	Inscribir al personal médico y	Agosto a Octubre	Departamento de talento	Registro de inscripción	Cursos: Gratis	Estas capacitaciones son

	en seguridad del paciente.	auxiliares de enfermería a los cursos de la Organización para la Excelencia en Salud: 1. Actualización concepto en seguridad del paciente. 2. Correcta identificación del paciente	e de 2019	humano. Oficina de planeación y calidad	y certificado	Compensación medio día de descanso \$ 50.000 a 120.000 pesos empleado de la UCI	complementos a las que se realizan en el hospital.
Estrategia operativa # 3	Medir el clima laboral y la cultura organizacional del hospital de dirección,	Contratar encuesta con una empresa de Coaching Empresarial para evaluar la capacidad de trabajo en equipo, ambiente de trabajo,	Julio a Agosto 2019	Gerencia Talento humano	Registro del personal asistente a las capacitaciones y asesorías	\$ 4.00.000 a \$ 7.000.000 millones Papelería, refrigerio: \$ 200.000	Los resultados son analizados por el Gerente interventor y Talento Humano para definir los cambios

		comunicación.  Brindar entrenamiento para desarrollar habilidades y destrezas para optimizar el desempeño en el trabajo.					a  implementar  en el  hospital
Estrategia de mercado # 1	Ofertar el servicio de la unidad de cuidados intensivos adultos con una capacidad de 43 camas	Ejecutar actividades de mercadeo con EPS	Julio a Diciem bre de 2019	Gestión Comercial	Contratos  Cifras ventas mensual	Recurso humano:  Profesional mercado \$ 3.500.000  Asistente mercadeo \$ 1.200.000  Logística:  Transporte \$ 500.000  Papelería \$ 300.000	

## 7.2 AUDITORÍA Y CONTROL DE CALIDAD EN SALUD

### 7.2.1 PREGUNTA.

¿Cómo mejorar el modelo de operación de la empresa seleccionada para implementar de manera adecuada los diferentes componentes de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en los servicios de Salud?

### 7.2.2 OBJETIVO.

Evaluar la cultura de reporte y gestión de los sucesos de seguridad del paciente correspondiente al 2018 en la unidad de cuidados intensivos para adultos del Hospital Federico Lleras E.S.E.

### 7.2.3 APLICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS.

En este cuadro se identifican los 5 eventos adversos o sucesos de seguridad en la unidad de cuidados intensivos para adultos que fueron tomados del registro físico que tiene documentando el hospital Federico Lleras Acosta (Ver en anexos registro colectivo y análisis de eventos adversos)

**Tabla 6. Descripción de eventos adversos y causas evidenciadas**

Eventos Adversos		
Nº	Descripción del Evento Adverso	Causas
1	Lesiones de piel por ulcera de presión al estar en una sola posición por mucho tiempo	Falta de adherencia a protocolos. Escaso personal ronda de seguridad
2		Mala manipulación del profesional

	Auto-extubación por manipulación del paciente al despertar de la anestesia	Insumo defectuoso
3	Auto retiro sonda	Falta de adherencia a protocolos. No se cuenta con insumos
4	Caídas	Falta de mantenimiento preventivo a las camas Equipos de iluminación en mal estado Pasillos con elementos No funcionan los teléfonos en los consultorios para comunicarse
5	Identificación inadecuada de imágenes diagnósticas en su lectura	Carga laboral Ausencia personal capacitado Falta de adherencia a protocolos o guías No correcta identificación del paciente Información confusa o poco clara

Complementario al cuadro anterior, se realiza una caracterización más específica de los eventos adversos o sucesos de seguridad.

