



Escuela de Administración

Graduate School of Business (Rosario GSB)

Maestría en Administración en Salud (MAS)

Sistema de Gestión del Conocimiento para la seguridad del paciente y análisis de eventos adversos en IPS, Profesionales Independientes y Transporte Asistencial.

Presentado por:

Edison Alonso Sosa
Lina Paola Pasaje Beltrán
María Elizabeth Duque

Bogotá, D.C. 23 de julio de 2020



Escuela de Administración

Graduate School of Business (Rosario GSB)

Maestría en Administración en Salud (MAS)

Sistema de Gestión del Conocimiento para la seguridad del paciente y análisis de eventos adversos en IPS, Profesionales Independientes y Transporte Asistencial.

Modalidad: Problemática empresarial

Presentado por:

Edison Alonso Sosa
Lina Paola Pasaje Beltrán
María Elizabeth Duque

Bajo la dirección de:

Clara Inés Pardo Martínez

Bogotá, D.C. 23 de julio de 2020

Tabla de contenido

Preliminares	ii
Agradecimientos.....	iii
Dedicatoria.	iv
Declaración de originalidad y autonomía	v
Declaración de exoneración de responsabilidad	v
Lista de figuras	vii
Lista de tablas	ix
Glosario	x
Resumen ejecutivo.....	xi
Palabras clave	xii
Abstract.....	xiii
1. Introducción.....	1
2. Fundamentación teórica.....	6
3. Método.....	10
4. Resultado	22
5. Conclusiones.....	39
6. Referencias bibliográficas.....	41
7. Anexos Técnicos	43

Preliminares

Agradecimientos.

Agradecerle primeramente a Dios, porque por medio de su palabra adquiero sabiduría en mi proceder y el ingenio para desarrollar soluciones para aquellos que mueren en silencio, a mis Padres Marco Tulio Alonso y Esperanza Sosa, que me dieron el regalo más valioso que puede tener todo ser humano la Educación, A mi Abuela María Delia Torres (Q.E.P.D) que proféticamente vio en mí, unas cualidades que nunca imagine tener, pero que con el paso del tiempo empezaron a florecer, A mi esposa Leidy Baquero Cardona que por medio de sus sonrisas y tranquilidad, hace que mi mundo sea más fácil, a mi hermana Diana Carolina Alonso Sosa, gracias a ella experimente la alegría cada vez que miraba la adrenalina de su rostro, por mis ocurrencias. Por último, a mis amigos de Clinisof, Héctor Ospina, Luis Morales, Javier Granados, Jennifer Villanueva, Paula Márquez, que convierten mis ideas en realidades

Edison Alonso Sosa

Dedicatoria.

A mis hijos Isabella Alonso y David Felipe Alonso, los cuales les entrego mi mayor legado todo mi amor y conocimiento.

Edison Alonso Sosa

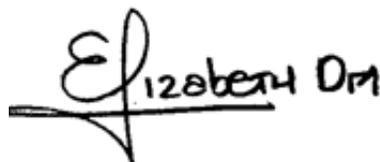
Declaración de originalidad y autonomía

Declaro bajo la gravedad del juramento, que he escrito el presente Proyecto Aplicado Empresarial (PAE), en la propuesta de solución a una problemática en el campo de conocimientos del programa de Maestría por mi propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

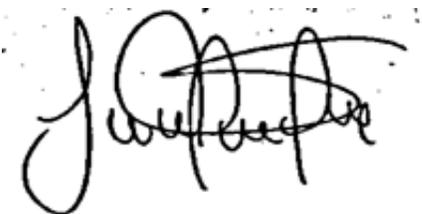
Declaro que he indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este PAE no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.



Edison Alonso Sosa



María Elizabeth Duque Montes



Lina Paola Pasaje Beltrán

Firmado en Bogotá, D.C. el 16 de julio de 2020

Declaración de exoneración de responsabilidad

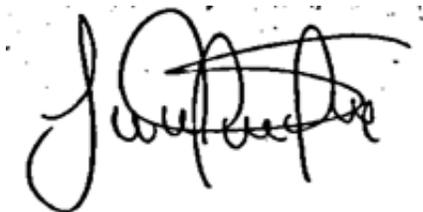
Declaro que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de su autor. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'E. Sosa', written in a cursive style.

Edison Alonso Sosa

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Elizabeth DM', written in a cursive style.

María Elizabeth Duque Montes

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Lina Paola Pasaje Beltrán', written in a cursive style.

Lina Paola Pasaje Beltrán

Firmado en Bogotá, D.C. el 16 de julio de 2020

Lista de figuras

Figura 1. Módulo de configuración.....	13
Figura 2. Selección de procesos autoevaluación.....	14
Figura 3. Selección de Indicadores.....	14
Figura 4. Selección Practicas Seguras.....	15
Figura 5.Oportunidad de Mejoramiento (Enfoque, Alcance y Resultado).....	15
Figura 6. Priorización (Matriz Costo, Riesgo y Volumen).....	16
Figura 7. Definición Calidad Esperada versus Calidad Observada (Medición Inicial)....	17
Figura 8. Definición Indicador Institucional.....	17
Figura 9. Matriz 5W1H.....	18
Figura 10. Definición de Acciones.	18
Figura 11. Asignación de Tareas.	19
Figura 12. Panel de Indicadores.....	19
Figura 13. Trazabilidad del Indicador.	20
Figura 14. Descripción del Evento, Incidente o Error y Gestión de Mejoramiento.	20
Figura 15. Incidentes o Eventos Adversos Asociados a la Identificación de los Usuarios22	
Figura 16. Prácticas Seguras para la Mitigación de Eventos Asociados a la identificación de Usuarios.....	23
Figura 17. Plan de Acción.....	24
Figura 18. Tareas para la Mitigación.	24
Figura 19. Adherencia a la Higiene de Manos.....	25
Figura 20. Aislamientos Hospitalarios.....	25
Figura 21. Practicas Asistenciales Seguras.....	26
Figura 22. Plan de Acción Guías de Manejo.	26
Figura 23. Tareas para la Mitigación Asociadas al Desconocimiento de las Guías de Manejo.....	27
Figura 24. Tareas para la Mitigación Asociadas al Desconocimiento del Manual de Dispositivos Médicos.....	27
Figura 25. Identificación de Alertas de Medicamentos Según el Invima.....	27

Figura 26. Proporción de Fallas en la Conservación y Almacenamiento de Medicamentos.	28
Figura 27. Proporción de Reacciones Adversas a Medicamentos.	28
Figura 28. Practicas Asistenciales Seguras.....	29
Figura 29. Plan de Acción Aplicar el Instrumento para Asegurar la Correcta Identificación de Paciente y el Medicamento a Administrar.....	29
Figura 30. Plan de Acción de Entrenamiento en Puesto de Trabajo Sobre Registros Sanitarios Vigentes.....	29
Figura 31. Tareas para Adherir la Aplicación del Instrumento para Asegurar la Correcta Identificación de Paciente y el Medicamento a Administrar.....	30
Figura 32. Tareas para el Entrenamiento en Puesto de Trabajo sobre Registros Sanitarios Vigentes.....	30
Figura 33. Adherencia al Protocolo Prevención de Caídas.....	30
Figura 34. Proporción de Caídas del Paciente.	31
Figura 35. Proporción de Pacientes que se les Identifica el Riesgo de Caída.....	31
Figura 36. Practicas Asistenciales Seguras.....	32
Figura 37. Plan de Acción Capacitación Riesgo de Caída.....	32
Figura 38. Fortalecer el Contenido de Inducción y Reinducción del Personal Asistencial	32
Figura 39. Tareas para la Capacitación del Riesgo de Caída.	33
Figura 40. Tareas para el Fortalecimiento de los Programas de Inducción y Reinducción.	33

Lista de tablas

Tabla 1.....	36
--------------	----

Glosario

Atención en Salud: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. (MinSalud, 2015)

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. (MinSalud, 2015)

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. (MinSalud, 2015)

Evento Adverso no Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (MinSalud, 2015)

Factores Contributivos: Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). (MinSalud, 2015)

Incidente: 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. (MinSalud, 2015)

Resumen ejecutivo

El sistema de salud para seguridad del paciente ha evolucionado desde la aplicación de métodos manuales hasta la descripción en bases de datos de las herramientas de apoyo, mostrando la falencia al no contar con un sistema de gestión inteligente que facilite la respuesta oportuna al cliente, por lo anterior, esta investigación desarrolló un Sistema de Gestión del Conocimiento para la seguridad del paciente con el fin de dar solución a los principales problemas en la calidad y atención en la salud por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Servicios de Transporte Especial de Pacientes, profesionales independientes, y la interacción dicha información con las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, Instituto Nacional de Salud y Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo. El desarrollo inició con la caracterización de la situación actual a través del método de descripción cuantitativa tecnológico con base en una descripción en cascada, promoviendo el uso de tecnologías digitales en salud, ampliando los sistemas de información sanitaria y recopilando datos de estricta vigilancia. De esta manera, se podría facilitar la notificación de riesgos, eventos adversos y otros indicadores de obligatorio cumplimiento y reporte ante los entes territoriales de salud en Colombia. Contribuyendo al mejoramiento e implementación de prácticas asistenciales seguras a través del seguimiento de los indicadores de gestión de la seguridad y calidad en la atención del paciente y su efectivo análisis de dichos eventos adversos.

Palabras clave

Seguridad, Paciente, Salud Pública, EAPB, Eventos Adversos, Notificación

Abstract

The patient safety health system has evolved from the application of manual methods to the database description of the support tools, showing the lack of an intelligent management system that facilitates the timely response to the customer, therefore, this research developed a Knowledge Management System for patient safety in order to solve the main problems in quality and care in health by Benefit Plan Management Entities – EAPB, Health Service Provider Institutions, Special Patient Transportation Services, independent professionals, and interaction of such information with Departmental, District and Municipal Health Entities, National Institutes of Health and Technical Agency for High Cost Account Management. Development began with the characterization of the current situation through the method of technological quantitative description based on a cascading description, promoting the use of digital technologies in health, expanding health information systems, and collecting strict surveillance data. In this way, the notification of risks, adverse events and other indicators of mandatory compliance and reporting to the territorial health authorities in Colombia could be facilitated. Contributing to the improvement and implementation of safe care practices through the monitoring of safety and quality management indicators in patient care and their effective analysis of such adverse events.

1. Introducción

La seguridad del paciente es una responsabilidad de todas las naciones del mundo, donde se debe establecer bases científicas para mitigar los eventos adversos asociados a la atención en salud y de esta forma mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Cada año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria poco segura y de mala calidad. Muchas prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención poco segura (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Los Profesionales Independientes y Las Empresas de Transporte Asistencial, de cada nación son los encargados de garantizar una atención segura y de calidad a cada uno de los usuarios que demandan dichos servicios; es por esto, que cada institución debe crear planes estratégicos de seguridad, que con la ejecución de los mismos se conviertan en los factores críticos para el éxito organizacional, ofreciendo en sí mecanismos para cerrar la brecha que existe entre lo que la organización es capaz de realizar, versus a lo que verdaderamente necesita realizar en beneficio de la calidad y seguridad de los pacientes (Summers, 1998).

Llevar un control de indicadores claves de desempeño; permite mantener un enfoque de mejora continua a largo plazo; tomar decisiones con base en hechos, y encontrar soluciones, no fallas que son claves en la gestión de la seguridad del paciente y el análisis de eventos adversos. Lo anterior significa que todo el personal asistencial y administrativo están involucrados en el proceso de crear y mantener una organización eficiente y segura (Summers, 1998).

