

**PROPUESTA DE PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD CON ENFOQUE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1, PUNTO DE ATENCIÓN CAJIBÍO. AÑO 2021**

EVELYN LOPEZ ACOSTA

JESSICA ERAZO ORTIZ

LEIDY CEBALLOS SATIZABAL

TATIANA ORDOÑEZ MUÑOZ

CLAUDIA FABIOLA REY SARMIENTO

UNIVERSIDAD EAN

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE CALIDAD EN SALUD CON ÉNFASIS EN

EPIDEMIOLOGÍA

POPAYÁN

2021

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
2 JUSTIFICACIÓN	10
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo general	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 MARCO LEGAL	13
4.1 Ley 100 de 1993	13
4.2 Decreto 1011 de 2006	13
4.3 Resolución 123 de 2012	14
4.4 Resolución 256 de 2016	14
5 MARCO CONCEPTUAL	15
5.1 Calidad de la atención en salud	15
5.2 Seguridad del paciente	16
5.3 Mejoramiento Continuo de la Calidad	17
5.4 Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad (SOGC)	18
5.4.1 Sistema Único De Habilitación	18
5.4.2 Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención De Salud. (PAMEC)	19
5.4.3 Sistema Único De Acreditación (SUA)	19
5.4.4 Sistema de información para la calidad.	19
5.4.5 Sistema Único De Acreditación (SUA)	20
5.4.6 Ciclo Operacional Del SUA	21
5.4.6.1 Ruta crítica	21
6 MARCO INSTITUCIONAL	22
6.1 Características sociodemográficas	23
6.2 Objetivos institucionales	24
6.3 Valores institucionales	25
6.4 Objetivos estratégicos	26

6.5	Políticas institucionales	26
7	METODOLOGÍA	27
7.1	Metodología general o de primer nivel	27
7.1.1	Enfoque, diseño de la investigación y alcance o tipo de estudio	27
7.1.2	Definición de variables	28
7.1.3	Definición operacional	30
7.1.4	Población y muestra	31
7.2	Metodología de segundo nivel	31
7.2.1	Selección de métodos o instrumentos para la recolección de información. .	31
8	RESULTADOS	35
8.1	Propuesta de programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, con énfasis en seguridad del paciente	35
8.1.1	Autoevaluación	35
8.1.2	Selección de procesos a mejorar	1
8.1.3	Priorización de procesos	2
8.1.4	Calidad esperada	3
8.1.5	Medición inicial	4
9	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	6
10	RECOMENDACIONES	8

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Calificación del grupo de estándares, E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío. 2021

Tabla 2. Priorización de oportunidades de mejora de acuerdo con su criticidad. E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, 2021.

Tabla 3. Calidad esperada, E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, 2021.

Tabla 4. Medición inicial, E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, 2021.

Tabla 5. Plan de mejoramiento con enfoque en seguridad del paciente, E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, 2021.

RESUMEN

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad es un proceso de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud. Como objetivo se estableció elaborar una propuesta de Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad mediante la aplicación del enfoque en seguridad del paciente para la ESE Centro 1, punto de atención Cajibío, requisito del Sistema único de Habilitación. Se realizó un estudio que evaluó el nivel de cumplimiento de los estándares señalados en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente, elaborada por el Ministerio de Salud y protección Social, que se desarrolló partiendo de una evaluación en la que se identificaron fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar. Se encontró que la ESE Centro I Punto de Atención Cajibío, debe realizar plan de mejora enfocado en la seguridad del paciente; por esa razón, se concluyó que es de suma importancia el manejo de los estándares anteriormente mencionados en las entidades prestadoras de salud de primer nivel, ya que permite disminuir la ocurrencia de eventos adversos garantizando así una adecuada prestación de los servicios.

Palabras clave: estándares, salud, seguridad del paciente, calidad.

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los aspectos más esenciales en la vida de todo ser, y contar con una adecuada atención, en el momento oportuno y sin eventos adversos (EA en adelante) es aún más importante cuando se habla de la atención asistencial en salud; Según el estudio realizado por IBEAS (red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica) en el año 2010 titulado “Hacia una atención hospitalaria más segura” las cifras muestran el comportamiento de los estudios internacionales más relevantes realizados en el mundo, el 19.8% corresponde a eventos adversos graves y el 58.9% son eventos adversos evitables.

En los Estados Unidos las estadísticas registraron 2.426.264 muertes en años recientes; entre las causas encontradas se señalaron enfermedades cardiovasculares y errores en la prescripción de medicamentos. El número de errores potencialmente prevenibles cada año en los Estados Unidos varía entre 44.000 y 98.000 muertes anuales, esto excede las muertes por accidentes de tráfico, SIDA y Cáncer de Seno (Villarreal, Gómez, & Bosques, 2011, p.1).

Los costos derivados de la atención de EA pueden alcanzar 4% del gasto total en salud, algo así como 37 millones de dólares, de los cuales pudieran haberse ahorrado aproximadamente 50% de haberse evitado. Además, la presentación de eventos adversos durante la hospitalización alarga la estancia en aproximadamente 5 días y aumenta el costo por paciente en 4.500 dólares (Villarreal, Gómez, & Bosques, 2011, p.2).

El estudio IBEAS en Colombia reporta el 15.8% como eventos adversos graves y el 58.6% como eventos adversos evitables, se puede afirmar entonces que, a partir de los hallazgos, la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos en Colombia presenta un

comportamiento similar al evidenciado en los estudios internacionales. Los eventos adversos más frecuentemente identificados estaban relacionados con la infección intrahospitalaria o con algún procedimiento, mientras que los relacionados con el diagnóstico o con la medicación, eran poco prevalentes. (OMS, 2010, p.13)

Lo anterior representa una información de utilidad para las instituciones, pues ofrecen un panorama que contribuye a identificar los eventos adversos más prevalentes hacia los cuales dirigir sus programas de seguridad institucionales, ya que los eventos adversos cobran un alto tributo en concepto de pérdidas financieras. En el Reino Unido, por ejemplo, las estancias hospitalarias que provocan cuestan por sí solas cerca de £2000 millones al año y el pago de indemnizaciones cuesta al Servicio Nacional de Salud en torno a los £400 millones anuales; además, de una posible responsabilidad estimada en £2400 millones correspondientes a reclamaciones presentadas o previstas. Mientras que se estima que las infecciones hospitalarias, de las que un 15% son evitables, cuestan cerca de £1000 millones. (OMS, 2001, p. 2)

El estudio realizado por el Instituto de Medicine (IOM) de Washington en 1999 sobre “Error es Humano”, reporta que los costos de los efectos de los Eventos Adversos ascienden a cifras entre 37,6 y 50 billones de dólares anuales, lo cual significa entre el 2 y 4% del gasto total en salud; en la práctica, se pueden medir los costos de los efectos de la mala calidad y luego reducirlos por medio del análisis adecuado de causa y efecto (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2010, p. 237).