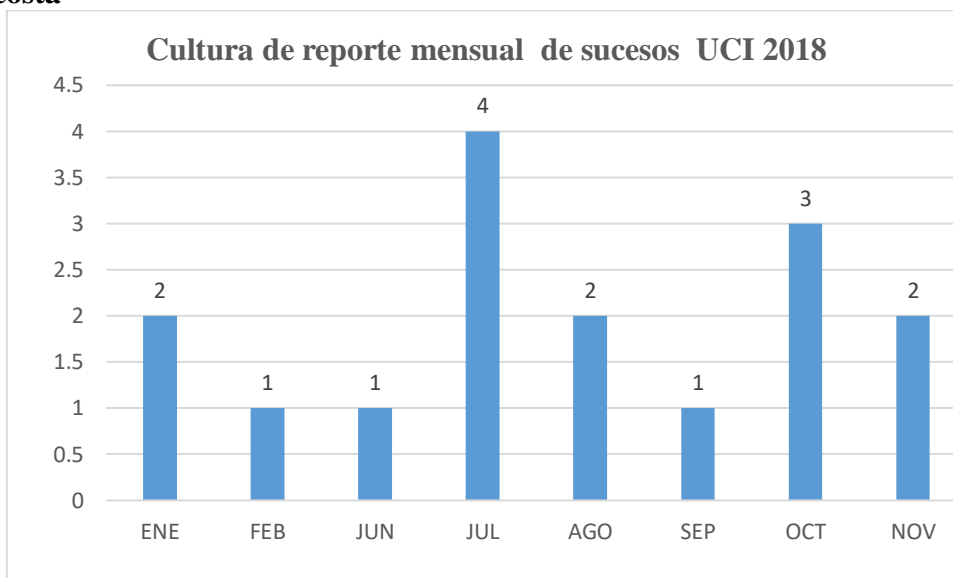
- Tipificación de sucesos de seguridad de la UCI año 2018

Cultura del reporte

Se encontró que en la UCI se realizaron 16 reportes de seguridad distribuidos por mes así:



**Tabla 7. Cultura del reporte de eventos adversos UCI Adultos Hospital Federico Lleras Acosta**



Fuente: Registro de sucesos de seguridad UCI 2018

Teniendo en cuenta que los estudios internacionales documentan que las ocurrencias de sucesos de seguridad del paciente en un ámbito intrahospitalario pueden llegar hasta del 10% de las atenciones, en nuestro país no hay estudios que determinen la incidencia de incidentes o eventos adversos en unidades de cuidados intensivos. La UCI para adultos del Hospital Federico Lleras Acosta presenta un promedio de 45 egresos al mes durante el primer semestre, con estos egresos se esperaría al menos 4 reportes mensuales. Sin embargo, es evidente la baja cultura del reporte en esta área, con una frecuencia de reporte que oscila entre 0 y 4 registros mensuales (no se halló evidencia de reporte en marzo, abril, mayo, diciembre en el formato de reporte).

- Clasificación de los sucesos.

La clasificación de los sucesos de seguridad se realizó teniendo en cuenta la información hallada en el registro de sucesos de la UCI; en 15 de los 16 sucesos no se efectuó una ampliación

de la descripción de los casos, por lo cual la clasificación aquí presentada obedece a los datos descritos en el formato.

**Tabla 8. Clasificación de sucesos de seguridad del paciente en UCI 2018**

<b>Clasificación</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Evento adverso</b>	10	63%
<b>Incidente</b>	6	38%

Fuente: Registro de sucesos de seguridad UCI 2018.

- Tipología de sucesos

**Tabla 9. Tipología de sucesos de seguridad del paciente en UCI 2018 (eventos adversos)**

<b>Evento adverso</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Lesiones en piel</b>	5	50%
<b>Autoextubación</b>	2	20%
<b>Auto-retiro de sonda</b>	1	10%
<b>Desplazamiento de CVC</b>	1	10%
<b>Extravasación de LEV</b>	1	10%

Fuente: Registro de sucesos de seguridad UCI 2018.

De los sucesos eventos adversos registrados en la UCI el 50% con úlceras por presión o lesiones en piel asociadas a dependencia lo cual coincide con la literatura mundial en donde se referencia que este tipo de daños asociados a la atención en salud son uno de los más frecuentes (Achurry Saldaña, y otros, 2016). De igual forma ocurrieron 2 autoextubaciones, las cuales a pesar del subregistro de reporte muestra este suceso frecuente en las UCI.

**Tabla 10. Tipología de sucesos de seguridad del paciente en UCI 2018 (Incidentes)**

<b>Incidente</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Caída</b>	2	33%
<b>No procesamiento de paraclínicos</b>	2	33%
<b>Identificación inadecuada de imágenes</b>	1	17%
<b>Pérdida de cadena de frío (hemocomponente)</b>	1	17%

Fuente: Registro de sucesos de seguridad UCI 2018.