A continuación, se muestran hechos que evidencian la importancia de garantizar una gestión de seguridad en el paciente y la importancia del análisis de eventos adversos para su prevención y control.

Los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas de atención sanitaria: se estima que, en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a US\$ 42 000 millones anuales (Atiken M, 2012).

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan a 7 y 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medios, respectivamente (WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care, 2011).

Los procedimientos quirúrgicos poco seguros provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella (Chang, 2011).

Las prácticas de inyección poco seguras en entornos de atención sanitaria pueden transmitir infecciones, entre ellas por el VIH y por los virus de la hepatitis B y C, y plantean un peligro directo para los pacientes y los profesionales sanitarios. Representan una carga de daños estimada en 9,2 millones de años de vida perdidos por discapacidad y muerte en todo el mundo (Jha et al., 2013).

Los errores diagnósticos afectan aproximadamente al 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria, y más de la mitad de estos errores pueden llegar a causar daños graves. La mayoría de las personas se ven afectadas por algún error de diagnóstico a lo largo de su vida (Singh et al., 2014).

Las prácticas de transfusión poco seguras exponen a los pacientes al riesgo de reacciones adversas a la transfusión y de transmisión de infecciones (14). Los datos sobre reacciones adversas a la transfusión procedentes de un grupo de 21 países muestran una incidencia media de 8,7 reacciones graves por cada 100 000 unidades de componentes sanguíneos distribuidas (Janssen & Behr-Gross, 2014).

Las tromboembolias venosas son una de las causas más frecuentes y prevenibles de daños a los pacientes, y suponen una tercera parte de las complicaciones atribuidas a la hospitalización. Se estima que anualmente se registran 3,9 millones de casos en los países de ingresos altos y 6 millones de casos en los países de ingresos bajos y medios. (Raskob et al., 2014).

Todos estos hechos, muestran la importancia para las IPS de poder contar con sistema de gestión del conocimiento que les permita monitorear sus estándares de seguridad y analizar sus eventos adversos.

La septuagésima segunda asamblea de la Organización Mundial de la Salud establece promover el uso de las nuevas tecnologías, especialmente el de las tecnologías digitales para la salud, incluso para desarrollar y ampliar los sistemas de información sanitaria y para prestar apoyo a la recopilación de datos para la vigilancia y la notificación de riesgos, eventos adversos y otros indicadores de daño en distintos niveles de los servicios sanitarios y sociosanitarios, a la par que se vela por la protección de los datos personales y se fomenta el uso de soluciones digitales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. (Organization, 2005).

De acuerdo con lo anterior, el objetivo de esta investigación permitió desarrollar un sistema de gestión del conocimiento, que apoyo la mejora en la toma de decisiones a partir de los indicadores de gestión de la seguridad del paciente y el análisis de eventos adversos en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Profesionales Independientes y Empresas de Transporte Asistencial, facilitando la articulación, en la evaluación y seguimiento para los entes de control. Iniciando con el diseño del sistema de información el cual brindó una metodología administrativa a las Instituciones Prestadoras de Salud, Profesionales Independientes y Empresas de Transporte Asistencial, para el análisis de eventos adversos e implementación de prácticas seguras en los programas de seguridad de paciente y mejoramiento de la calidad.

Este sistema de gestión del conocimiento es importante, principalmente porque permite evidenciar la trazabilidad de los factores críticos de éxito (indicadores de seguridad de paciente), como también establecer planes de mejoramientos por medio de la ruta crítica a través de las practicas asistenciales seguras establecidas en los paquetes instruccionales del Ministerio de Salud en Colombia, como el respectivo análisis de los eventos adversos por medio de la metodología del protocolo de Londres y sus respectivas subclasificaciones.

Los sistemas de información ofrecen beneficios económicos por medio de su eficiencia, la gestión de datos y principalmente la administración del cuidado de los usuarios (Fatima & Colomo-Palacios, 2018). La función principal de los sistemas de información hospitalarios es la recolección de datos, almacenamiento, procesamiento, contabilidad financiera, análisis de información de gestión ejecutiva, análisis de decisiones de información estadística y comunicaciones de datos. (Wei, 2011) por otra parte analiza los altos costos resultantes de los errores cometidos en la prescripción de medicamentos. Estos errores han sido minimizados con la ayuda de un software al momento de la prescripción de los medicamentos. (Oliveira et al., 2011).

Este estudio parte de la necesidad de un mayor análisis sobre la seguridad del paciente y como al diseñar un sistema de información se puede contar con los datos relacionados con esta temática de forma centralizada, de manera inmediata, semanal, mensual, semestral o anual, donde todavía se evidencian limitaciones.

Por lo general, estos datos se registran manualmente por personas que son asignadas al área de calidad en las clínicas, hospitales, empresas sociales del estado, etc., lo cual genera falencias en el reporte, tiempos de espera y atención oportuna, que se requiere en este tema, con las siguientes consecuencias: pérdidas de información, no identificación de casos de obligatoria e inmediata notificación, falta de reporte del profesional de salud por miedo a tener que afrontar acciones legales, no seguimiento de los casos reportados y por consiguiente ausencia en planes de mejora.

Estas situaciones, no permiten identificar en que instituciones y áreas concretas presentan problemas que requieren intervención inmediata, lo que conllevaría a la disminución de eventos asociados con la atención en salud.

A partir de la resolución WHA 55.18 (2002), la Asamblea Mundial de la salud No 72 (2019), y dando respuesta a los entes territoriales en Colombia, se definen un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias. Permitiendo de esta manera la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud, integrando, diseñando e implantando las barreras de seguridad necesarias.

Por otra parte, se promueve “el uso de las nuevas tecnologías, especialmente el de las tecnologías digitales para la salud, desarrollando y ampliando los sistemas de información sanitaria, apoyando la efectiva, oportuna y adecuada recopilación de datos para la vigilancia, notificación de riesgos, eventos adversos y otros indicadores en distintos niveles de los servicios en salud. Fomentando de esta manera, el uso de soluciones digitales para mejorar la seguridad en la atención sanitaria”.

Es entonces cuando se identifica y no se puede ignorar la importante relación que tendría este sistema de información desde la atención primaria en salud el cual se conforma por cuatro pilares: 1. Desarrollo tecnológico apropiado, 2. Fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud., 3. Participación comunitaria y 4. Procesos de intersectorialidad como parte del desarrollo económico y social.

Así las cosas “el usuario debe ser siempre el centro de los modelos de atención en salud enfatizados en brindar servicios con calidad y seguridad. Sin embargo, se encuentran algunas deficiencias en el acceso a la atención desde la APS, las cuales se describen como atenciones peligrosas y se dan cuando la falta de planeación en la implementación de los servicios facilita la aparición de eventos adversos o incidentes de seguridad, al igual que la aparición y perpetuación de infecciones nosocomiales”(Colombia, 2020)

Esta investigación se divide en 6 secciones; las cuales se componen en primer lugar, por un resumen ejecutivo, donde se refleja la metodología, los resultados y las conclusiones más importantes de esta investigación, en segundo lugar, la introducción, donde se indica la importancia que tiene el desarrollo de un software de seguridad del paciente, para el reporte, la evaluación, seguimiento y control de este tipo de eventos generados durante la atención en salud. Tercero el marco teórico, aquí se sustenta el desarrollo de dicho sistema de información, describiendo su implementación, ventajas, normatividad vigente, etc.

Lo anterior fundamentado con investigaciones previas y actuales sobre este tema; que fue llevado a cabo mediante la revisión sistemática de literatura, obtenida de bases como: Pubmed, cinhal, scopus, CRAI (Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, de la universidad del rosario), Google Scholar, etc. Cuarto, el método, en el que se brinda información detallada del paso a paso de cómo surge y se materializa el software de seguridad del paciente. Y por último en Quinto y sexto orden los resultados y conclusiones de esta investigación .

2. Fundamentación teórica

Cuando se habla de evento adverso, este hace referencia a todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención hospitalaria que produce la muerte, discapacidad, prolongación de estancia, o reingresos posteriores. (Fernandez Cantón, 2015)

En Colombia desde el 2005 con el Sistema único de Acreditación, se estipulo como requisito para obtener este título tener un sistema de reporte de eventos adversos, de esta manera y voluntariamente las instituciones en salud inician con diseños, implementación y mejora continua en programas de seguridad del paciente, posteriormente, el programa de Habilitación de nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo la implementación de programas de seguridad del paciente y las diez buenas prácticas definidas como prioritarias.

Hoy el país cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas o practicas seguras, las cuales se recomiendan con suficiente nivel de evidencia y/o alto grado de recomendación según expertos en el tema en las diferentes sociedades científicas.

Finalmente, y dando continuidad con el seguimiento, reporte y mejora en los procesos de seguridad del paciente se implementa la resolución 2003 del 2014 que define los procesos institucionales asistenciales seguros.

Al realizar una revisión sistemática de la literatura sobre sistemas de información en salud, en investigaciones previas se encuentra, como la aparición de dichos medios han recibido mayor atención debido a la obtención en estandarización de los procedimientos asistenciales e impacto organizacional. El uso de tecnologías de información ayuda en la recolección de datos, transformándolos de manera ágil y organizada, con el objeto de tener indicadores en tiempo real, convirtiéndose en una herramienta útil en la toma de decisiones.

Además, la implementación de sistemas de información mejora la prestación de los servicios en salud; un claro ejemplo de esto fue la ejecución de la historia clínica electrónica, lo cual trajo favorables resultados en eficiencia en tiempos de atención, acceso, interoperabilidad, obtención de información precisa completa y actualizada de los pacientes, etc. Adicional a lo anterior se debe tener en cuenta, la importancia en el manejo y seguridad de la información, debido a la gran cantidad de datos que sé que se registran en estas bases, puesto que

“las regulaciones y violaciones de estas no solo pueden causar la divulgación de información sensible de los pacientes, sino que también pueden traer grandes pérdidas económicas y daños a la reputación de los proveedores de atención médica”(Fatima & Colomo-Palacios, 2018)

Durante esta revisión, fueron limitados los sistemas de información específicos encontrados para la notificación de eventos de seguridad del paciente; un estudio realizado en el año 2013 del sistema nacional de salud español revela como mediante la implementación de un formulario en línea (sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente) **SiNASP**, se obtienen una serie de datos que permiten generar indicadores de eventos adversos relacionados con la atención en salud para la gestión de incidentes y planes de mejora.

Además, muestra cuales son los principales obstáculos en la notificación: “Baja participación del personal profesional sanitario debido al miedo relacionado con aspectos legales, falta de cultura en seguridad del paciente, condición que lleva a pensar al personal de salud podría llegar a pensar que esto no es importante”(Vallejo-Gutiérrez et al., 2014)

El desarrollo de estos sistemas de información, específicos en seguridad del paciente, están pensados para responder a las necesidades sanitarias que se presentan actualmente y que han sido mencionadas previamente. Además de permitir comparar los resultados alcanzados durante el proceso frente a los objetivos programados, esto con fines de evaluación y control para los prestadores de salud y entes de control.

Adicionalmente, las tecnologías de la información y comunicación (TIC), juegan un papel muy importante en el mejoramiento de los servicios de salud, puesto que generan sistemas interconectados, los cuales ayudan en el desarrollo de herramientas de planificación, información, investigación, gestión, prevención, promoción, diagnóstico o tratamiento.