Aunque en Colombia no se encuentra documentado un estudio en el que se evidencie el costo total de la no calidad en Salud a nivel nacional, el Ministerio de Salud y la Protección Social establece en su Decreto 1011 de 2006, que el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad (PAMEC) es obligatorio para instituciones que presten servicios de

salud. Esto con el objetivo de que se minimicen y se controlen los gastos que puedan surgir por una baja calidad en la prestación de los servicios.

La implementación del PAMEC implica realizar actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de algunos procesos; comparar la calidad observada y la calidad esperada; adoptar medidas destinadas a corregir las falencias encontradas y por último definir la manera de mantener las condiciones de calidad y de mejora.

Por todo lo anterior, la Empresa Social del Estado Centro 1 punto de atención Cajibío, institución pública que presta servicios de baja complejidad, debe realizar de manera anual una auto evaluación de la calidad y eficacia de sus actividades con el objetivo de alcanzar altos estándares de calidad en la prestación de sus servicios.

La calidad de la atención en salud es un tema de gran interés y actualidad a nivel mundial. En nuestro país, a raíz de los evidentes problemas de ausencia de cobertura y de dificultades para brindar una atención de calidad a los usuarios, el estado Colombiano a través del Ministerio de Salud y la protección Social, estableció un conjunto de normas que tienen como objetivo proveer servicios de salud de manera accesible, equitativa y eficaz, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Decreto 1011 de 2006, pág. 1).

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

De la prestación de los servicios de salud, surge la auditoría como herramienta de gestión para mejorar la calidad en la prestación de los servicios. Razón por la cual, se soporta la necesidad de contar con estrategias como el Programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC) que permite que las instituciones se encaminen hacia el desempeño con excelencia continua, con altos estándares de calidad y centrado en el paciente. Estrategia que se convierte en un instrumento de evaluación y monitorización permanente de los procesos prioritarios que la organización define a partir de un auto diagnóstico.

Por su parte, la seguridad del usuario se ha convertido en uno de los aspectos que más preocupa a las entidades de salud, como es el caso de la ESE Centro 1 en el Departamento del Cauca, ya que las diferentes entidades de control exigen el cumplimiento de los estándares mínimos para una atención segura de los usuarios dentro de cualquier entidad de salud.

El personal asistencial y administrativo del punto de atención Cajibío han manifestado su interés por conocer el mecanismo de prevención y disminución de los eventos adversos que se presentan en la institución con el objetivo de mejorar la calidad en la prestación de sus servicios realizando especial énfasis en la seguridad del paciente y lograr así la disminución del riesgo durante la atención dando cumplimiento a la norma establecida por el Ministerio de Salud.

Por todo lo anterior, surge como pregunta de investigación ¿cómo se puede prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la ESE Centro 1, punto de atención Cajibío?

2 JUSTIFICACIÓN

La salud es uno de los servicios esenciales para garantizar el bienestar tanto de un individuo como de una comunidad, lo cual implica su prestación con la mayor calidad posible; siendo esta el conjunto de servicios que permiten la correcta intervención diagnóstica y terapéutica al usuario, minimizando los riesgos inminentes en la prestación del servicio médico al contar con el personal, indumentaria, infraestructura física, administrativa y tecnológica necesaria para satisfacer las necesidades del consultante. Una de las estrategias utilizadas para dar respuesta a tales necesidades es con la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

La ESE centro 1 sede Cajibío Cauca, es una de las entidades que busca el mejoramiento de la calidad en la prestación de sus servicios, por lo cual, mediante el siguiente ejercicio investigativo se pretende desarrollar el PAMEC de la entidad, enfocado en la seguridad del paciente con el fin de contribuir a la disminución del riesgo.

La normatividad del Ministerio de Salud y la Protección Social incluye el PAMEC como elemento mínimo en la documentación que debe presentar toda IPS; el último PAMEC de la organización tiene vigencia 2020, por lo cual se requiere el cierre del ciclo PHVA con el desarrollo de una nueva planeación del programa.

Por su parte, la Especialización en Auditoría de Calidad en Salud con énfasis en Epidemiología permite que a futuro se pueda hacer parte de una sociedad científica donde eleve los niveles de calidad en la atención de salud de nuestro país. En este proceso, se busca garantizar el logro de competencias relacionadas con la experiencia del desarrollo de un

PAMEC. Además, se busca fomentar estrategias metodológicas encaminadas al desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en el área de calidad y desarrollo de PAMEC lo cual debe estar fundamentado en la formación de pensamiento crítico.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Elaborar una propuesta de Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad mediante la aplicación del enfoque en seguridad del paciente para la ESE Centro 1, punto de atención Cajibío con el propósito de garantizar la documentación del PAMEC, requisito del SUH.

3.2 Objetivos específicos

Implementar la autoevaluación de la ruta crítica mediante aplicación de la metodología del Ministerio de Salud y Protección social, con el fin de seleccionar los procesos a mejorar que harán parte del Programa de Auditoría.

Priorizar los procesos mediante la aplicación de la matriz riesgo, costo, volumen con enfoque de seguridad del paciente con el fin de proponer estándares de calidad.

Formular un plan de mejoramiento a los procesos priorizados, a partir de la autoevaluación inicial mediante la implementación de la metodología 5W 1H

4 MARCO LEGAL

4.1 Ley 100 de 1993

La República de Colombia por medio de la ley 100 (1993) creó el sistema de seguridad social integral; dentro de este se contempla la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud. Establece además, cuatro grandes componentes: 1. el sistema general de pensiones, que tiene por objetivo garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte; 2. el sistema general de seguridad social en salud, tiene como fin regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención; 3. el sistema general de riesgos profesionales, cobija las pensiones de invalidez originadas en accidente de trabajo o enfermedad profesional; 4. servicios sociales complementarios, hace referencia a un programa de auxilios para los ancianos indigentes que cumplan ciertos requisitos.

4.2 Decreto 1011 de 2006

El Ministerio de Salud Colombiano con el objetivo de promover la calidad en la atención en salud establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, menciona su alcance, regulación, sus componentes (El Sistema Único de Habilitación, La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema Único de Acreditación y El Sistema de Información para la Calidad) y determina cada una de sus características. El Decreto tiene como objetivo lograr el entendimiento del sistema y por ello de manera explícita plasmó el paso a paso de cada uno de sus componentes.

4.3 Resolución 123 de 2012

Por la cual se modifica la resolución 1445 de 2006 en su artículo segundo y se establecen los manuales de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de laboratorio clínico, rehabilitación, imagenología, ambulatorio, hospitalario y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

4.4 Resolución 256 de 2016

El ministerio de salud y protección social con el fin de lograr un mayor control y tener información actualizada para la toma oportuna de decisiones estableció la resolución 256 de 2016; por medio de la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad y ejerciendo control a las EAPB, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

5 MARCO CONCEPTUAL

5.1 Calidad de la atención en salud

El principal referente cuando se habla de calidad en la atención en salud es Avedis Donabedian, “quien la define como los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para los pacientes” (Sanchez, 2016, p.1).

Bautista, 2016, citando a Martínez, 2001, menciona el carácter multidimensional del concepto de calidad en la atención en los servicios de salud, ya que es definido por la OMS como Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso (Bautista, 2016, p.5).