Al igual que las lesiones en piel por dependencia, las caídas en el ámbito hospitalario hacen parte de la epidemiología de los sucesos de seguridad del paciente lo cual no es ajeno a esta unidad de cuidados intensivos, una de ellas se presentó en una paciente con antecedente de síndrome convulsivo un factor de riesgo predisponente para este tipo de sucesos, es importante indagar acerca de la gestión de riesgos asistenciales de la unidad.

#### **7.2.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

Se realiza el análisis de las causas de los eventos adversos con base a los estándares de los procesos prioritarios establecidos en la resolución 2003 de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

**Tabla 11. Análisis de causas de eventos adversos UCI Hospital Federico Lleras Acosta.**

<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>
<b>Talento Humano</b>	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.

	<p>La realización de sedación profunda grado III (Cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos), cuenta con profesional con certificado de formación en:</p> <p>Soporte vital avanzado.</p> <p>Monitoria de EKG.</p> <p>Métodos avanzados en manejo de vía aérea.</p> <p>Sedación.</p> <p>Lectura e interpretación electrocardiográfica.</p>
Infraestructura	<p>Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.</p> <p>Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.</p>
Dotación	<p>Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.</p> <p>Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.</p>
Medicamentos, dispositivos e insumos	<p>Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.</p> <p>Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.</p>

Procesos Prioritarios	Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.
	La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencia de nuevos eventos.
Historia clínica y registros	Las historias clínicas y/o registros asistenciales:  Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.
	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.
Interdependencia	No aplica

Teniendo en cuenta los estándares de los procesos prioritarios de la resolución 2003 de 2014 en donde se exige a las instituciones contar con un programa de seguridad del paciente que permita la medir, analizar y gestionar los eventos adversos, se ha establecido una revisión de la tendencia de reportes y calidad de la gestión de los mismos teniendo en cuenta las recomendaciones de Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” del Ministerio de salud. Para el análisis de la información presentada se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Reportes realizados en la unidad de cuidados intensivos adulto en el 2018.

- Lista de chequeo para la verificación de la calidad de los reportes.
- Lista de chequeo para verificar la calidad de la clasificación y gestión de los reportes.

#### Análisis de calidad de la gestión

Para realizar en análisis de la gestión de los sucesos se tuvo en cuenta las recomendaciones de los paquetes Instruccionales de Seguridad del Paciente del ministerio de Salud en donde en el modelo pedagógico se sugiere contar con el análisis causal y establecer las acciones de mejora pertinentes las cuales se derivan en la generación de barreras de seguridad para evitar la ocurrencia de nuevos sucesos.

- Criterios evaluados:

Realización de protocolo de Londres: (gestión del suceso).

Establecimiento de acciones inseguras.

Registro de factores contributivos.

Plan de mejora.

Con los criterios anteriores se considera que la gestión de un suceso de seguridad es adecuada.

**Tabla 12. Gestión de sucesos 2018 (Incidentes)**

<b>Gestión de sucesos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Protocolo de Londres completo</b>	1/16	6%
<b>Registro de acciones inseguras</b>	3/16	19%
<b>Registro de Plan de mejoramiento</b>	1/16	6%

Fuente: Registro de sucesos de seguridad UCI 2018.

La conclusión en relación al reporte de los incidentes que llevan a acciones inseguras en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto del Hospital Federico Lleras Acosta, es que no se realiza de forma adecuada, por lo que es válida una intervención para mejorar la cultura del reporte y análisis de los sucesos de seguridad del paciente.

Se propone fortalecer las competencias de los líderes de seguridad para el análisis y gestión de sucesos de seguridad a través de jornadas de seguimiento a la gestión de seguridad del paciente en donde se realice revisión y retroalimentación de la calidad del análisis con la estructuración del programa de seguridad del paciente.

Elaborar un cronograma de elaboración de auditorías en seguridad del paciente para la unidad de cuidados intensivos para adultos y ejecutar el plan de auditorías que le permita hacer una evaluación de la calidad en la gestión en los sucesos de seguridad.

### **7.3 DESARROLLO ORGANIZACIONAL**

#### **7.3.1 PREGUNTA.**

¿Cómo se gestiona en su empresa los procesos del desarrollo organizacional para aportar a la excelencia en la prestación del servicio?

#### **7.3.2 OBJETIVO.**

Fortalecer la cultura institucional de seguridad del paciente como elemento fundamental de una prestación del servicio con altos estándares de calidad en el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E.