Lo anterior hace que las TIC sean cada vez más requeridas en el sector salud, debido a múltiples razones, tales como, facilidad de acceso no solo para el personal de salud sino también para el paciente cuando este lo requiera, optimización costo-beneficio, fácil implementación, etc.

La eSalud, herramienta tecnológica que se emplea en el entorno sanitario, apunta a incentivar en la incorporación de registros médicos electrónicos. “En sus recomendaciones a la OPS/OMS los expertos sugirieron proyectos multinacionales colaborativos sobre registro de eventos adversos y la creación de un repositorio universal de consulta, no solo de la notificación del evento sino también de las medidas correctivas que se adoptaron en cada caso en particular,

con un comité de expertos que permita acercar propuestas de solución”(Organización Panamericana de la Salud, 2014)

El incremento de eventos adversos es lo que ha impulsado al desarrollo de nuevas estrategias, y es en este punto donde las TIC pueden generar un gran impacto, mejorando las prácticas de seguridad del paciente y contribuyendo en la disminución de eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

En Colombia existen normas que regulan y promueven la utilización de las TIC en salud, entre las cuales se encuentran la ley 1.419 de 2010 que tiene por objeto el desarrollo de la Telesalud, como apoyo al sistema general de seguridad social en salud, bajo los principios de equidad, el plan 2012-2014 “Hacia un Plan País en Telesalud”, favoreciendo a la atención en salud con calidad, generando oportunidad de acceso para la población menos favorecida del país, la resolución 1448 del 2006 que define las condiciones de habilitación de los prestadores de salud que trabajan bajo modalidad de telemedicina, etc.

Sin embargo, a pesar de contar con toda esta regulación y gran el gran número de beneficios ya mencionados, “También existen dificultades y efectos adversos de la informatización asistencial (p.ej., aparece un nuevo concepto: e-yatrogenia), de forma que las TIC en salud han pasado por los diferentes estadios del llamado ciclo de sobre-expectación de Gartner. Desde un «pico de expectativas sobredimensionadas» hasta un «abismo de desilusión», para llegar en el momento actual a una «rampa de consolidación», pero sin alcanzarse aún en la mayoría de las organizaciones el último estadio o «meseta de productividad». para que dicha transformación digital tenga éxito en la organización es imprescindible la implicación de los profesionales, condición que no siempre se ha cumplido en nuestras organizaciones sanitarias”(Altés, 2013).

Investigaciones recientes sobre las tecnologías en salud muestran que La digitalización está revolucionando la asistencia sanitaria. Permite a los pacientes, proveedores de servicios y pagadores repensar la salud. El intercambio acelerado y la creación de redes de datos de pacientes permiten nuevas e innovadoras formas de terapia. En muchos lugares, los programas cada vez más inteligentes están demostrando ser asistentes médicos cada vez más confiables.

Esto beneficia no solo a los propios médicos, sino también a sus pacientes. Además de la telemedicina, como una posible solución para los desafíos actuales y futuros en el sistema de salud alemán, términos como inteligencia artificial (IA), robótica y realidad aumentada (AR) están en boca de todos. (Jedamzik, 2019)

La investigación y el desarrollo en el campo de las TIC médicas están cambiando a un nuevo paradigma, que está integrado con la ciencia de datos en el sentido del análisis de datos en tiempo real y la retroalimentación para la medicina personalizada en la computación de borde en la red en la nube (método para mejorar el procesamiento de datos en los sistemas de computación) y el depósito seguro de grandes datos médicos con aprendizaje automático para validación primaria y genómica, y usos comerciales secundarios. (Kohn et al., 2019)

A futuro, el ideal es contar con un sistema integrado de información en línea, logrando mejorar la atención y bienestar en salud de la población, lo cual se convierte en todo un desafío considerando la falta de recursos económicos que se presenta en la actualidad.

3. Método

El sistema de gestión del Conocimiento para el abordaje de la seguridad del paciente y el análisis de eventos adversos permite que las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales independiente y empresas de transporte especial, integren a sus procesos misionales una metodología de mejoramiento continuo, por medio de la adopción y evaluación de prácticas seguras establecidas en los paquetes instruccionales y el análisis de eventos adversos e incidentes que se presentan durante la prestación de los servicios de salud, de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud de Colombia.

Su funcionamiento está encaminado principalmente a recopilar la información asociada a los eventos adversos e incidentes que se presenten en las instituciones anteriormente expuestas, como su respectiva gestión, organiza de forma incremental el desarrollo de las practicas asistenciales seguras, por medio de autoevaluaciones anuales de acuerdo al costo asociado de la no adopción de dichas prácticas, al riesgo inherente que tendría la institución por no tomar acciones encaminadas a su mitigación y por último en el volumen de usuarios que da alcance dichas prácticas. Tanto la gestión como la recopilación de la información, se convierte en un instrumento para llevar la trazabilidad organizacional con base a indicadores de gestión y el mejoramiento de los procesos asistenciales al crear barreras y defensas para la mitigación de los eventos adversos e incidentes; por una parte y por otra, disponer de la información a nivel horizontal y vertical de la institución para la consulta y toma de decisiones.

Ideas de diseño

En las instituciones prestadoras de los servicios de salud, los profesionales independientes y las empresas de transporte especial de Colombia, de acuerdo a lo establecido en la resolución 3100 de 2019, más específicamente en el estándar de los procesos prioritarios asistenciales, el cual cita tácitamente que se deben desarrollar prácticas seguras, al igual debe contar con la evidencia del desarrollo de las mismas, de forma documentada o sistematizada para los siguientes procesos asistenciales:

- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.

- Detectar prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Prevenir y reducir la frecuencia de caídas.
- Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido.
- Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y la transfusión sanguínea.
- Prevenir úlceras por presión.
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- Detectar, analizar y gestionar eventos adversos.

Por una parte y por otra que se debe realizar el análisis y gestión de los eventos adversos e incidentes que se presentes en la institución al igual que reportarlos de forma semestral ante los entes de control de Colombia.

Por lo anterior el personal asistencial necesita una plataforma que le permita realizar el registro en tiempo real de los eventos adversos e incidentes que se presentan en el desarrollo de sus actividades asistenciales, desde internet por medio de cualquier dispositivo móvil o de escritorio, mientras que los referentes de seguridad necesitan centralizar dicha información para desarrollar el respectivo análisis y gestión, como también la implementación de las practicas seguras asistenciales, el propósito más significativo del sistema de gestión para el abordaje de la seguridad del paciente y el análisis de eventos adversos es centralizar la información de las diferentes dependencias de las instituciones prestadoras de servicios de salud, compartir entre las mismas la gestión de los eventos adversos e incidentes con el propósito de su mitigación y por último que sirva de consulta para el desarrollo de las practicas asistenciales seguras.

Este proyecto propone un sistema de información bajo la Tecnología de red privada virtual (VPN) que puede conectar fácilmente cualquier institución prestadora de servicios de salud, profesional independiente, empresas de transporte asistencial e inclusive las instituciones de vigilancia y control por medio de un acceso local o externo. Los usuarios de la Intranet local la utilizan para conectarse, y los usuarios remotos confían en Internet para acceder a la Intranet mediante el uso de la tecnología VPN para lograr la interconexión de la información.

El almacenamiento de datos que se determina para analizar las prácticas seguras y en análisis y gestión de incidentes y eventos adversos se realizará por medio de tecnología de sincronización en tiempo real en una base de datos SQL Server, de igual forma está conformado por un BackEnd que está desarrollado en un lenguaje de programación C#.net y un FrontEnd que está desarrollado en un lenguaje de programación Google Angular 9, el mecanismo de conexión de la base de datos, el BackEnd, El FrontEnd y la Tecnología VPN es por medio de un Web Services a través del protocolo https: y el lenguaje XML de un servidor empresarial exclusivo para las IPS, profesionales independientes y empresas de transporte especial.

Funciones del sistema de gestión del Conocimiento para el abordaje de la seguridad del paciente y el análisis de eventos adversos, dicha aplicación debe cumplir con unos estándares mínimos de acuerdo con la normatividad actual, de igual forma debe permitir el análisis gráfico de los indicadores, como su parametrización según los servicios que preste cada institución. Ya que de acuerdo con la complejidad de la institución le aplicara algunas o todas las prácticas seguras de los paquetes instruccionales.

Módulo de configuración: en este módulo se parametriza el período de gestión de la seguridad del paciente, en el cual se debe indicar: el mes y el año que inicia el ciclo de calidad, de igual forma se parametriza la ruta crítica con fechas de corte para la autoevaluación, selección de procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, medición inicial de desempeño, plan de acción, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y por último el aprendizaje organizacional como lo muestra la figura 1.

Nuevo PSP x

Periodo

Tarea	Fecha Inicio	Duración (Días)
AutoEvaluación	01/06/2020 14:38:59	30
Selección de procesos a mejorar	01/07/2020 14:38:59	30
Priorización de procesos	31/07/2020 14:38:59	30
Definición de la calidad esperada	30/08/2020 14:38:59	30
Medición Inicial de desempeño	29/09/2020 14:38:59	30
Plan de Acción	29/10/2020 14:38:59	30
Ejecución del plan de acción	28/11/2020 14:38:59	30
Evaluación del mejoramiento	28/12/2020 14:38:59	30
Aprendizaje Organizacional	27/01/2021 14:38:59	30

Figura 1. Módulo de configuración, Nota: Fuente elaboración propia

Módulo de mejoramiento: en este módulo se encuentra cada uno de los pasos de la ruta crítica por ende se divide en nueve submódulos que se explicaran a continuación:

Submódulo de autoevaluación en este módulo se seleccionan los procesos asistenciales seguros que le aplican a cada institución, los indicadores obligatorios, como también las fallas activas, como las practicas seguras que previenen dichas fallas las cuales se evidencian en las figuras 2-5.