Por lo anterior la calidad puede entenderse como “el conjunto de atributos claves presentes dentro del proceso de producción del servicio, necesarios para lograr satisfacer las necesidades de los clientes y obtener los resultados esperados” (Bautista, 2016, p.6)

En el estado Colombiano la calidad en la atención es un aspecto muy importante en la prestación de los servicios de salud, por lo cual se establecen una serie de leyes que buscan el mejoramiento continuo de estos servicios; tal como se menciona en el decreto 1011 de 2006 en su artículo 2, la define como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en

cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos”, lo anterior buscando siempre la fidelización y la satisfacción de los usuarios.

Seguridad del paciente

Una de las definiciones principales del concepto seguridad del paciente es la realizada por la Organización Mundial de la Salud, definida como la “reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable, Vincent en cambio la define como el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria” (Rocco y Garrido, 2017, p. 786).

La seguridad del paciente es uno de los aspectos más importantes al hablar de calidad en la atención asistencial de los usuarios en los servicios de salud, siendo su principal objetivo promover prácticas clínicas seguras, enfocadas a “eliminar, reducir y mitigar los eventos adversos evitables, generados como consecuencia del proceso asistencial” (Ayuso et al, 2017, p. 254).

Tal argumento es apoyado por diversos estudios, como es el caso del estudio realizado por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el cual se identificó que del 3% al 16% de los pacientes hospitalizados sufren la ocurrencia de eventos adversos, ocasionados por errores médicos, el mismo estudio fue realizado en otros países tanto desarrollados, en desarrollo y subdesarrollados, encontrando que “la mayoría de los datos provenientes de naciones desarrolladas, sin embargo se cree que en países pobres estos resultados son infinitamente peores y con menores perspectivas de solución” Wegner y Rubim, 2012, p. 3)

La seguridad del paciente es uno de los temas de mayor interés tanto en salud pública como en garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, por lo cual en las

grandes reuniones como la Asamblea de Mundial de la Salud, realizada en el año 2002 en Ginebra, se resalta la importancia de “establecer y reforzar sistemas basados en la evidencia científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria” (Rocco y Garrido, 2017, p. 787).

5.2 Mejoramiento Continuo de la Calidad

Según la página web del ICONTEC, la seguridad del paciente es uno de los ejes de la acreditación en salud, los cuales deben estar enfocados al mejoramiento continuo de la calidad con una atención centrada en el usuario y su familia; el MCC “introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen el desperdicio, la duplicación y el trabajo innecesario” (ICONTEC, consultado el 29 de junio del 2021).

Hay que tener claro el propósito del mejoramiento continuo de la calidad, dado que “cuando se aplica el MCC, la meta es identificar y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad” (ICONTEC, consultado el 29 de junio del 2021). Por lo anterior, para garantizar el éxito en su implementación, la organización debe orientar sus acciones hacia los clientes, a satisfacer sus necesidades y expectativas.

“El mejoramiento continuo es un principio básico de la gestión de la calidad, donde la mejora continua debería ser un objetivo permanente de la organización para incrementar la ventaja competitiva a través de la optimización de las capacidades organizativas” (Mihi & Rivera, 2009, p. 5)

Para implementar estrategias que permitan el mejoramiento de la calidad, se tienen en cuenta programas de auditoría como herramienta básica de evaluación interna, continua y

sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos de acuerdo con el enfoque que se haya considerado implementar.

Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada (Romero y Tibavisco, 2010, p. 34).

5.3 Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad (SOGC)

Componentes del SOGC

Según el Ministerio de Salud y la Protección Social, los componentes del SOGC son:

5.3.1 Sistema Único De Habilitación

El SUH es definido por el Decreto 1011 del 03 de abril del 2006 en su artículo número 6, como:

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 (Dec 1011 pag, 4).

5.3.2 Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención De Salud. (PAMEC)

En el artículo 32 del Decreto 1011 del 2006, el PAMEC es definido como “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.” (Decreto 1011, pág., 10).

5.3.3 Sistema Único De Acreditación (SUA)

En el artículo 42 del Decreto 1011 del 2006, el SUA es definido como:

El conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.” (Decreto 1011 pág, 13).

5.3.4 Sistema de información para la calidad.

El Ministerio de la Protección Social, en el artículo 45 del Decreto 1011 del 2006 diseñó el Sistema de Información para la Calidad con el objetivo de:

Estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en

el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (dec 1011 pág, 14)

5.3.5 Sistema Único De Acreditación (SUA)

Según el decreto 1011 del 2006, por acreditación debe entenderse como

Un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por una única entidad de acreditación autorizada para dicha función.” (dec 1011 de 2006)

El modelo de acreditación colombiano tiene características propias ya que es operado por un ente acreditador único, el cual lidera el sistema implementando las políticas de calidad del país y bajo la supervisión del concedente, en este caso el Ministerio de Salud y la Protección Social. En el caso específico de ICONTEC, sus funciones como ente acreditador están claramente diferenciadas y funcionan independientemente de su rol como ente certificador, normalizador o institución educativa.

La acreditación entonces es un sistema que conlleva al mejoramiento continuo de los procesos organizacionales. El objetivo de la acreditación en Colombia es impulsar a las organizaciones de salud a no ser conformes con tener unos procesos estandarizados que repetitivamente se lleven a cabo en el tiempo; por el contrario, lo que se busca es que estas instituciones mejoren cada día la atención que brindan a sus usuarios y por ende la percepción de

satisfacción o insatisfacción que el cliente externo se lleva a casa (Benavidez, Ortiz y Urbano, 2012, pág. 33)

5.3.6 Ciclo Operacional Del SUA

5.3.6.1 Ruta crítica

La auditoría interna ayuda a las instituciones a cumplir sus objetivos, con un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control. Con un uso y una ejecución adecuados, la evaluación interna se convierte en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia, eficiencia, economía, legalidad y oportunidades de mejora de los sistemas de la institución. También puede estimular la decisión de obtener la acreditación como mecanismo para evidenciar dicho mejoramiento ante los clientes externos o simplemente para su mejora continua. (Carreño, Castro y Ochoa, 2012, pág. 45).

Los pasos de la ruta crítica están enmarcados en el proceso PHVA, estos son:

- Autoevaluación
- Selección de procesos a mejorar
- Priorización de procesos
- Definición de calidad esperada
- Medición inicial
- Plan de acción
- Ejecución del plan de acción
- Evaluación del mejoramiento
- Aprendizaje organizacional

6 MARCO INSTITUCIONAL

La siguiente información es suministrada por la Empresa Social del Estado ESE Centro 1, punto de atención Cajibío.

El Departamento del Cauca con apoyo del Ministerio de la Protección Social, a través del programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud, conformó Empresas Sociales del Estado de baja complejidad de carácter departamental con enfoque de red de prestación de servicios. Esto con el objetivo de mejorar la capacidad resolutive de las instituciones de salud, garantizar el acceso de la población a todos los servicios de baja complejidad, mejorar la calidad de los servicios de salud y generar eficiencia en el manejo de los recursos.