#### **7.3.3 APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS**

Se desarrolla y aplicamos una Encuesta que nos permita determinar la “Cultura de seguridad del paciente” a los 47 empleados que conforman la Unidad de Cuidados Intensivos de

Adultosdultos y de esta manera, conocer cuál es conocimiento que tiene el personal asistencial sobre este tema en específico y la relevancia desde la gerencia del hospital.

- **Encuesta**

Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Marque UNA SOLA OPCIÓN, donde 1 representa el menor grado de acuerdo y 5 el mayor (5=Si; 4=MV; 3=AV; 2=RV; 1=NO) Donde MV=Mayoría de las veces; AV= Algunas veces; RV=Rara vez)

Percibe que se cuenta con el suficiente personal

para realizar el trabajo.

1 2 3 4 5

Estamos haciendo cosas activamente para

mejorar la seguridad del paciente.

1 2 3 4 5

Mi jefe acepta las sugerencias del personal

para mejorar la seguridad de los pacientes.

1 2 3 4 5

Cuando se informa de un incidente, se siente que

la persona está siendo denunciada y no el problema.

1 2 3 4 5

El personal siente que sus errores son

usados en su contra.

1 2 3 4 5

En esta unidad, discutimos formas de prevenir

errores para que no se vuelvan a cometer.

1 2 3 4 5

El análisis de los errores ha llevado a

cambios positivos.

1 2 3 4 5

Los empleados se preocupan de que los errores

que cometen queden registrados.

1 2 3 4 5

La Dirección de esta institución muestra que la

seguridad del paciente es su prioridad.

1 2 3 4 5



La Dirección de la institución se muestra  
interesada en la seguridad del paciente sólo  
después de que ocurre un incidente adverso.

1    2    3    4    5

Se utilizará el modelo de los 8 Pasos de Kotter como herramienta para implantar los cambios que se quiere llevar a cabo en la unidad de cuidados intensivos para adultos del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. El cambio debe promover un refuerzo en la cultura institucional para gestionar los sucesos de seguridad y eventos adversos en la UCI adultos y posteriormente en todo el hospital.

**Tabla 13. Descripción del cambio a implementar en UCI Adultos Hospital Federico Lleras Acosta**

Empresa:	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E
Descripción del Cambio a Implementar	<p>El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. es una institución prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad.</p> <p>Las Empresas Sociales del Estado están atravesando una situación crítica en sus finanzas que afecta, por supuesto, el funcionamiento normal del hospital.</p> <p>En muchos casos, las dificultades para la sensibilización sobre el reporte del error al interior de la institución, pueden deberse a personal insuficiente, falta de capacitación, falta de mantenimiento a la planta física/equipos, una baja cultura organizacional debido a la poca motivación y escaso reconocimiento a los empleados.</p> <p>El objetivo a mediano plazo es el fortalecimiento de la cultura del reporte y la gestión de los sucesos de seguridad en la unidad de cuidados intensivos para</p>

	adultos.
Personal Involucrado	Gerencia Oficina planeación y calidad Talento humano Jefe Unidad UCI adultos
Implementación de la Metodología Kotter	
Paso 1	<p>Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud establece que las instituciones deben “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y, de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras”. En la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos esto no se ejecutando a lo establecido a los paquetes instruccionales emitidos por el Ministerio de Salud.</p> <p>Los gastos adicionales que conllevan a mas días de internación de los pacientes afectados, está causando un mayor deterioro en las finanzas de la institución sin contar con las futuras demandas por parte de los pacientes y sus familias.</p> <p>La Oficina de planeación y calidad propone un cambio en la manera con se está reportando los eventos y los sucesos de seguridad en la unidad de cuidados intensivos para adultos. Esto implica que la Gerencia y Talento humano asignen los recursos las necesidades que se requieran en material, equipos y personal.</p>
Paso 2	El proceso de Gestión del Cambio va a estar liderado por el Oficina de Planeación y Calidad.