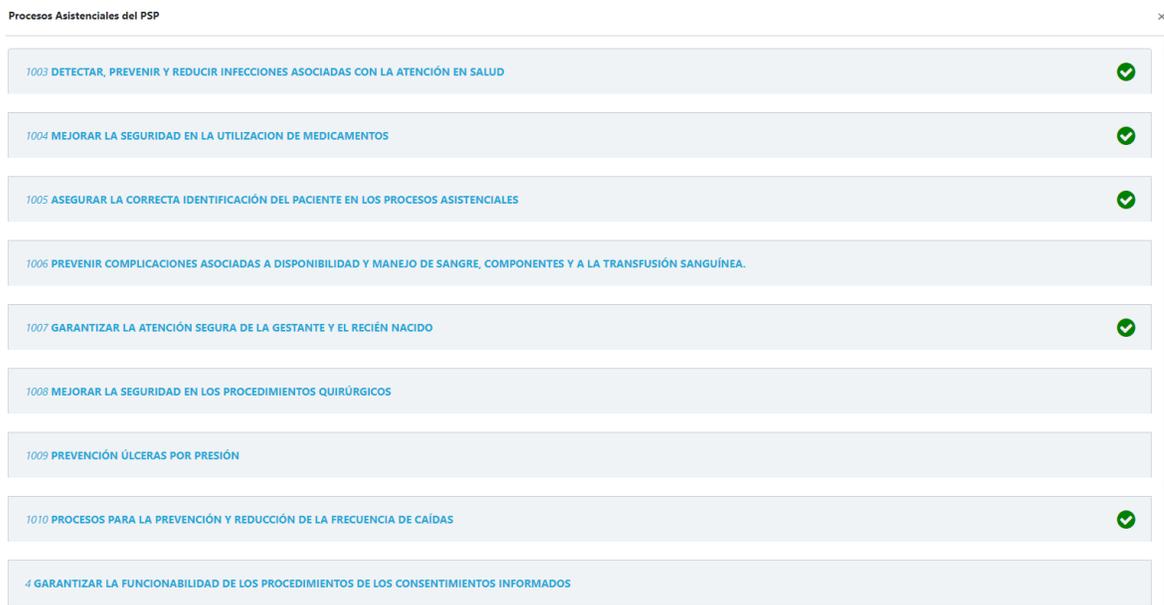


Figura 2. Selección de procesos autoevaluación. Nota: Fuente elaboración propia



Figura 3. Selección de Indicadores. Nota: Fuente elaboración propia

Fallas Activas - Practicas Seguras (1004)

Mostrar 10 registros    

Buscar:

Falla Activa	Practica Segura	
Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Almacenamiento y manejo organizado de los medicamentos.	<input type="button" value="Seleccionar"/>
Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Aplicar el instrumento para asegurar la correcta identificación del paciente y el medicamento a administrar	<input type="button" value="Seleccionar"/>
Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Capacitación periódica sobre actualización	<input type="button" value="Seleccionar"/>
Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Características del almacenamiento de medicamentos por efecto del medicamento.	<input type="button" value="Seleccionar"/>
Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Corroborar cuando sea posible la pertinencia de la herramienta que se va a utilizar, con un familiar o responsable del paciente	<input type="button" value="Seleccionar"/>
Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Entrenamiento en puesto de trabajo	<input type="button" value="Seleccionar"/>
Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Entrenamiento y supervisión del personal, capacitación constante, reentrenamiento, inducción y reinducción.	<input type="button" value="Seleccionar"/>
Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Lista de verificación antes de suministrar el medicamento.	<input type="button" value="Seleccionar"/>
Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Marcar los medicamentos comunes en apariencia y en nombre.	<input type="button" value="Seleccionar"/>
Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Ubicar separadamente los medicamentos comunes en apariencia y en nombre.	<input type="button" value="Seleccionar"/>

Mostrando registros del 1 al 10 de un total de 148 registros

Primero Anterior **1** 2 3 4 5 ... 15 Siguiente Último

Figura 4. Selección Practicas Seguras. Nota: Fuente elaboración propia

Auto-Evaluación del PSP

Sin Evaluar Evaluados

Proceso Asistencial	Falla Activa	Practica Segura	Oportunidad de Mejora
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Omisión en la higiene de manos según los 5 momentos de la OMS .	Creación de una cultura de seguridad que integre al paciente y al trabajador en las prácticas seguras	Socializar a los pacientes, los proveedores y demás integrantes organizacionales en las practicas seguras asistenciales y la importancia de las mismas.
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Omisión en la higiene de manos según los 5 momentos de la OMS .	Estructurar programas de educación para la prevención de infecciones dirigidos al personal asistencia	Desarrollar programas de inducción, reinducción y seguimiento para el personal asistencial en la importancia de la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Omisión en la higiene de manos según los 5 momentos de la OMS .	Contar con suficiente personal capacitado y con la tecnología y recursos necesarios para la implementación del protocolo de higiene de manos.	Garantizar que el personal previamente al ingreso conozca los protocolos institucionales, la importancia de la aplicación de los mismos al garantizar un entorno seguro para el funcionario y el paciente.
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Omisión en la higiene de manos según los 5 momentos de la OMS .	Definir acciones sistemáticas tendientes a garantizar la bioseguridad	Desarrollar un programa de capacitación continuo desde el grupo de gestión ambiental y sanitaria con el fin de culturizar al personal asistencial en la importancia del cumplimiento de las normas de bioseguridad.
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Omisión en la higiene de manos según los 5 momentos de la OMS .	Adherencia al protocolo de higiene de manos institucional	Continuar con la medición de adherencia al protocolo
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Omisión en la higiene de manos según los 5 momentos de la OMS .	• Evitar el contacto físico con el paciente o su entorno si no es vital o necesario.	Socializar constantemente el protocolo de manual de bioseguridad con el fin de evitar el contacto directo con el paciente sin ningún tipo de barreras físicas.

Figura 5. Oportunidad de Mejoramiento (Enfoque, Alcance y Resultado). Nota: Fuente elaboración propia

Submódulo de priorización: en este módulo se priorizan las prácticas de mayor oportunidad de mejoramiento asociadas al costo, al riesgo y el volumen de usuarios que se encuentran beneficiados de la adopción de dicha práctica segura, de acuerdo con la figura 6.

Matriz CRV (Costo-Riesgo-Volumen) del PSP

ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	Falla de identificación del paciente neonato.	Diseño de formatos de historia clínica que contengan los datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.	Auditar los informes de trasladados con el documento de identificación del usuario a fin de verificar la calidad del dato.	3	5	5	75
GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO	Omisión en el reporte de eventos adversos e incidentes por parte del personal asistencial (médico y paramédico).	Adecuada reacción de la institución a la información producida por el análisis de los eventos adversos (cultura no punitiva)	GARANTIZAR LA EJECUCIÓN DE PLANES DE ACCIÓN GENERADOS A PARTIR DEL ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y MEDIR SU ADHERENCIA	5	5	3	75
PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	Identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente.	Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de caídas.	ESTABLECER UN CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES ANUAL QUE INCLUYA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE RIESGOS DE CAÍDAS	3	5	5	75
PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	Inmovilización Inadecuada	Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción al personal.	INICIAR PROCESO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL PERSONAL EN INMOVILIZACIÓN DE PACIENTE	3	5	5	75
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Omisión en la higiene de manos según los 5 momentos de la OMS .	Adherencia al protocolo de higiene de manos institucional	Continuar con la medición de adherencia al protocolo	3	4	5	60
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA	No identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos	Entrevistar al paciente acerca de alergias conocidas por él a algún medicamento.	Socializar y evaluar adherencia del protocolo de administración segura de medicamentos.	3	4	5	60

Figura 6. Priorización (Matriz Costo, Riesgo y Volumen). Nota: Fuente elaboración propia

Submódulo de calidad esperada versus calidad observada: luego de la priorización la institución define que espera que se esté desarrollando de acuerdo a las prácticas seguras priorizadas, dicha calidad esperada es evaluada por medio de una medición inicial la cual nos va indicar la brecha real entre lo que esperamos y lo que verdaderamente se está ejecutando, lo más importante es registrar el hallazgo y establecer indicadores institucionales si son necesarios como se muestra en la figura 7 y 8.

Matriz 5w1h - Plan de Acción

Proceso Asistencial	Falla Activa	Practica Segura	Hallazgo
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	Falla de identificación al ingreso del paciente.	Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información.	
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	Falla de identificación del paciente neonato.	Diseño de formatos de historia clínica que contengan los datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.	
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	Procesos de captura de datos incompletos de mala calidad o equivocados	Contar con los equipos necesarios para la adecuada recolección de los datos del paciente. (Formatos).	
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	Procesos de captura de datos incompletos de mala calidad o equivocados	Diseño de formatos de Historia Clínica que contenga lo datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.	
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos.	Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento, garantizando la técnica aséptica, de acuerdo al protocolo institucional. (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al u	
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Inadecuada colocación de catéteres.	Aplicación de sistemas de documentación para el uso de dispositivos médicos.	
GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO	Omisión en el reporte de eventos adversos e incidentes por parte del personal asistencial (médico y paramédico).	Adecuada reacción de la institución a la información producida por el análisis de los eventos adversos (cultura no punitiva)	
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Aplicar el instrumento para asegurar la correcta identificación del paciente y el medicamento a administrar	
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA	Compra de medicamentos que no cuentan con	Entrenamiento en puesto de trabajo sobre registros sanitarios vigentes.	

Figura 9. Matriz 5W1H. Nota: Fuente elaboración propia

Editar Plan de Acción : Practica Segura : 184

Proceso Asistencial: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES
Falla Activa: Falla de identificación al ingreso del paciente.
Practica Segura: Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información.

Datos Generales Tareas

Hallazgo

El 72% del personal asistencial aplica la entrevista inicial para una recolección adecuada de información.

Que

Estandarizar el proceso de recolección de datos de la información de los pacientes.

Quien

Director Administrativo

Donde

Medical Servi Af SAS

Porque

Evitamos eventos adversos asociados a la correcta identificación de los usuarios.

Figura 10. Definición de Acciones. Nota: Fuente elaboración propia

Proceso Asistencial: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES
Falla Activa: Falla de identificación al ingreso del paciente.
Practica Segura: Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información.

Datos Generales Tareas

+ Show 10 entries Search:

Nombre de la Tarea	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Estado	
Medir la adherencia al procedimiento de la adecuada recolección y registro de información en la historia clínica.	31/08/2019 09:23:00	30/12/2019 08:23:00	En Curso	 
Crear un protocolo de la correcta recolección de datos de los usuarios.	31/08/2019 10:18:00	30/12/2019 09:18:00	En Curso	 
Socializar al personal asistencial el protocolo de recolección de datos de los usuarios.	31/08/2019 11:21:00	30/12/2019 10:21:00	En Curso	 

No data available in table

Showing 0 to 0 of 0 entries Previous Next

Figura 11. Asignación de Tareas. Nota: Fuente elaboración propia

Submódulo de Indicadores: en este módulo se registran los datos mes a mes de los indicadores propios definidos en los paquetes instruccionales y que apliquen a la institución, de esta manera se comparan con las metas definidas por la institución y las acciones que se van desarrollando con la ejecución de las practicas seguras asistenciales (ver figura 12-13).

Graficas - Indicadores

<p>ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES</p> <p>PORCENTAJE DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.</p> <p>PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE.</p>	<p>DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD</p> <p>INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD</p> <p>PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS</p> <p>PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS</p>	<p>MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS</p> <p>IDENTIFICACIÓN DE ALERTA DE MEDICAMENTOS</p> <p>PROPORCIÓN DE FALLAS EN LA CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS</p> <p>PROPORCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS</p>
<p>PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS</p> <p>ADHERENCIA AL PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS.</p> <p>PROPORCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE.</p> <p>PROPORCIÓN DE PACIENTES A QUIENES SE LES IDENTIFICA EL RIESGO DE CAÍDAS.</p>		

Figura 12. Panel de Indicadores. Nota: Fuente elaboración propia

Indicador: PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS



Cancelar

Figura 13. Trazabilidad del Indicador. Nota: Fuente la boración propia

Módulo de análisis de eventos adversos: en este módulo el personal asistencial, administrativo, y logístico, registra los incidentes, errores y eventos adversos que se presenten, con dicha información los líderes de seguridad del paciente empiezan a realizar el protocolo de Londres y de esta forma poder mitigar los riesgos propios en la prestación de los servicios de salud (ver figura 14).