En la propuesta para la creación de la ESE Centro 1, conformada por las antiguas Unidades Nivel I de Cajibío, Morales, Piendamó y Silvia, se planteó garantizar el acceso a la totalidad de los servicios de salud de baja complejidad a la población de la región. Por lo cual se planeó el mejoramiento de los procesos administrativos y asistenciales, la optimización en la contratación del recurso humano, la disminución de la carga administrativa, la utilización racional de la capacidad instalada en infraestructura y la generación de impacto positivo en los indicadores de salud de la región generando rentabilidad social, paralelo al equilibrio financiero que le permita ser una empresa viable y auto sostenible.

6.1 Características sociodemográficas

En el presente apartado se expone una breve reseña, acerca de las características sociodemográficas de los municipios pertenecientes a la ESE centro I del Departamento del Cauca.

Municipio De Piendamó

El municipio de Piendamó fundado el 02 de abril de 1924, se encuentra ubicado en el departamento del Cauca, zona centro - occidente, compartiendo límites geográficos con: Popayán, Totoró, Silvia, Caldon, Morales y Cajibío. La carretera panamericana lo atraviesa en su totalidad de sur a norte, permitiendo que la cabecera municipal sea un importante puerto terrestre entre los departamentos de Nariño y el Valle del Cauca.

Municipio De Silvia

Situada al nororiente del Departamento del Cauca, la distancia a Popayán es de 59 Km. La población, según el censo del DANE en el 2015, estimada para el municipio es de 32.159 personas de los cuales el 51% son hombres y el 49% son mujeres, el municipio tiene una extensión de 662,4 Km². El 13% de la población habita en la zona urbana y el 87% en la zona rural con amplia dispersión geográfica. El territorio está conformado por seis resguardos indígenas, tres corregimientos de comunidades campesinas y la cabecera municipal, tiene 83 veredas, es el tercer municipio de Colombia con la más alta población indígena. En el municipio se encuentran tres IPS públicas de baja complejidad: ESE Centro 1 Punto de Atención Silvia, IPS Mama Dominga e IPS Totoguampa.

Municipio De Cajibío

El Municipio de Cajibío posee una extensión de 747 KM² y se encuentra localizado al Noroccidente del Departamento del Cauca a 29 Kilómetros de la ciudad de Popayán. Parte del territorio es montañoso, presenta también extensas zonas planas que hacen parte de la meseta de Popayán. Sus principales actividades económicas son: la ganadería, la agricultura y la explotación forestal. A esto se agrega una geografía con predominio de altas montañas ofreciendo dificultades de acceso geográfico en la mayor parte de su territorio.

Municipio De Morales

El municipio de Morales se encuentra a una distancia de 41 km de Popayán, posee una extensión de 265 km². Tiene 20.675 habitantes, de los cuales 1.235 viven en el sector urbano y los restantes residen en la zona rural. El área total del municipio es de 49.404 hectáreas. Está dividido en 61 veredas y 7 distritos de planificación.

6.2 Objetivos institucionales

MISIÓN

Somos una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud integrales de baja complejidad en los municipios de Piendamó, Silvia, Cajibío y Morales, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, con calidad humana, respeto por la diversidad del usuario y su familia, promoviendo el desarrollo del talento humano y desarrollo organizacional.

VISIÓN

Seremos una empresa destacada por la prestación de servicios con estándares de calidad e implementación del modelo integral de atención en salud con enfoque diferencial, intercultural y comunitario, generando rentabilidad financiera, promoviendo la autogestión, el desarrollo tecnológico, la competencia del personal y la responsabilidad social

6.3 Valores institucionales

Responsabilidad

Asumimos con compromiso nuestras labores diarias para cuidar la salud de las personas y favorecer el desarrollo institucional

Respeto

Reconocemos la diversidad de los usuarios y la comunidad, acogiéndolos con con humanización, buen trato y equidad.

Trabajo en equipo

Unimos esfuerzos para mejorar la calidad de vida de las personas, lograr un desarrollo humano integral de los colaboradores y proteger el medio ambiente.

Honestidad

Actuamos día a día con transparencia, ética y rectitud.

Vocación de servicio

Trabajamos con amor y colocamos nuestros dones al servicio de las personas y las comunidades para mejorar su salud integral

6.4 Objetivos estratégicos

- Línea de acción, seguridad y humanidad en la atención
- Implementar un modelo de gestión de calidad que nos permita ser competitivos
- Lograr que la seguridad en la atención del paciente sea prioridad, entre el personal asistencial
- Mantener y renovar la tecnología de la ESE Centro 1, que permita mejorar los estándares de los servicios prestados
- Fortalecer competencias y habilidades del personal para mejorar la calidad de los servicios de salud
- Línea de acción eficiencia administrativa y financiera
- Acudir a la gerencia estratégica para garantizar el éxito de la empresa
- Línea de acción participación social y medio ambiente
- Lograr de la comunidad una participación proactiva y permanente en la gestión de la empresa
- Fomentar la participación en la conservación ambiental
- Fomentar alianza con principales grupos de interés

6.5 Políticas institucionales

Política de seguridad del paciente.

El 8 de noviembre de 2017 la E.S.E. Centro 1, adopta dentro del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y Sistema de Gestión de la Calidad la política y el programa de

seguridad del paciente en sus cuatro puntos de atención. Por esta razón, se compromete a brindar, generar y mantener un entorno seguro y disponer de recursos para la identificación, prevención y minimización de riesgos, a través de la implementación de un programa de vigilancia de Eventos Adversos, capacitación continua al personal, implementación de estrategias y el desarrollo de buenas prácticas que permitan prestar servicios de salud con mínimos riesgos para el paciente y su familia, los colaboradores y el medio ambiente.

7 METODOLOGÍA

7.1 Metodología general o de primer nivel

7.1.1 Enfoque, diseño de la investigación y alcance o tipo de estudio

Estudio de corte transversal en el cual se realiza autoevaluación de la ruta crítica y aplicación del enfoque de seguridad del paciente. Como lo define Hernández Sampieri los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. De tipo cualitativo, con escalas de medición numéricas acorde a la metodología del Ministerio de salud; el enfoque cualitativo según Sampieri se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), resulta ser un proceso circular en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía para cada estudio. (Hernandez Sampieri, 2014, pag, 39)

La delimitación del estudio según Sampieri establece el punto de inicio de la investigación y el punto de finalización de esta incluyendo el desarrollo de las conclusiones y cierre; para el caso de esta investigación va desde la autoevaluación hasta la construcción de una propuesta de acciones de mejora basadas en el enfoque de seguridad del paciente como elemento normativo del PAMEC y del SUH.

7.1.2 Definición de variables

Se tomará como fundamento para la definición de las variables los criterios y estándares de la lista de chequeo elaborada por el grupo investigador.

Criterio

Según la Real Academia de la Lengua Española, “es la norma para conocer la verdad” y también “es un juicio o discernimiento” (RAE, consultado 30 de abril de 2021).

También el criterio es definido como el “principio o norma, según el cual se puede conocer la verdad, tomar una determinación u opinar, o juzgar sobre determinado asunto”, así mismo podemos definir criterio de evaluación como el “conjunto de principios, normas y pautas según las cuales, se emite un juicio valorativo en relación con el objeto evaluado” (Significados.com, consultado 30 de abril de 2021).