	<p>La oficina de planeación y calidad se encarga de desarrollar con el apoyo del departamento Talento Humano el nuevo programa de seguridad del paciente para todo el hospital.</p>
Paso 3	<p>Con el nuevo cambio la Gerencia (Gerente Interventor) definirá la nueva Visión del hospital a en el mediano y largo plazo con la estrategia adecuada.</p>
Paso 4	<p>Se comunica la Visión a todo personal a través del Sistema Integral de Gestión que tiene el hospital y debe ser publicado en físico en la cartelera destinada para ello.</p> <p>Explicar los beneficios que el hospital puede alcanzar con el cambio que se está efectuando.</p>
Paso 5	<p>Se establece la directriz para que el Departamento de Talento Humano contrate personal de salud con la formación en Seguridad del Paciente para la unidad funcional de Uci en adultos. Si ya existe personal con la formación en seguridad del paciente, va apoyar en los procesos de implementación del programa.</p>
Paso 6	<p>En las reuniones que se hacen con la Gerencia, se analizan los reportes de los eventos adversos y la gestión de los sucesos de seguridad con base a lo establecido en el plan de mejora.</p>
Paso 7	<p>Analizar si el cambio gestionado si logró alcanzar las metas establecidas en la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos.</p> <p>Se debe gestionar los cambios adecuados a otras unidades funcionales del hospital.</p> <p>Procurar la mejora continua.</p>

Paso 8	<p>La Gerencia, la Oficina de Planeación y Calidad, el Jefe de la UCI en adultos muestran los beneficios con el cambio implementado y con base en lo establecido en la nueva visión.</p> <p>Resaltar y motivar al personal que logro que el cambio fuera posible por parte del departamento de Talento Humano.</p>
--------	--

### 7.3.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La UCI para adultos del hospital Federico Lleras Acosta cuenta con la siguiente planta de personal conformada así:

17 auxiliares de enfermería

12 jefes de enfermería

6 médicos generales

6 especialistas en cuidado crítico

6 terapeutas respiratorios

En la encuesta solo participaron 26 empleados entre profesionales y técnicos de la salud de la unidad de cuidados intensivos para adultos. Los resultados exteriorizan que no hay total compromiso desde la dirección de la institución, cuando se genera eventos que suponen un problema legal o un costo elevado.

Hay rotación continua del personal y por razones de la misma intervención de la Supersalud, no se puede contratar el personal suficiente, esto genera una carga laboral, que se incrementa al coparse la capacidad instalada. Esto puede generar mayores inconvenientes a la hora de atender a

los usuarios sin incurrir en errores derivados de la atención insegura, dado el volumen de usuarios y el poco personal para su atención.

El hecho de no reportar los eventos o incidentes de atenciones inseguras en la UCI adultos del Hospital Federico Lleras Acosta, se ha generalizado en el personal asistencial, para evitar problemas como señalamientos, cambios de servicio, sanciones, entre otros.

Las propuestas se enfocan en incluir en el programa de inducción y reinducción el tema de seguridad del paciente, diseñar un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en la metodología de reporte.

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una cultura institucional de seguridad del paciente se ve reflejada en la tendencia a realizar los reportes y la calidad en la gestión de los mismos, el subregistro muestra que probablemente hay falencias en el conocimiento de los conceptos de seguridad, un difícil acceso y poco compromiso individual para el reporte, una fuerte cultura de la culpabilidad y no aprendizaje a través del error cometido.

Una de las estrategias para incentivar la cultura del reporte de sucesos es generar barreras de seguridad como producto de la gestión adecuada de los eventos adversos, este tipo de acciones da el mensaje a los colaboradores de que son constructores de la calidad en su institución y permite perder el temor a reporte de seguridad.

Las instituciones de salud deben ser efectivas en la gestión de eventos adversos, ya que la falencia en la aplicación de metodología de análisis conlleva a la ocurrencia de nuevos daños al paciente, esto se ve reflejado en riesgos jurídicos, financieros y afecta la imagen de la organización.

Los modelos organizaciones de excelencia son una herramienta fundamental para el mejoramiento de las organizaciones, debe existir un compromiso general con la aplicación de metodologías que permitan cumplir con todos los componentes del Sistema obligatorio de garantía de la Calidad, partiendo desde la habilitación y llegando a altos estándares de calidad con el Sistema Único de Acreditación.

La coyuntura actual del sistema de salud en Colombia es una amenaza para la sostenibilidad de las instituciones, sin embargo, el implementar los componentes del Sistema Obligatorio de

Garantía de la Calidad puede convertirse en una fortaleza para maximizar la eficacia organizacional y ser corto efectivos al gestionar los riesgos de la prestación del servicio.