Nuevo Evento

Se deben llenar todos los datos

Información Básica Implicados

Clase: Seleccione la clase del evento (La clase es requerida)

Esta relacionado con: Seleccione la relación del suceso (La clase es requerida)

Fecha del Servicio: dd/mm/aaaa --:-- ---- (La fecha del servicio es requerida)

Numero de Historia Clínica: Digite el número de la historia clínica (El número de la historia clínica es requerida)

Numero de la Orden de Servicio: Digite el número de la orden de servicio (El número de la Orden de servicio es requerida)

Cedula del Paciente: Digite el número de documento del paciente

Nombre del Paciente: [Campo vacío]

Descripción del Evento

Paragraph [Herramientas de formato]

Crear Cerrar

Figura 14. Descripción del Evento, Incidente o Error y Gestión de Mejoramiento. Nota: Fuente elaboración propia

De esta forma se puede centralizar la información asociadas a la implementación de prácticas seguras y la gestión de eventos adversos a continuación se evidenciará el registro de los eventos e incidentes que se presentaron en una IPS de la ciudad de Ibagué durante el año 2019 y de qué forma, facilito la gestión de los mismo y la aplicación de las practicas asistenciales seguras.

4. Resultado

Para evidenciar el uso y aplicación de la herramienta como elemento clave en la toma de decisiones principalmente al seguimiento de los indicadores de gestión de la seguridad del paciente, se registrará la información del año 2019 de una IPS de Transporte Especial. Los paquetes instruccionales que le aplican a dicha institución son: asegurar la correcta identificación de los usuarios que demandan los servicios de salud, detectar prevenir y reducir las infecciones asociadas con la atención en salud, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, y el desarrollo de procesos para la prevención y reducción en la frecuencia de caídas.

A continuación, se muestran cada uno de los módulos de indicadores con sus respectivos resultados y análisis.

- El primer módulo de indicadores está asociado al paquete instruccional: “Asegurar la correcta identificación de los usuarios que demandan los servicios de salud”, este evalúa la proporción de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación de los usuarios. La figura 16, muestra los resultados comprendidos entre el mes de enero y el mes de diciembre de 2019.



Figura 15. Incidentes o Eventos Adversos Asociados a la Identificación de los Usuarios. Nota: Fuente elaboración propia

Los resultados evidencian que durante el mes de abril se presentó un incremento del 20% de los incidentes asociados a la correcta identificación de los usuarios que demandan los servicios de salud su meta es el 0%, sin embargo, se adoptaron prácticas seguras para la mitigación de dichos eventos, las cuales fueron registrados en la herramienta y priorizadas por

medio de la matriz costo, riesgo y volumen, las más relevantes o con mayor oportunidad de mejoramiento son:

Adequar una adecuada entrevista de salud al paciente al momento de ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información.

Diseño de formatos de historia clínica que contengan los datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.

Contar con los equipos necesarios para la adecuada recolección de los datos del paciente.

Diseño de formatos de Historia Clínica que contenga lo datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación. (ver figura 17).

Sin Medición		Con Medición				
Proceso Asistencial	Falla Activa	Practica Segura	Oportunidad de Mejora	Calidad Esperada	Medición Inicial	
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	Falla de identificación al ingreso del paciente.	Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información.	Establecer un protocolo institucional con las preguntas necesarias para una adecuada recolección de la información.	El 100% del personal asistencial aplica la entrevista inicial para una recolección adecuada de información.	El 72% del personal asistencial aplica la entrevista inicial para una recolección adecuada de información.	
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	Falla de identificación del paciente neonato.	Diseño de formatos de historia clínica que contengan los datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.	Auditar los informes de traslados con el documento de identificación del usuario a fin de verificar la calidad del dato.	El 100% de los traslados son auditados para su debida verificación de la identificación correcta del usuario.	El 100% de los traslados son auditados para su debida verificación de la identificación correcta del usuario por medio aplicación de muestras.	
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	Procesos de captura de datos incompletos de mala calidad o equivocados	Contar con los equipos necesarios para la adecuada recolección de los datos del paciente. (Formatos).	Velar que la información recopilada en la historia clínica sea la correcta, validar mediante documento del usuario la calidad del dato.	El 100% del personal asistencial asegura la correcta identificación de los usuarios debido a excelente calidad en procedimiento de los datos.	El 72% del personal asistencial asegura la correcta identificación de los usuarios debido a excelente calidad en procedimiento de los datos.	
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	Procesos de captura de datos incompletos de mala calidad o equivocados	Diseño de formatos de Historia Clínica que contenga lo datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.	Auditar los informes de traslados con el documento de identificación del usuario a fin de verificar la calidad del dato.	El 100% de los traslados son auditados para su debida verificación de la identificación correcta del usuario.	El 100% de los traslados son auditados para su debida verificación de la identificación correcta del usuario por medio aplicación de muestras.	

Figura 16. Prácticas Seguras para la Mitigación de Eventos Asociados a la identificación de Usuarios.

Nota: Fuente elaboración propia

De acuerdo a las practicas asistenciales seguras expuestas anteriormente en la institución se desarrolla la medición inicial del comportamiento del personal asistencial, frente a dichas prácticas, se evidencia que en una relación del 28% el personal asistencial no realizan una adecuada entrevista de salud al paciente al momento de ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información; por una parte y por otra, el personal asistencial no cuenta con los equipos necesarios para la adecuada recolección de los datos del paciente, razones por las cuales conllevaron a dicho incremento durante el mes de abril y de acuerdo a estos hallazgos se desarrolla un plan de acción y de mitigación que se registra en la plataforma (ver figura 18-20).

Editar Plan de Accion : Practica Segura : 184

Proceso Asistencial: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Falla Activa: Falla de identificación al ingreso del paciente.

Practica Segura: Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información.

Datos Generales Tareas

Hallazgo

El 72% del personal asistencial aplica la entrevista inicial para una recolección adecuada de información.

Que

Estandarizar el proceso de recolección de datos de la información de los pacientes.

Quien

Director Administrativo

Donde

Medical Servi Af SAS

Porque

Evitamos eventos adversos asociados a la correcta identificación de los usuarios.

Evaluar Cancelar

Figura 17. Plan de Acción. Nota: Fuente la boración propia

Editar Plan de Accion : Practica Segura : 184

Proceso Asistencial: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Falla Activa: Falla de identificación al ingreso del paciente.

Practica Segura: Realizar una adecuada entrevista inicial al paciente en el momento del ingreso a la institución, para la adecuada recolección de la información.

Datos Generales Tareas

+ Show 10 entries Search:

Nombre de la Tarea	Fecha de Inicio	Fecha de Finalizacion	Estado	
Medir la adherencia al procedimiento de la adecuada recolección y registro de información en la historia clínica.	31/08/2019 09:23:00	30/12/2019 08:23:00	En Curso	
Crear un protocolo de la correcta recolección de datos de los usuarios.	31/08/2019 10:18:00	30/12/2019 09:18:00	En Curso	
Socializar al personal asistencial el protocolo de recolección de datos de los usuarios.	31/08/2019 11:21:00	30/12/2019 10:21:00	En Curso	
No data available in table				

Showing 0 to 0 of 0 entries Previous Next

Editar Plan de Accion : Practica Segura : 186

Proceso Asistencial: ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Falla Activa: Procesos de captura de datos incompletos de mala calidad o equivocados

Practica Segura: Diseño de formatos de Historia Clínica que contenga lo datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación.

Datos Generales Tareas

+ Show 10 entries Search:

Nombre de la Tarea	Fecha de Inicio	Fecha de Finalizacion	Estado	
Diseñar formatos de historia Clínica que contenga los datos personales necesarios e indispensables para lograr una adecuada identificación del paciente.	01/08/2019 09:08:00	30/12/2019 10:53:00	En Curso	
Socializar los formatos diseñados de Historia Clínica, que contienen los datos personales necesarios para la adecuada identificación del paciente.	01/08/2019 09:56:00	30/12/2019 10:56:00	En Curso	
No data available in table				

Showing 0 to 0 of 0 entries Previous Next

Figura 18. Tareas para la Mitigación. Nota: Fuente la boración propia

Durante los periodos del mes de mayo a diciembre se cumplió la meta institucional de cero incidentes o eventos asociados a la identificación de los usuarios por medio del seguimiento mensual y el aprendizaje organizacional.

- El segundo módulo de indicadores está asociado al paquete instruccional: “Reducir las infecciones asociadas con la atención en salud”, este evalúa la proporción de adherencia a la higiene de manos y la proporción de adherencia a los aislamientos hospitalarios. Las figuras 21-22, muestra los resultados comprendidos entre el mes de enero y el mes de diciembre de 2019.

Indicador: PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

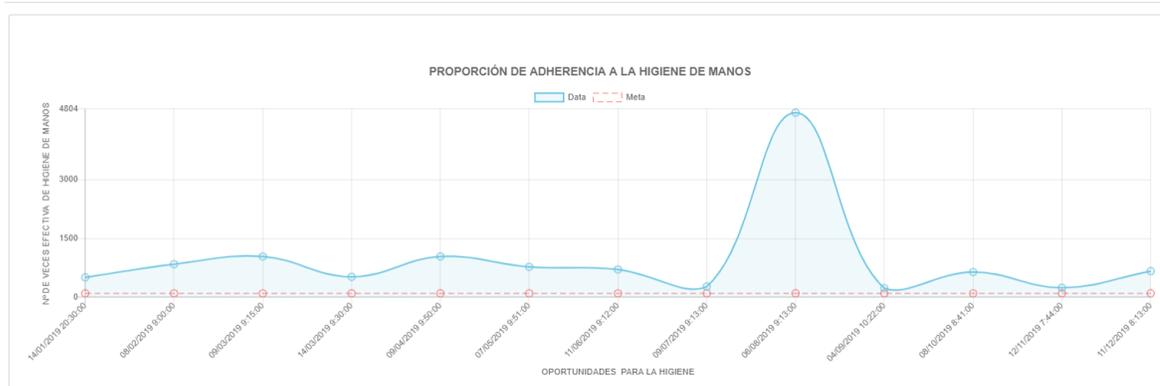


Figura 19. Adherencia a la Higiene de Manos. Nota: Fuente elaboración propia

Indicador: PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS



Figura 20. Aislamientos Hospitalarios. Nota: Fuente elaboración propia

- Dentro de los hallazgos asociados a reducir las infecciones asociadas a la atención se evidencian dos factores importantes la primera la institución no contaba con data sobre los pacientes aislados y la segunda no se contaba con metas para su mitigación por medio de un plan de acción, las practicas asistenciales seguras que se implementaron durante ese periodo en la plataforma son:

- Aplicación de sistemas de documentación para el uso de dispositivos médicos.
- Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento, garantizando la técnica aséptica, de acuerdo con el protocolo institucional. (ver figura 23).

DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos.	Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento, garantizando la técnica aséptica, de acuerdo al protocolo institucional. (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al u	Socializar las guías de manejo de paciente en ambulancias para el correcto proceder del personal asistencial	El 66 % del personal asistencial conoce y aplica las guías de manejo institucionales de acuerdo al perfil de morbilidad.	El 48 % del personal asistencial conoce y aplica las guías de manejo institucionales de acuerdo al perfil de morbilidad.	
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	Inadecuada colocación de catéteres.	Aplicación de sistemas de documentación para el uso de dispositivos médicos.	Socializar el manual para el adecuado manejo de los dispositivos médicos. Evaluar conocimientos del uso de cada dispositivo medico en especial.	El 76 % por ciento del personal conoce y aplica el manual de dispositivos médicos y a su vez los utiliza correctamente.	El 32% del personal conoce y aplica el manual de dispositivos médicos	

Figura 21. Practicas Asistenciales Seguras. Nota: Fuente elaboración propia

En estas prácticas se evidencia que el personal asistencial en una relación porcentual del 52% no aplica las guías de manejo de acuerdo con el perfil de morbilidad institucional y el 68% del personal asistencial desconoce y no maneja el manual de dispositivos médicos institucionales por ende se evidencia las fluctuaciones de las figuras 21 y 22. El plan de acción que se desarrolla es el siguiente:

Proceso Asistencial: DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD
Falla Activa: Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos.
Practica Segura: Disponibilidad de todos los suministros necesarios para la ejecución del procedimiento, garantizando la técnica aséptica, de acuerdo al protocolo institucional. (Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al u

Datos Generales Tareas

Hallazgo
El 48 % del personal asistencial conoce y aplica las guías de manejo institucionales de acuerdo al perfil de morbilidad.