Sumado a estas definiciones, el concepto de criterio es mejor definido por la Superintendencia de Salud, la cual define los criterios de Auditoría como el “Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia. Es el “deber ser” de la organización y se constituyen en las normas razonables sobre las cuales pueden evaluarse las

prácticas administrativas y de gestión en forma adecuada. Dichos criterios deben ser utilizados para la evaluación del grado en el cual la organización cumple con las expectativas que se habían determinado y dispuesto en forma explícita. Los criterios de auditoría se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría”.

Estándar

Definido por la Real Academia de la Lengua Española como algo que “sirve como tipo, modelo, norma, patrón nivel o referencia” (RAE, consultado el 22 de junio de 2021).

También son definidos como los “requerimientos indispensables que debe cumplir un establecimiento de salud para garantizar una adecuada calidad en la prestación de salud, y serán sometidos a revisiones periódicas para su actualización en base a los logros obtenidos” (Hidalgo, Garcia y Vigo, 2002, p.5).

Los autores anteriores afirman que existen tres principios que rigen la calidad de los estándares, siendo estos la sencillez, la validez y la confiabilidad; la sencillez refiere a que los estándares deben ser la guía para la medición y verificación, por lo cual deben ser entendibles y aplicables por todo el personal de la salud; la validez, refiere al carácter esencial de los estándares y sus respectivos indicadores, por lo cual deben ayudar a prevenir los riesgos y preservar la vida.

Finalmente, “la confiabilidad en cuanto a la forma de aplicación y verificación del estándar, la cual debe ser explícita y clara permitiendo la verificación adecuada de los indicadores de evaluación”. (Hidalgo, Garcia y Vigo, 2002, p.7).

Por lo cual “un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la

organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado” (Hidalgo, Garcia y Vigo, 2002, p.9).

Teniendo en cuenta lo anterior, las variables de este trabajo son:

- Seguridad del paciente
- Prevención de infecciones
- Identificación del paciente
- Prevención de caídas
- Administración y prescripción de medicamentos en odontología

7.1.3 Definición operacional

Las siguientes definiciones son tomadas de la Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud del 2010, emitida por el Ministerio de la Protección Social, en su primera versión.

Seguridad del paciente: Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. Este estándar cuenta con 18 criterios de evaluación.

Prevención de infecciones: Orientado a detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud. Este estándar está compuesto por 7 criterios de evaluación.

Identificación del paciente: encaminado a asegurar la correcta identificación del paciente desde el ingreso. Este estándar cuenta con 4 criterios.

Prevención de caídas: Enfocado en prevenir y reducir la ocurrencia de caídas dentro de la atención clínica. Este estándar cuenta con 4 criterios.

Administración y prescripción de medicamento de odontología: Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojalá evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos. Este estándar cuenta con 8 criterios.

7.1.4 Población y muestra

Para el caso del presente estudio se determinó que la población es la Coordinadora de Odontología, la Coordinadora de Atención al Usuario y el jefe de calidad de la ESE centro I, punto de atención Cajibío, ya que son quienes proporcionaron toda la información correspondiente para la realización de la ruta crítica.

Según Sampieri, en los estudios cualitativos el tamaño de la muestra no es importante desde una perspectiva probabilística pues el interés del investigador es comprender el fenómeno de estudio a profundidad y responder a las preguntas de investigación Para el caso de este estudio la muestra es toda la documentación requerida para la realización de la autoevaluación (primer paso de la ruta crítica).

7.2 Metodología de segundo nivel

7.2.1 Selección de métodos o instrumentos para la recolección de información.

Para la evaluación el grupo investigador elaboró una lista de chequeo en hoja de cálculo de Microsoft Excel 2015 basada en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud y de esta manera abordar sólo lo pertinente para la organización. Una vez elaborada la matriz de la lista de chequeo, el equipo investigador se reunió de manera

virtual con Tatiana Ordoñez, Coordinadora de Odontología; Patricia Escobar, Coordinadora de Atención al usuario y Gustavo Adolfo Ordóñez, jefe de Calidad de la ESE Centro 1 punto de atención Cajibío, con el fin de realizar el diligenciamiento de la lista de chequeo quienes proporcionaron toda la información documentada requerida para tal fin.

Para el logro de la calificación cuantitativa se aplicó la hoja radar (anexo 1) proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección social para Instituciones prestadoras de servicios de salud, la cual mostró el nivel de cumplimiento de cada estándar en cuanto al ENFOQUE, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADO. Para esto, cada criterio se calificó de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor teniendo en cuenta lo siguiente:

- enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

- ✓ Sistemática: Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.

- ✓ Amplitud: Grado en que el enfoque está presente y orienta a las diferentes áreas de la organización no distintos puntos de capítulo.

- ✓ Proactividad: Grado en que el enfoque es preventivo y proactivo. Ciclo de evaluación y mejoramiento: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque

- implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

- ✓ Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y el consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.

- ✓ Despliegue hacia el usuario: Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar
- resultado: se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.
 - ✓ Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área o punto del capítulo y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
 - ✓ Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
 - ✓ Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un periodo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área o punto del capítulo, calidad y pertinencia de estos.
 - ✓ Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo

Una vez otorgada la calificación a cada criterio se sumaron los puntajes para adquirir la puntuación total para cada uno y poder realizar la selección de los procesos (segundo paso de la ruta crítica).

Posteriormente, se realizó la priorización de los procesos, que compete al tercer paso de la ruta crítica del PAMEC, por lo que se elaboró una matriz en hoja de cálculo de Microsoft Excel 2015 (Tabla 2.), en la que se calificó cada uno de acuerdo con la matriz riesgo, costo, volumen de la siguiente manera:

- Riesgo: calificado en una escala de 1-5 donde 1 es el riesgo más bajo y 5 es el riesgo más alto para usuarios y colaboradores, si la oportunidad de mejora no se realiza.
- Costo: en una escala de 1-5, donde 1 representa el costo más bajo y 5 el costo más alto.
- Volumen: en una escala de calificación de 1-5, donde 1 representa un número bajo y 5 un número alto de usuarios y/o colaboradores afectados.

Finalmente, la calificación de cada una de estas variables se multiplicó entre sí y de acuerdo con el resultado de esta operación se estableció la criticidad de la oportunidad de mejora y se hizo la priorización.

Las oportunidades de mejora de alta prioridad son aquellas cuya criticidad obtiene un puntaje por encima de 76 (sombreadas en rojo), las oportunidades de mejora de prioridad media son aquellas que obtienen una criticidad por encima de los 61 puntos y por debajo de los 75 (sombreadas en amarillo), las oportunidades de mejora de prioridad baja son aquellas que tienen una criticidad de 46 a 60 puntos (sombreadas en verde) y las que se encuentran igual o menor a 45 puntos no obtienen priorización. El plan de mejora se elaboró para aquellas oportunidades de mejora priorizadas, susceptibles a ser mejoradas en el corto y mediano plazo.

8 RESULTADOS

Se realizó la calificación de los estándares de seguridad del paciente correspondientes para la organización, tomados de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente, en la cual se identificaron fortalezas, soportes de las fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar.