Según la disponibilidad presupuestal de la organización se sugiere adquirir un software que cumpla con los requerimientos: accesibilidad, confidencialidad del reportante, trazabilidad de la información, seguridad.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buenas prácticas de seguridad en salud. II Simposio Nacional de Seguridad del Paciente. (2013). Cali

Causas de ocurrencia de evento adverso relacionado con la atención de enfermería. (2014). Yenny Rodríguez Rey. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá Colombia.

Causas del no reporte de eventos adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto. (2013). Revista Universidad y Salud. Vol. 15 Páginas 17 – 195.

Elaboración de Tesis. Estructura y metodología. (2013). Luis Arturo Rivas Tovar. Editorial Trillas. México.

Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. (2016). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Bogotá, Colombia.

Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan los pacientes. (2016). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Bogotá, Colombia.

Metodología de la investigación (2010). Roberto Hernández Sampieri. Editorial Mc Graw Hill. México.

Seguridad del Paciente y la atención segura. (2016). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Bogotá, Colombia.

Seguridad del Paciente, concepto y análisis de eventos adversos. (2009). Revista Vía Salud. Vol 4.

<https://amandapalazon.com/la-teoria-del-cambio-segun-kurt-lewin/>

<https://retos-directivos.eae.es/en-que-consiste-el-analisis-pestel-de-entornos-empresariales/>



## 10. CONSIDERACIONES LEGALES

La metodología del presente proyecto no involucra riesgos en Animales (ley 84 de 1989), Ambiente, Biodiversidad (Decretos 309 de 2000 y 1375 y 1376 de 2013 del Ministerio del Medio Ambiente y Resolución 1348 de 2014) y OGMs (Resoluciones 3492 de 1998 y 2935 de 2001 del Instituto Colombiano Agropecuario)


En relación a los acuerdos pactados con la institución, en el portal académico de la Universidad Fundación Universitaria de Ciencias de la salud, se encuentra carta Aval que dio autorización al equipo de trabajo para la realización del estudio actual en el Hospital ESE Federico Lleras Acosta de la ciudad de Ibagué.

Sobre la aplicación de la herramienta - encuesta – se diligenció consentimiento informado para el personal de la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos del Hospital Federico Lleras Acosta, para su participación en la realización de la encuesta. Para constancia de lo anterior, se anexa el formato de consentimiento informado firmado por los participantes en esta investigación.

En este proyecto de investigación y en todos los documentos en los que se divulgan sus resultados, se tendrá en cuenta el respeto a la propiedad intelectual de aquellos que han trabajado previamente en el tema, haciendo la adecuada citación de trabajos y sus autores.

APENDICE

REGISTRO COLECTIVO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS


CODIGO: DI-PR-00#	Fecha de elaboración: 29-04-2013	Fecha de actualización: 18-01-2016	Version: 3	Página 1 de 1	
----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	------------	---------------	---

SERVICIO: Uci - 3 Piso accident UNIDAD DE SALUD: Francia MES: Enero AÑO 2018

FECHA DEL EVENTO	DATOS DEL PACIENTE (nombres y apellidos, H/C, edad, N° cama)	DIAGNOSTICO	EVENTO ADVERSO	ACCIONES INSEGUROS	FACTORES CONTRIBUTIVOS	PREVENIBLE	ACCIONES DE MEJORA
21-10-18	Hombres Gómez Hernández	SX bilirrubina estructural falla multicausal	incidente laboratorio no procesado examen solicitados ayer por química general, requerió del Puro mantenimiento del			si	no
21-10-18	Elio Fabio Cervera García 200	CA Estrogénica Disyuntiva Papilestereomica Papilestereomica	presente, que se debe de ser cargados en la retroalimentación con el laboratorio Clínico. No procesaron los tiempos de cumplimiento el día no se repiten que no se envió la muestra cuando la química completa que se tomaron y los resultados en el laboratorio de química general que se repiten con el proceso, donde repiten al día de hoy			si	no
11/02/18	Alfonso Nájera Hernández 25 años CC: 28535448	CA Estrogénica Disyuntiva Papilestereomica Papilestereomica	Reunión de EX de temas que no corresponden al presente			si	no

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Profesional universitario oficina asesora de planeación y calidad	Jefe oficina asesora de planeación y calidad	Agente Especial Interventor