Que
Garantizar que el personal asistencial de la institución aplique las guías clínicas de manejo de las patologías que se movilizan y que sea un material de consulta constante.

Quien
Médicos

Donde
Medical Servi Af SAS

Porque
Minimizamos el riesgo de presentar infecciones asociadas a la atención, brindando un servicio seguro al paciente.

Evaluar Cancelar

Figura 22. Plan de Acción Guías de Manejo. Nota: Fuente elaboración propia

Datos Generales Tareas

Show 10 entries

Search:

Nombre de la Tarea	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Estado
Concientizar al personal asistencial del peligro al que esta expuesto y al que expone al paciente al momento de no aplicar las técnicas asépticas.	01/08/2019 13:54:00	30/12/2019 13:54:00	En Curso
Evaluar al personal asistencial sobre los riesgos que se derivan de una atención sin prevención de infecciones.	01/08/2019 09:14:00	30/12/2019 10:14:00	En Curso
Medir la Adherencia de la correcta técnica aséptica, mediante indicadores de IAAS.	01/08/2019 11:16:00	30/12/2019 11:16:00	En Curso
Retroalimentar al personal asistencial sobre las guías de manejo de practica clinica para la prevención de de infecciones asociadas a la atención.	01/08/2019 10:53:00	30/12/2019 09:53:00	En Curso

Showing 1 to 4 of 4 entries

Previous 1 Next

Figura 23. Tareas para la Mitigación Asociadas al Desconocimiento de las Guías de Manejo. Nota: Fuente elaboración propia

Proceso Asistencial: DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD
 Falla Activa: Inadecuada colocación de catéteres.
 Practica Segura: Aplicación de sistemas de documentación para el uso de dispositivos médicos.

Datos Generales Tareas

Show 10 entries

Search:

Nombre de la Tarea	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Estado
Socializar al personal asistencial los dispositivos médicos de mayor rotación según informe del comité de farmacia y terapéutica.	01/08/2019 08:20:00	29/11/2019 09:35:00	En Curso
Evaluar al personal asistencial por medio de casos clínicos.	01/08/2019 13:39:00	29/11/2019 15:24:00	En Curso
De forma individual se realizara medición de la adherencia al manual de dispositivos médicos.	01/08/2019 15:25:00	29/11/2019 14:25:00	En Curso

No data available in table

Showing 0 to 0 of 0 entries

Previous Next

Figura 24. Tareas para la Mitigación Asociadas al Desconocimiento del Manual de Dispositivos Médicos. Nota: Fuente elaboración propia

- El tercer módulo de indicadores está asociado al paquete instruccional: “Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos”, este evalúa la identificación de alertas de medicamentos, la proporción de fallas en la conservación y almacenamiento de medicamentos y la proporción de reacciones adversas a los medicamentos. Las figuras 26-28, muestra los resultados comprendidos entre el mes de enero y el mes de diciembre de 2019.

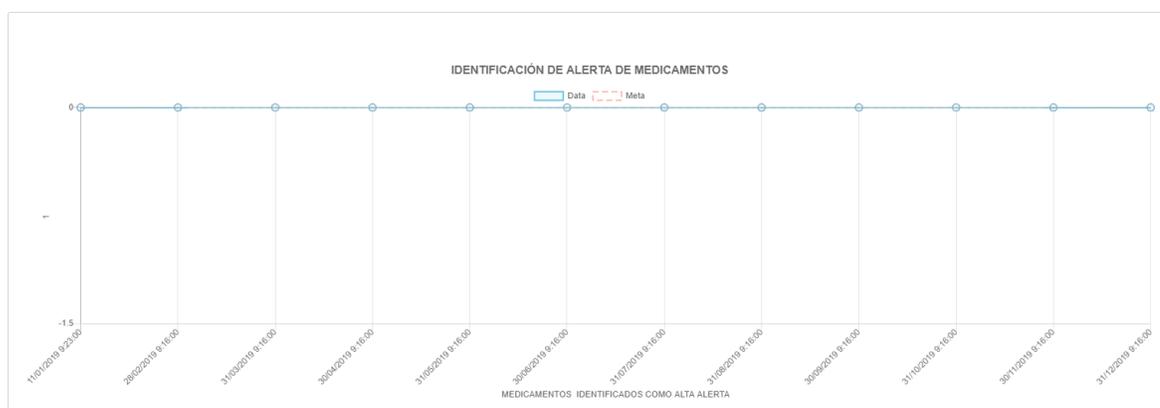


Figura 25. Identificación de Alertas de Medicamentos Según el Invima. Nota: Fuente elaboración propia

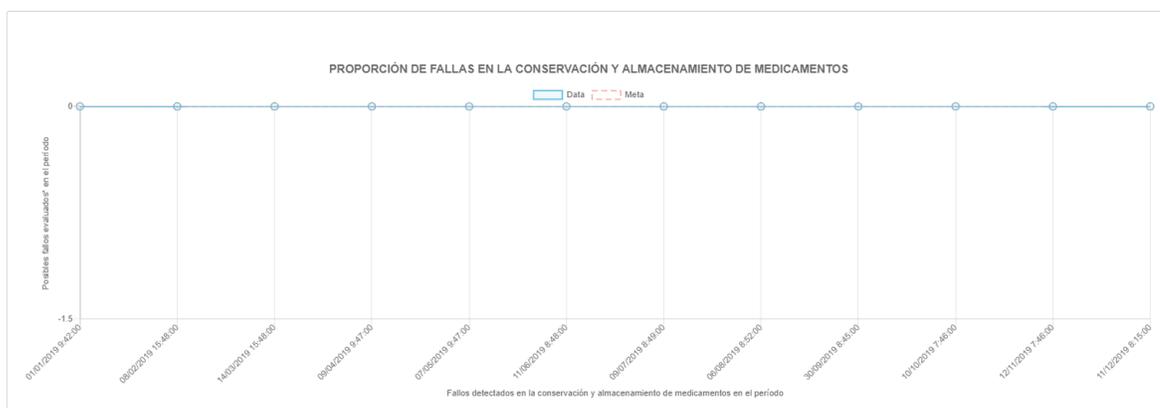


Figura 26. Proporción de Fallas en la Conservación y Almacenamiento de Medicamentos. Nota: Fuente elaboración propia

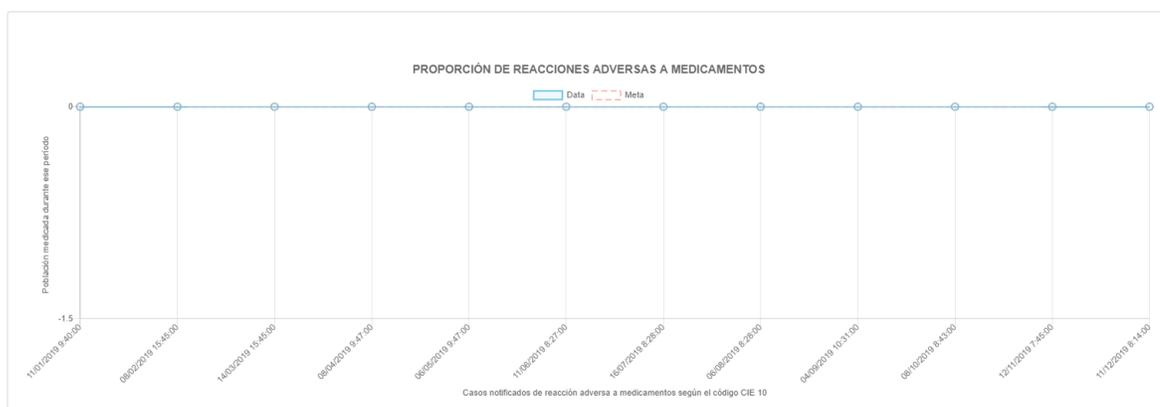


Figura 27. Proporción de Reacciones Adversas a Medicamentos. Nota: Fuente elaboración propia

- Dentro de los hallazgos asociados a mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos se evidenció, que durante el año 2019 no se presentó ninguna alerta de medicamentos reportada por el Invima, de igual forma el almacenamiento fue correcto de los medicamentos en dicho periodo y no se presentaron reacciones adversas en la utilización de los medicamentos, sin embargo, se evidencio que la institución puede mejorar en las siguientes practicas seguras:
 - Aplicar el instrumento para asegurar la correcta identificación del paciente y el medicamento a administrar.
 - Entrenamiento en puesto de trabajo sobre registros sanitarios vigentes (ver figura 29).

MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.	Aplicar el instrumento para asegurar la correcta identificación del paciente y el medicamento a administrar	Desarrollar protocolo de administración segura de medicamentos.	El 100% del personal asistencial aplica el protocolo de administración segura de medicamentos. (10 correctos)	El 88% del personal asistencial aplica el protocolo de administración segura de medicamentos. (10 correctos)	
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	Compra de medicamentos que no cuentan con registro sanitario vigente del INVIMA.	Entrenamiento en puesto de trabajo sobre registros sanitarios vigentes.	Evaluar la adherencia del programa de farmacovigilancia.	El 100% del personal asistencial reporta correctamente de acuerdo al programa de farmacovigilancia.	El 64% del personal asistencial reporta correctamente de acuerdo al programa de farmacovigilancia.	

Figura 28. Prácticas Asistenciales Seguras. Nota: Fuente elaboración propia

En estas prácticas se evidencia que el personal asistencial en una relación porcentual del 22% no aplica el protocolo de administración de medicamentos y el 36% del personal asistencial no reporta correctamente, ni se adhiere al programa de farmacovigilancia institucional, por lo anterior se establece el siguiente plan de acción:

Proceso Asistencial: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
Falla Activa: Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.
Práctica Segura: Aplicar el instrumento para asegurar la correcta identificación del paciente y el medicamento a administrar

Datos Generales | Tareas

Hallazgo
 El 88% del personal asistencial aplica el protocolo de administración segura de medicamentos. (10 correctos)

Que
 Asegurar que el personal asistencial previa a la administración de cualquier medicamento aplique los 10 correctos.

Quien
 Regente de farmacia

Donde
 Medical Servi Af SAS

Porque
 Disminuimos el riesgo de presentar eventos adversos o incidentes relacionados con la no administración segura de medicamentos evitando las RAM Y PRUM

Evaluar Cancelar

Figura 29. Plan de Acción Aplicar el Instrumento para Asegurar la Correcta Identificación de Paciente y el Medicamento a Administrar. Nota: Fuente elaboración propia

Proceso Asistencial: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
Falla Activa: Compra de medicamentos que no cuentan con registro sanitario vigente del INVIMA.
Práctica Segura: Entrenamiento en puesto de trabajo sobre registros sanitarios vigentes.