8.1 Propuesta de programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, con énfasis en seguridad del paciente

8.1.1 Autoevaluación

Se realizó la selección de los procesos aplicables a la ESE centro 1 Cajibío Cauca, basados en la “Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” expedida por el ministerio de salud y protección social donde de acuerdo a la oferta de la IPS se definen las siguientes prácticas a verificar:

- Programa de seguridad del paciente
- Detección, Prevención y disminución de infecciones asociadas a la atención en salud
- Correcta identificación del paciente
- Prevención y Reducción de Caídas
- Administración segura de medicamentos

Posteriormente se da continuidad al proceso de calificación, para esto cada criterio se calificó de 1 a 5, teniendo en cuenta las tres variables de la hoja radar que facilitan la identificación de brechas en el desarrollo.

Tabla 1. Calificación del grupo de estándares, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío. 2021

ESTÁNDAR	CRITERIO	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADO				TOTAL
		Enfoque sistemático	Enfoque proactivo	Enfoque evaluado y mejorado	Despliegue a la institución	Apropiación al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	El personal conoce la política de seguridad del paciente de la institución y esta se encuentra publicada.	4	3	5	3	2	5	5	5	5	37
	Se tiene establecido un cronograma de capacitación para fortalecer la cultura institucional de seguridad del paciente y se evidencia su cumplimiento.	5	5	0	5	1	5	5	5	5	36
	El personal conoce los conceptos básicos de eventos adversos, sabe identificar claramente un evento adversos o incidente.	5	5	5	5	1	5	5	5	5	41
	El personal en salud sabe diferenciar entre los eventos adversos derivados de la atención en salud, tecnovigilancia y farmacovigilancia.	5	3	3	3	0	5	5	2	3	29
	El personal capta y notifican oportunamente los eventos adversos o incidentes en la prestación del servicio.	2	3	3	3	0	5	5	2	2	25
	Se realiza análisis de todos los eventos adversos e incidentes presentados en la IPS, Se aplica protocolo de Londres en los casos establecidos por el manual para hacer el análisis.	5	5	5	5	1	5	5	5	5	41
	Se realiza adecuado seguimiento a los eventos adversos que se presentan en la IPS, hasta cerrar los casos presentados.	5	5	5	5	1	5	5	1	1	33

	Se establecen medidas preventivas o correctivas a partir del análisis de los eventos adversos.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
	El personal conoce y aplica correctamente el protocolo para el manejo de paciente con evento adverso.	2	2	1	1	1	1	1	1	1	11
	El odontólogo y la auxiliar conoce y aplican correctamente el manual de gestión de la tecnología.	5	5	5	5	0	5	5	4	4	38
	Se realiza socialización y adherencia de las guías de práctica clínica a los odontólogos.	5	5	5	5	0	5	5	5	5	40
	El personal conoce el proceso y la red de prestadores de servicio definida para casos urgentes.	5	5	5	5	0	5	5	5	5	40
	La IPS realiza seguimiento periódico a la implementación del manual de bioseguridad y esterilización, y cuenta con resultados favorables, en caso de que no se obtengan buenos resultados, solicite el plan de mejoramiento instaurado.	5	5	5	5	5	5	5	1	1	37
	Los profesionales realizan educación al paciente, para generar en él una cultura del autocuidado.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
	Se realiza trazabilidad a los Dispositivos médicos implantables.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
	Se realiza notificación al proveedor o distribuidor del DM involucrado en el EIA	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
	¿Se monitorean y divulgan las alertas de Tecno y Farmacovigilancia emitidas por el Invima?	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
	Se cuenta con manual de radioprotección. (revisar el diligenciamiento de los formatos, uso del dosímetro y análisis, licencia)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
REV	Identifica los 5 momentos de lavado de manos (Antes de tocar al paciente, antes de realizar	5	5	5	5	4	5	5	5	5	44

El sitio de preparación de medicamentos se encuentra ordenado	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

En la tabla se puede evidenciar la puntuación otorgada a cada criterio y el total general para cada uno. Se observa que el estándar de administración segura de medicamentos en el servicio de odontología presenta la mejor puntuación siendo el único que cumple con todos

los criterios; mientras que los estándares de prevención de caídas e identificación del paciente tienen respectivamente uno y dos criterios sin cumplir y los estándares de prevención de infecciones y seguridad del paciente tienen tres y doce criterios respectivamente con baja calificación. El estándar de seguridad del paciente en su criterio número 9 (El personal conoce y aplica correctamente el protocolo para el manejo de paciente con evento adverso) obtuvo la menor puntuación durante toda la evaluación con 11 puntos.

8.1.2 Selección de procesos a mejorar

De acuerdo con los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación y con base en la clasificación definida por la institución según los procesos atencionales se realiza la identificación de las prácticas que tienen oportunidad de mejora, donde se evidencia que la mayor incidencia se presenta en los siguientes procesos asistenciales:

- Servicio de urgencias
- Servicio de hospitalización
- Servicio de PyP
- Servicio de vacunación
- Odontología
- Laboratorio clínico
- Servicio farmacéutico

8.1.3 Priorización de procesos

El proceso de priorización se llevó a cabo con base en los criterios de evaluación para realizar la priorización de los estándares teniendo en cuenta la metodología propuesta por el Ministerio de la Protección Social. Se realizó la calificación de cada oportunidad de mejora, teniendo en cuenta las variables definidas: Riesgo, Costo y Volumen.

Tabla 2. Priorización de oportunidades de mejora de acuerdo con su criticidad. E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, 2021.

ESTÁNDAR	CRITERIO	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
SEGURIDAD DEL PACIENTE	El personal en salud sabe diferenciar entre los eventos adversos derivados de la atención en salud, tecnovigilancia y farmacovigilancia.	5	5	3	75
	El personal capta y notifica oportunamente los eventos adversos o incidentes en la prestación del servicio.	5	4	4	80
	Se realiza adecuado seguimiento a los eventos adversos que se presentan en la IPS, hasta cerrar los casos presentados.	5	3	4	60
	El personal conoce y aplica correctamente el protocolo para el manejo de paciente con evento adverso.	5	3	3	45
PREVENCIÓN DE INFECCIONES	El personal aplica correctamente las diferentes técnicas de lavado de manos: con preparaciones alcohólicas, con agua y jabón y lavado quirúrgico.	5	4	4	80
IDENTIFICACIÓN	El personal de la Institución conoce y aplica el protocolo para la identificación correcta del paciente tanto en la	5	5	3	75

DEL PACIENTE	recepción como en consultorio odontológico.	
---------------------	---	--

En la tabla se puede observar que tres de los cuatro criterios del estándar de seguridad del paciente están priorizados con puntuaciones de 60, 75 y 80 puntos cada uno, mientras que el criterio restante obtuvo 45 puntos, siendo este el de menor calificación. Se evidencia también que el criterio correspondiente al estándar de prevención de infecciones obtuvo una puntuación, según la matriz, de 80 puntos y el criterio perteneciente al estándar de identificación del paciente adquirió un puntaje de 75. Se determinó entonces que los criterios priorizados son aquellos cuya puntuación es mayor o igual a 60; es decir, los de mayor criticidad y a los cuales se realizó plan de mejora.