REGISTRO COLECTIVO Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

CODIGO: DI-PR-00#	Fecha de elaboración: 29-04-2013	Fecha de actualización: 18-01-2015	Version: 3	Página 1 de 1	
----------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	------------	---------------	---

SERVICIO: UJ mujer. 3 Pso UNIDAD DE SALUD: Francisca MES: Julio AÑO: 2018

FECHA DEL EVENTO	DATOS DEL PACIENTE (nombres y apellidos, H:C, edad, N° cama)	DIAGNOSTICO	EVENTO ADVERSO	ACCIONES INSEGUROS	FACTORES CONTRIBUTIVOS	PREVENIBLE		ACCIONES DE MEJORA
						SI	NO	
09/08/10	Salvix Gonzalez. 93011593 3 años	Pop infante	paciente bajo cero entibi y pesa 12kg. + colapso traumático respiratorio	paciente bajo cero entibi y pesa 12kg. + colapso traumático respiratorio	No inmovilizado		X	

Anexo:

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, acepto voluntariamente participar en la encuesta \_\_\_\_\_, conducida por los estudiantes de la Especialización de Gerencia en Servicios de Salud de la universidad \_\_\_\_\_.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

Señores  
**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA EN CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS**  
 Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas  
 Ciudad

Cordial saludo,

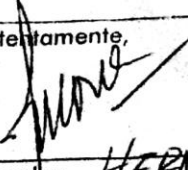
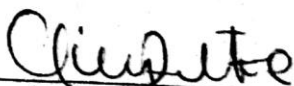
Yo, Coordinadora DORA ESPINOSA y Grupo C3-6, identificado con  
 CC 65704200 de Espinal, en mi calidad  
 de Enfermera cargo Enfermera de la empresa  
HOSPITAL FEDERICO LLEROS ACOSTA, manifiesto que  
 identificado con cédula de ciudadanía No. 65704200 de Espinal,  
 estudiante del programa de Gerencia en Salud, de la Fundación Universitaria de Ciencias de  
 la Salud - FUCS, ha informado a esta institución su intención de adelantar el proyecto académico  
 denominado "Trabajo de Grupo",  
 cuyo desarrollo requiere el acceso y uso de información administrativa, comercial y financiera relativa a la  
 empresa, que puede tener carácter confidencial.

Dado lo anterior, se autoriza al estudiante a utilizar la información confidencial que la empresa entregue  
 para el desarrollo del proyecto, siempre y cuando el estudiante, a través de la firma del presente documento  
 se obligue a:

- (1) Mantener en carácter confidencial y privado la información revelada por la empresa en virtud o con ocasión del desarrollo del proyecto.
- (2) Usar con fines estrictamente académicos toda información, sea o no confidencial, entregada por la empresa para el desarrollo de su proyecto y/o de la cual tenga conocimiento en virtud o con ocasión del proyecto.
- (3) No utilizar la información confidencial con fines comerciales, así como tampoco ninguno de los productos (documentos, metodología, procesos y demás) que se deriven de la información entregada por la empresa.
- (4) No revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, reproducir, utilizar y/o emplear la información confidencial, con ninguna persona natural o jurídica, ni en su favor ni en favor de terceros.
- (5) Proteger la información confidencial para evitar su divulgación no autorizada
- (6) No proporcionar a terceras personas, verbalmente o por escrito, directa o indirectamente, información alguna de las actividades y/o procesos de cualquier clase que fuesen observadas en la empresa (área, institución, sector) durante la duración del proyecto.

Teniendo en cuenta el alcance el proyecto, manifiesto conocer que la información y resultados que se obtengan del proyecto podrían llegar a convertirse en artículos, estudios de caso o cualquier otro documento que como herramienta didáctica apoyará la formación de los estudiantes de la Institución y el campo de conocimiento de su disciplina, siendo posible que dichos resultados puedan ser publicados y socializados ante la comunidad académica.

En caso de que alguna(s) de las condiciones anteriores sea(n) infringida(s), la empresa podrá ejercer las acciones judiciales (civiles y penales) que considere pertinentes, para obtener el resarcimiento de los daños y perjuicios que pudieren derivar de la conducta del estudiante.

Atentamente,  Nombre <u>HERIBERTO MORENO H</u> C.C. <u>65704200</u>	Acepto,  Nombre Estudiante C.C. <u>65704200 ESPINAL (TA)</u>
---	---