Datos Generales | Tareas

Hallazgo
 El 64% del personal asistencial reporta correctamente de acuerdo al programa de farmacovigilancia.

Que
 Auditar trimestralmente al personal encargado de la adquisición de medicamentos el proceso de verificación de registros sanitarios.

Quien
 Regente de Farmacia

Donde
 Medical Servi Af sas

Porque
 Garantizamos que los medicamentos y dispositivos médicos que utilizan los usuarios cumplen con los lineamientos establecidos por el INVIMA.

Evaluar Cancelar

Figura 30. Plan de Acción de Entrenamiento en Puesto de Trabajo Sobre Registros Sanitarios Vigentes. Nota: Fuente elaboración propia

Proceso Asistencial: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS
Falla Activa: Administración errónea por denominación y/o apariencia común en los medicamentos.
Practica Segura: Aplicar el instrumento para asegurar la correcta identificación del paciente y el medicamento a administrar

Datos Generales		Tareas		
+ Show 10 entries		Search:		
Nombre de la Tarea	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Estado	
Retroalimentar al personal asistencial con respecto al protocolo de administración segura de medicamentos y los 10 correctos, establecidos por la institución.	01/08/2019 10:43:00	29/11/2019 12:43:00	En Curso	
Evaluar al personal asistencial sobre los 10 correctos y el protocolo de administración segura de Medicamentos	01/08/2019 10:45:00	29/11/2019 13:45:00	En Curso	
Medir por medio de indicadores de eventos adversos e incidentes las RAM Y PRUM mensualmente.	01/08/2019 11:46:00	29/11/2019 17:46:00	En Curso	
No data available in table				
Showing 0 to 0 of 0 entries		Previous Next		

Figura 31. Tareas para Adherir la Aplicación del Instrumento para Asegurar la Correcta Identificación de Paciente y el Medicamento a Administrar. Nota: Fuente la boración propia

Proceso Asistencial: MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS
Falla Activa: Compra de medicamentos que no cuentan con registro sanitario vigente del INVIMA.
Practica Segura: Entrenamiento en puesto de trabajo sobre registros sanitarios vigentes.

Datos Generales		Tareas		
+ Show 10 entries		Search:		
Nombre de la Tarea	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Estado	
Medir la adherencia al proceso de adquisición de medicamentos.	01/08/2019 08:01:00	30/12/2019 15:01:00	En Curso	
Elaborar una lista de chequeo del proceso de adquisición de medicamentos	01/08/2019 12:59:00	30/12/2019 14:59:00	En Curso	
Establecer un cronograma de auditorías internas al personal encargado de la adquisición de medicamentos.	01/08/2019 17:56:00	30/12/2019 15:56:00	En Curso	
No data available in table				
Showing 0 to 0 of 0 entries		Previous Next		

Figura 32. Tareas para el Entrenamiento en Puesto de Trabajo sobre Registros Sanitarios Vigentes. Nota: Fuente elaboración propia

- El cuarto módulo de indicadores está asociado al paquete instruccional: “Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas”, este evalúa la adherencia al protocolo de prevención de caídas, la proporción de la caída de los pacientes y la proporción de los pacientes que se les identifica el riesgo de caída. Las figuras 34-36, muestra los resultados comprendidos entre el mes de enero y el mes de diciembre de 2019.



Figura 33. Adherencia al Protocolo Prevención de Caídas. Nota: Fuente elaboración propia

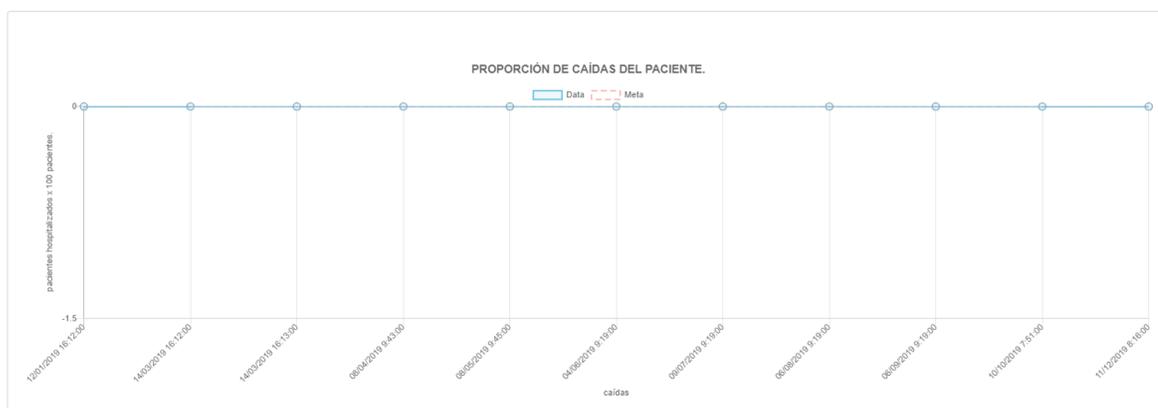


Figura 34. Proporción de Caídas del Paciente. Nota: Fuente elaboración propia



Figura 35. Proporción de Pacientes que se les Identifica el Riesgo de Caída. Nota: Fuente elaboración propia

- Dentro de los hallazgos asociados a los procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas se evidencio que la institución ha trabajado en dicha prevención y tienen definidas metas claras para su mitigación, las practicas asistenciales seguras que se implementaron durante ese periodo en la plataforma son:
 - Capacitación al personal sobre la valoración del riesgo de caídas.
 - Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción al personal. (ver figura 38).

PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	Identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente.	Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de caídas.	ESTABLECER UN CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES ANUAL, QUE INCLUYA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE RIESGOS DE CAÍDAS .	El 100% del personal asistencial esta capacitado y conoce la aplicación de la escala morse.	El 65% del personal asistencial esta capacitado y conoce la aplicación de la escala morse.	
PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	Inmovilización Inadecuada	Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción al personal.	INICIAR PROCESO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL PERSONAL EN INMOVILIZACIÓN DE PACIENTE	El 66% del personal asistencial conoce y esta capacitado sobre el protocolo de inmovilización del paciente.	El 24% del personal asistencial conoce y esta capacitado sobre el protocolo de inmovilización del paciente.	

Figura 36. Practicas Asistenciales Seguras. Nota: Fuente elaboración propia

En estas prácticas se evidencia que el personal asistencial en una relación porcentual del 35% no aplica la escala morse correctamente y el 76% del personal asistencial desconoce y no maneja el protocolo de inmovilización de los pacientes con riesgo de caída. El plan de acción que se desarrolla es el siguiente:

Proceso Asistencial: PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS
Falla Activa: Identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente.
Practica Segura: Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de caídas.

Datos Generales | Tareas

Hallazgo
El 65% del personal asistencial esta capacitado y conoce la aplicación de la escala morse.

Que
Retrolimentar al personal asistencial sobre escala morse para la tipificación adecuada de los paciente que tienen riesgo de caída.

Quien
Gerente

Donde
Instalaciones de Medical Servi AF SAS

Porque
Evitar eventos adversos o incidentes durante los trasladados e incluir al acompañante sobre los cuidados

Figura 37. Plan de Acción Capacitación Riesgo de Caída. Nota: Fuente elaboración propia

Proceso Asistencial: PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS
Falla Activa: Inmovilización Inadecuada
Practica Segura: Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción al personal.

Datos Generales | Tareas

Hallazgo
El 24% del personal asistencial conoce y esta capacitado sobre el protocolo de inmovilización del paciente.

Que
El 24% del personal asistencial conoce y esta capacitado sobre el protocolo de inmovilización del paciente.

Quien
Gerente Regente de Farmacia

Donde
Instalaciones de Medical Servi AF SAS

Porque
Garantizar que todo el personal asistencia realice la misma maniobras para la inmovilización de paciente

Figura 38. Fortalecer el Contenido de Inducción y Reinducción del Personal Asistencial. Nota: Fuente elaboración propia

Proceso Asistencial: PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS
Falla Activa: identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente.
Practica Segura: Capacitación a personal sobre valoración del riesgo de caídas.

Datos Generales Tareas

Show 10 entries Search:

Nombre de la Tarea	Fecha de Inicio	Fecha de Finalizacion	Estado	
retroalimentación de escala morse	01/09/2019 00:45:00	30/10/2019 08:00:00	En Curso	 
Evaluación sobre conocimientos sobre medicamentos y déficit sensorial	01/09/2019 08:06:00	30/10/2019 11:06:00	En Curso	 
Implementación de rotulo que indique riesgo de caída	01/09/2019 09:12:00	30/10/2019 09:57:00	En Curso	 
Realizar rondas de seguridad para evidenciar el diligenciamiento	01/09/2019 10:09:00	30/10/2019 10:09:00	En Curso	 
No data available in table				

Showing 0 to 0 of 0 entries Previous Next

Figura 39. Tareas para la Capacitación del Riesgo de Caída. Nota: Fuente elaboración propia

Proceso Asistencial: PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS
Falla Activa: inmovilización inadecuada
Practica Segura: Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción al personal.

Datos Generales Tareas

Show 10 entries Search:

Nombre de la Tarea	Fecha de Inicio	Fecha de Finalizacion	Estado	
Elaboración de Protocolo de inmovilización de paciente	01/09/2019 09:22:00	30/10/2019 10:22:00	En Curso	 
Realizar Talleres de casos clinicos sobre movilización de pacientes	01/09/2019 09:24:00	30/10/2019 10:24:00	En Curso	 
Rondas de seguridad para evidenciar que se sigue la misma ruta de inmovilizar	01/09/2019 09:25:00	04/06/2020 08:25:00	En Curso	 
No data available in table				

Showing 0 to 0 of 0 entries Previous Next

Figura 40. Tareas para el Fortalecimiento de los Programas de Inducción y Reinducción. Nota: Fuente elaboración propia

Por lo anterior la articulación con los entes de control es muy sencillo ya que en tiempo real se puede evidenciar las acciones propuestas por las entidades, controlar los tiempos de ejecución y lo más importante definir metas y verificar cumplimiento de esta forma se promueve una cultura de la calidad organizacional integrando a las instituciones prestadoras de servicios de salud, a los profesionales independientes al igual que a las empresas de transporte especial.

Ventajas de la aplicación:

Centralización de la información, la aplicación obliga al asesor de calidad o de seguridad del paciente, dejar las evidencias que se desarrollaron en el periodo de tiempo que se ejecutaron; en otras palabras, la aplicación garantiza que se continúe con el proceso de seguridad del paciente y de calidad, sin importar quién sea el responsable.

Panel de control gerencial, dicho panel se encuentra dividido en indicadores, gestión de eventos adversos e incidentes, mejoramiento continuo por medio de las practicas seguras y programas de vigilancias (Hemovigilancia, Reactivovigilancia, Farmacovigilancia y

Tecnovigilancia), lo que permite verificar en tiempo real el cumplimiento de las actividades, la gestión de tareas y los cargues de información obligatorios a los entes de control.

Implementación del proceso administrativo a la gestión de la seguridad del paciente, la plataforma se encuentra diseñada para que se realice un proceso de la planeación por medio del cronograma de actividades y la autoevaluación de las practicas asistenciales seguras, organización por medio de la aplicación de las matrices costo, riesgo, volumen y de probabilidad e impacto, dirección por medio de la evaluación del cumplimiento de las tareas y control a través de los indicadores y el panel de control gerencial e integración del personal por medio de la asignación de roles y tareas en los panel de control y matriz 5W1H.