8.1.4 Calidad esperada

Una vez obtenida la priorización, se definen las metas e indicadores como punto de referencia u objetivo a alcanzar y de esta manera poder visualizar el comportamiento de cada criterio. Para la elaboración de los indicadores se utilizaron los indicadores dispuestos en los paquetes instruccionales, así como los indicadores de seguridad del paciente de la Resolución 256 de 2016.

Tabla 3. Calidad esperada, E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, 2021.

ESTÁNDAR	CRITERIO	NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR	META
SEGURIDAD DEL PACIENTE	El personal en salud sabe diferenciar entre los eventos adversos derivados de la atención en salud, tecnovigilancia y	Indicador de eficiencia	Numero de eventos reportados exitosamente / total de eventos registrados	80%

	farmacovigilancia			
	El personal capta y notifican oportunamente los eventos adversos o incidentes en la prestación del servicio.	Indicador de oportunidad	Número total de eventos reportados/ total de eventos identificados	80%
	Se realiza adecuado seguimiento a los eventos adversos que se presentan en la IPS hasta cerrar los casos presentados.	Proporción de casos subsanados	Numero de eventos cerrados / total de eventos registrados	95%
PREVENCIÓN DE INFECCIONES	El personal aplica correctamente las diferentes técnicas de lavado de manos: con preparaciones alcohólicas, con agua y jabón y lavado quirúrgico.	Indicador de eficacia	Número de personas que aplica correctamente el proceso de lavado de manos / total de personas	90%
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	El personal de la Institución conoce y aplica el protocolo para la identificación correcta del paciente tanto en la recepción como en consultorio odontológico	Proporción de pacientes identificados	Número de pacientes identificados con mínimo 2 datos en HC / total de pacientes	95%

8.1.5 Medición inicial

Con base en los indicadores institucionales y los estipulados por la Superintendencia Nacional de salud presentados en los comités de la ESE centro 1, así como el resultado de auditorías internas se obtiene una línea base del desempeño institucional que permitirá medir el impacto de las

acciones de mejoramiento que se proyecten, de igual manera el proceso permite identificar la brecha existente entre lo esperado y lo observado.

Tabla 4. Medición inicial, E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, 2021.

INDICADOR	META	MEDICIÓN INICIAL
Numero de eventos reportados exitosamente / total de eventos registrados	80%	65%
Número total de eventos reportados/ total de eventos identificados	80%	60%
Numero de eventos cerrados / total de eventos registrados	95%	80%
Número de personas que aplica correctamente el proceso de lavado de manos / total de personas	90%	83%
Número de pacientes identificados con mínimo 2 datos en HC / total de pacientes	95%	88%

9 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Durante el desarrollo del proceso se evidencian falencias en 3 criterios correspondientes al estándar de seguridad del paciente, también se evidencian falencias en un criterio del estándar de prevención de infecciones y finalmente en un criterio del estándar identificación del paciente, siendo estos los 5 criterios seleccionados para hacer la propuesta de mejoramiento.

Se realiza propuesta de mejora en base a la matriz 5w+1h, la cual es una herramienta para la planificación estratégica, que permite identificar el tipo de acciones a realizar, los responsables de tales acciones, lugar y fecha de realización, objetivo de la acción de mejora y finalmente la metodología de realización de la acción de mejora.

Se plantean 5 acciones de mejora para cada uno de los criterios priorizados en relación con la practica evaluada las cuales se encuentran detalladas en la tabla 5, con las cuales se pretende incentivar el reporte de eventos adversos a farmacovigilancia t tecnovigilancia, la notificación oportuna de los eventos adversos, el seguimiento a los eventos adversos presentados, esto enmarcado en el estándar de seguridad del paciente.

En cuanto a la prevención de infecciones, se sugiere fortalecer la capacitación al cliente interno y externo, en la técnica adecuada del lavado de manos además de actualizar y ajustar el protocolo según la necesidad.

Finalmente, en cuanto a la correcta identificación del paciente, se propone verificar mediante rondas de seguridad la correcta aplicación del protocolo de correcta identificación del paciente donde se evalúen los parámetros definidos como el llamado del paciente por nombres y apellidos

completos y verificación del número de identificación, solicitar documentos y validación de afiliación, según corresponda.

Se logra identificar, formular y ejecutar los pasos de la ruta crítica establecida para el desarrollo del programa de mejoramiento de la calidad como metodología de dar continuidad al mejoramiento continuo de una institución.

10 RECOMENDACIONES

Es importante que la organización desarrolle estrategias específicas para el cierre de las brechas, siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en los procesos auditados con la aplicación de herramientas estadísticas básicas y que establezcan las acciones de mejora a emprender identificando los responsables de su desarrollo, los recursos requeridos y las fechas previstas para el desarrollo de las acciones de mejora. Por esa razón, el equipo investigador elaboró una propuesta de mejora teniendo en cuenta la evaluación que realizada y el enfoque en seguridad del paciente.

Tabla 5. Plan de mejoramiento con enfoque en seguridad del paciente, E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, 2021.

	QUÉ	QUIÉN	CUANDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Reporte de eventos adversos a farmacovigilancia y tecnovigilancia	Líder de farmacia líder biomédico	1-jul-21	Procesos asistenciales (urgencias, hospitalización, PyP, odontología, laboratorio)	Fortalecer el proceso de reporte de evento adversos	Realizar un proceso de seguimiento semanal a través de aplicación lista de chequeo que permita verificar el correcto diligenciamiento de los formatos implementados para reporte de eventos e incidentes adversos en los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia.
	Notificación oportuna de eventos adversos	Líderes de servicio	1-jul-21	Procesos asistenciales (urgencias, hospitalización, PyP, odontología, laboratorio)	Identificar de manera oportuna la causa de un evento	Fortalecer el proceso de capacitación continua del programa de seguridad del paciente, con actividades teórico-prácticas de tipo simulacro para identificación y clasificación según cada evento.
	Seguimiento a eventos adversos presentados	Líder de seguridad del paciente	1-jul-21	Procesos asistenciales (urgencias, hospitalización, PyP, odontología, laboratorio)	Establecer acciones inmediatas para dar cierre a los casos presentados	Implementar un indicador mensual para medir el número de eventos adversos cerrados y los casos que requieren replantear acciones de mejora.
PREVENCIÓN DE INFECCIONES	Técnicas de lavado de manos	Líderes de servicio	1-jul-21	Procesos asistenciales (urgencias, hospitalización, PyP, odontología, laboratorio)	Disminuir las infecciones asociadas a la atención en salud	Actualizar y ajustar el protocolo de lavados manos que garantice un alcance global tanto al cliente interno como externo es decir que incluya al usuario, familiar o acompañante, así como establecer 1 jornada mensual de

						actividades ilustrativas de lavado de manos con el fin de educar a todo el personal
IDENIFICACIÓN DEL PACIENTE	Correcta identificación del paciente	Líderes de servicio	1-jul-21	Procesos asistenciales (urgencias, hospitalización, PyP, odontología, laboratorio)	Garantizar la correcta identificación de los pacientes	Verificar mediante rondas de seguridad la correcta aplicación del protocolo de correcta identificación del paciente donde se evalúe los parámetros definidos como el llamado del paciente por nombres y apellidos completos y verificación del número de identificación, solicitar documentos y validación de afiliación, según corresponda.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía de Envigado (consultado: 30 abril de 2021). Cómo implementar de manera práctica la ruta crítica del PAMEC, Enfoque según el sistema único de habilitación. Seminario Taller. Disponible en https://www.envigado.gov.co/secretaria-salud/SiteAssets/010_ACORDEONES/DOCUMENTOS/2018/01/PAMEC%20Acreditacion%20.pdf
- Ayuso-Murillo, D., de Andrés-Gimeno, B., Noriega-Matanza, C., López-Suárez, R & Herrera-Peco, I. (2017). Quality management, a directive approach to patient safety. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 27(4), 251-255.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2445147917300541>
- Bautista-Rodriguez, L, M. (2016). La calidad en salud un concepto histórico vigente. *Ciencia y Cuidado*, 13(1), 5-8, Cúcuta, Colombia.
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/731/710>
- Beltran-Diaz, E., Prada-Monroy, D y Sanjuan-Rolong, L. (2011). Evaluación de procesos asistenciales y análisis del pamec institucional para Miocardio S.A.S. [tesis de grado, Universidad EAN]. Repositorio Institucional.
<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/4366/BeltranEdith2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Benavidez, K., Ortiz, M y Urbano, A. (2012). Cumplimiento de los estándares de acreditación en la ESE centro I, punto atención Cajibío, año 2012. [tesis de grado, Universidad EAN].

Repositorio Institucional.

<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/2003/UrbanoLorena2012.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Carreño-Berltran, D, Castro-Quilaguy, R y Ochoa-Sanchez, S. (2012). Plan de Mejoramiento Continuo para una IPS. [tesis de grado, Universidad EAN]. Repositorio Institucional.

<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1989/CarreroDiana2012.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Congreso de la Republica de Colombia. (1993, 23 Diciembre). Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Deixa, M. & Javier, C.(2020). Normas APA 7.^a edición Guía de citación y referenciación

Segunda versión revisada y ampliada 2020. (2.^a ed). Ediciones Universidad Central.

<https://www.ucentral.edu.co/sites/default/files/inline-files/guia-normas-apa-7-ed-2020-08-12.pdf>

Empresa Social Del Estado E.S.E Centro 1 (2019). Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC. Cajibío, Cauca, Colombia.

- Gomez-Niño, O. (2012). Costo, volumen, precio y utilidad: dinámica del desempeño financiero industria confecciones infantiles. Cuadernos de Administración, Universidad del Valle, 28 (47). Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/cuadm/v28n47/v28n47a05.pdf>
- Gonzalez, H. (publicado 9 octubre del 2012). Costos de la Calidad. Disponible en <https://calidadgestion.wordpress.com/2012/10/09/costos-de-la-calidad/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hidalgo-Jara, R., Garcia-Cabrera, H y Vigo-Obando, I. (2002). Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención en Salud. Ministerio de Salud. Lima-Perú.
<http://www.diresacusco.gob.pe/administracion/serums/Plan%20Mejora%20Web/Estandar1erNivel2003.pdf>
- ICONTEC (consultado el 29 junio 2021). Acreditación en salud. Recuperado de https://www.icontec.org/eval_conformidad/acreditacion-en-salud/
- Kohn, L., Corrigan, J & Donaldson, M. (2010). To Err is Human: Building a Safer Health System. (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine US)
https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14460_recurso_1.pdf
- Mendoza, J, M., Garzon-Cifuentes, G., Manjarrez, K, M y Loaiza, M, A. (2020). Verificación del cumplimiento de autoevaluación del PAMEC, del servicio de cirugía de alta

complejidad. [tesis de grado, Universidad EAN]. Repositorio Institucional.

<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/9960/LoaizaMiguel2020?sequence=1&isAllowed=y>

Mihi-Ramírez, A & Rivera-Rodríguez, H, A. (2009). El mejoramiento continuo. [Documento de Investigación No. 47. Universidad del Rosario]. Centro de Estudios Empresariales para la Perdurabilidad (CEEP). Bogotá, Colombia.

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3784/01248219-2009-47.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio de salud y protección social. (2012, 26 Enero). Resolución 123. Por el cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006.

<https://www.acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Res123-ene26de2012-modificRes1445.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2016, 05 Febrero). Resolución 256. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf

Ministerio de la protección Social. (2010). Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Dirección general de calidad de servicios. Unidad sectorial de normalización.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente2010.pdf>

Olaya-Marin, S y Camacho-Sierra, D. (2018). Evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud de una institución prestadora de servicios de salud en un municipio del departamento de Santander. Trabajo de grado, Universidad de Santander. Disponible en <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/701/1/Evaluaci%C3%B3n%20del%20programa%20de%20auditor%C3%ADa%20para%20el%20mejoramiento%20de%20la%20calidad%20en%20la%20atenci%C3%B3n%20de%20salud%20de%20una%20instituci%C3%B3n%20prestadora%20de%20servicios%20de%20salud%20en%20un%20municipio%20del%20departamento%20de%20Santander.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2010). IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica; Hacia una atención hospitalaria más segura. OMS, 3. https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (5 de diciembre de 2001). Calidad de la atención: seguridad del paciente Informe de la Secretaría. <https://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>

Presidencia de la República. (2006, 03 Abril). Decreto 1011. 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.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

RAE (Consultado: 30 de abril de 2021). Disponible en <https://dle.rae.es/criterio>

Rocco, C & Garrido, A. (2017). Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 28 (5), 785-795.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>

Romero-Peña, J y Tibavisco-Perez, D. (2010). Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad IPS CLINIMEDIC CHÍA. [tesis de grado, Universidad EAN]. Repositorio Institucional.

<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/530/RomeroJenny2011.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Sánchez - Jacas, I. (2016). El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. *MEDISAN*, 20(4), 544-552.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192016000400015&script=sci_arttext&tlng=pt

Significados.com. (Consultado: 30 de abril de 2021, 05:27 pm.) Disponible en:

<https://www.significados.com/criterio/>

Soler - Morejón, C. (2015). Garantizar la seguridad de los pacientes: una prioridad de hoy. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 14(1), 44-49.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182015000100005

Superintendencia de Salud (consultado: 30 abril de 2021). Planeación y ejecución de auditorías de gestión.

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/AdministracionSIG/IGPD01.docx>

Villarreal-Pérez, J. Z., Gómez-Almaguer, D. & Bosques-Padilla, F. J. (2011). Errar es humano.

Medicina Universitaria, 13(51), 69-71. <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579611240505>

Wegner, W y Rubim-Pedro, E. (2012). La seguridad del paciente en las circunstancias de

cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. Revista

Latinoamericana Enfermagem, 20(3) 1 - 8. [Artículo parte de tesis Doctoral, Centro

Universitario Metodista, IPA, Brasil].

https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a02v20n3.pdf