Acceso a la información; desde cualquier dispositivo electrónico se puede acceder a la información por medio del usuario y la contraseña, lo que permite la interconectividad entre el personal asistencial y el administrativo, tanto como para el reporte de eventos adversos e incidentes como también para la gestión de estos; por una parte y por otra, los entes de control pueden ver en tiempo real el cumplimiento de los programas de seguridad de paciente de las instituciones que cuentan con la herramienta para desarrollar procesos de inspección, vigilancia y control.

Actualización de la aplicación, otra ventaja es que se pueden desarrollar las actualizaciones necesarias a la aplicación; con base a los lineamientos normativos, si bien es cierta la seguridad del paciente al estar sometida continuamente al mejoramiento y la tecnología hace que los entes de control desarrollen periódicamente actualizaciones a la normatividad.

Limitaciones

La principal limitación de la aplicación está asociada al tiempo que se tardaría a integrar al personal en la utilización de la herramienta, especialmente a que se debe contar con unos fundamentos teóricos de base en seguridad de paciente para utilizarla correctamente; sin embargo, luego de que las curvas de aprendizaje se alineen, el proceso sería continuo ya que la herramienta es muy intuitiva.

La seguridad de la información puede llegar a ser vulnerada por virus tales como el ransomware, si no se toman medidas de seguridad tales como la realización de copias de seguridad de las bases de datos y la utilización de antivirus por parte de las instituciones que utilicen el sistema de información.

Optimización Organizacional

Dentro de la planeación organizacional más específicamente en el análisis del entorno externo, la aplicación se alinea al entorno legal Colombiano, dentro del sistema obligatorio de la calidad en salud, dando cumplimiento al estándar número cinco de los procesos prioritarios asistenciales del sistema único de habilitación, y del plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud con orientación en seguridad del paciente, ya que los lineamientos normativos exigen que dichos procesos sean dinámicos y de mejoramiento continuo, la aplicación permite que la organización evidencie el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud por medio de la implementación de las prácticas asistenciales seguras.

La implementación de las practicas asistenciales seguras y el mejoramiento continuo fortalece el talento humano de la organización principalmente a la continua capacitación y asignación de responsabilidades asociadas a la seguridad del paciente al asegurar la correcta identificación de los usuarios, garantizar la funcionabilidad del consentimiento informado, garantizar la administración segura de medicamentos, la ilustración del paciente en el auto cuidado, prevención de la ulceras por presión, evitar la frecuencia de caída de los usuarios entre muchas otras, que abordan al usuario desde una perspectiva holística, para garantizar un entorno seguro.

El costo de la no calidad es muy alto, principalmente al no identificar riesgos que son mitigables, esta aplicación permite minimizar el riesgo inherente de la prestación de los servicios de salud y llevarlos a un riesgo residual gestionable, que se controla, se evalúa y se mejora continuamente para garantizar la seguridad en la atención; por una parte y por otra, mejora los procesos asistenciales, financieros, de talento humano y de servicio al cliente.

Costo de la aplicación

Es importante aclarar que el propósito de la aplicación es que llegue al mayor número de instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales independientes y empresas de transporte especial, la modalidad de asignación de licenciamiento se generaría por medio del arrendamiento mensual de la aplicación y los planes tarifarios variarían de acuerdo al número de usuarios que interactúen con la misma; de igual forma, para establecer el costo por usuario se tendrá en cuenta el salario mínimo diario legal vigente el cual no podrá exceder el valor de un día de salario por usuario como tarifa máxima, lo que permite también a los modelos de contratación

por menor cuantía para las Empresas Sociales del Estado, dicha información se aclara en la siguiente tabla:

Tabla 1

Relación de Costos

Número de Usuarios				% SMDLV	Valor Mensual
1	a	5	usuarios	0,35	\$ 51.205
6	a	10	usuarios	0,36	\$ 105.336
10	a	15	usuarios	0,37	\$ 162.394
15	a	20	usuarios	0,38	\$ 222.377
20	a	25	usuarios	0,39	\$ 285.286
25	a	30	usuarios	0,4	\$ 351.121
30	a	35	usuarios	0,41	\$ 419.882
35	a	40	usuarios	0,42	\$ 491.570
40	a	45	usuarios	0,43	\$ 566.183
45	a	50	usuarios	0,44	\$ 643.722
50	a	55	usuarios	0,45	\$ 724.187
55	a	60	usuarios	0,46	\$ 807.579
60	a	65	usuarios	0,47	\$ 893.896
65	a	70	usuarios	0,48	\$ 983.139
70	a	75	usuarios	0,49	\$ 1.075.309
75	a	80	usuarios	0,5	\$ 1.170.404
80	a	85	usuarios	0,51	\$ 1.268.425
85	a	90	usuarios	0,52	\$ 1.369.373
90	a	95	usuarios	0,53	\$ 1.473.246
95	a	100	usuarios	0,54	\$ 1.580.045
100	a	105	usuarios	0,55	\$ 1.689.771
106	a	110	usuarios	0,56	\$ 1.802.422
110	a	115	usuarios	0,57	\$ 1.918.000
115	a	120	usuarios	0,58	\$ 2.036.503

Número de Usuarios				% SMDLV	Valor Mensual
120	a	125	usuarios	0,59	\$ 2.157.932
125	a	130	usuarios	0,6	\$ 2.282.288
130	a	135	usuarios	0,61	\$ 2.409.569
135	a	140	usuarios	0,62	\$ 2.539.777
140	a	145	usuarios	0,63	\$ 2.672.910
145	a	150	usuarios	0,64	\$ 2.808.970
150	a	155	usuarios	0,65	\$ 2.947.955
155	a	160	usuarios	0,66	\$ 3.089.867
160	a	165	usuarios	0,67	\$ 3.234.704
165	a	170	usuarios	0,68	\$ 3.382.468
170	a	175	usuarios	0,69	\$ 3.533.157
175	a	180	usuarios	0,7	\$ 3.686.773
180	a	185	usuarios	0,71	\$ 3.843.314
185	a	190	usuarios	0,72	\$ 4.002.782
190	a	195	usuarios	0,73	\$ 4.165.175
195	a	200	usuarios	0,74	\$ 4.330.495
200	a	205	usuarios	0,75	\$ 4.498.740
206	a	210	usuarios	0,76	\$ 4.669.912
210	a	215	usuarios	0,77	\$ 4.844.010
215	a	220	usuarios	0,78	\$ 5.021.033
220	a	225	usuarios	0,79	\$ 5.200.983
225	a	230	usuarios	0,8	\$ 5.383.858
230	a	235	usuarios	0,81	\$ 5.569.660
235	a	240	usuarios	0,82	\$ 5.758.388
240	a	245	usuarios	0,83	\$ 5.950.041
245	a	250	usuarios	0,84	\$ 6.144.621
250	a	255	usuarios	0,85	\$ 6.342.127
255	a	260	usuarios	0,86	\$ 6.542.558
260	a	265	usuarios	0,87	\$ 6.745.916

Número de Usuarios				% SMDLV	Valor Mensual
265	a	270	usuarios	0,88	\$ 6.952.200
270	a	275	usuarios	0,89	\$ 7.161.409
275	a	280	usuarios	0,9	\$ 7.373.545
280	a	285	usuarios	0,91	\$ 7.588.607
285	a	290	usuarios	0,92	\$ 7.806.595
290	a	295	usuarios	0,93	\$ 8.027.508
295	a	300	usuarios	0,94	\$ 8.251.348
300	a	305	usuarios	0,95	\$ 8.478.114
306	a	310	usuarios	0,96	\$ 8.707.806
310	a	315	usuarios	0,97	\$ 8.940.424
315	a	320	usuarios	0,98	\$ 9.175.967
320	a	325	usuarios	0,99	\$ 9.414.437
Más	de	326	usuarios	0,99	\$ 9.414.437

Nota: Fuente elaboración propia

5. Conclusiones

El desarrollar un sistema de gestión del conocimiento, que mejore los indicadores de gestión de la seguridad del paciente y el análisis de eventos adversos en instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales independientes, transporte asistencial, nos permite contribuir a la política de Seguridad del Paciente, que actualmente se encuentra liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud en Colombia, donde su objetivo primordial es la reducción y mitigación de la ocurrencia de Eventos adversos que permita mejores instituciones, seguras y altamente competitivas.

Para que este sistema fuera posible se integra con los indicadores de monitorización del cuadro de mando del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Infecciones hospitalarias, Complicaciones intra y posoperatorias, eventos centinela, riesgos obstétricos y otros eventos adversos asistenciales. Mediante un enfoque cuantitativo y cualitativo, donde se permite el análisis de actividades e indicadores de resultados. Cumpliendo de esta manera los enfoques de medición Epidemiológica (incidencia, prevalencia y factores de riesgo asociadas). Diseñando entonces un sistema de notificación donde se permite analizar, rediseñar, disminuir y contribuir a la gestión de la calidad y seguridad del paciente.

Finalmente se contribuye en la forma adecuada del reporte y análisis de eventos adversos, organizando y estandarizando los incidentes que ocurren durante la prestación del servicio con el fin de priorizarlos, encontrando su causa raíz y su pobre probabilidad de prevalencia.

Este sistema busca además inculcar en las instituciones la prioridad de la seguridad del paciente, viéndose como una organización no punible frente a los errores y eventos adversos que se presenten. Adicional se promueve una cultura de aprendizaje organizacional, donde se vean involucrados todos los actores y equipo interdisciplinario de salud. De esta manera contribuimos a la utilización de un instrumento fiable para el reporte de eventos e incidentes adversos, garantizando la confidencialidad de la información y recordando que esta no contribuye a un factor sancionatorio.

El sistema de información finaliza entonces con un plan de acción que incluye información de la priorización de los factores contributivos vs el impacto sobre la seguridad futura de los pacientes, una lista de acciones identificada por un análisis estratégico formulado, diseñado y desarrollado, un responsable encargado de implementar las acciones, un tiempo de

implementación, posterior a un seguimiento a la ejecución del plan y finalmente un cierre formal; cuando la acción se haya efectuado fijando fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

Con esta creación de reporte extrainstitucional del evento adverso se permite dar a conocer las diferentes fallas que presentan las instituciones de salud y que estas mismas sirvan a todos los actores del sistema de manera estandarizada, obteniendo un informe detallado, analizado de las lecciones aprendidas de los eventos informados.

6. Referencias bibliográficas

- Altés, J. (2013). Papel de las tecnologías de la información y la comunicación en la medicina actual. *Seminarios de La Fundacion Espanola de Reumatologia*, 14(2), 31–35.
<https://doi.org/10.1016/j.semreu.2013.01.005>
- Atiken M, G. L. (2012). Advancing the responsible Applying levers for change. *Ims*, October.
- Chang, W. Y. (2011). The nurse administrator in transition: Reflections and future perspectives. *Journal of Nursing*, 58(3), 12–16. <https://doi.org/10.6224/JN.58.3.12>
- Fatima, A., & Colomo-Palacios, R. (2018). Security aspects in healthcare information systems: A systematic mapping. *Procedia Computer Science*, 138, 12–19.
<https://doi.org/10.1016/j.procs.2018.10.003>
- Fernandez Cantón, S. B. (2015). *Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente*. 1–9.
- Janssen, M., & Behr-Gross, M. (2014). *Trends and observations on the collection, testing and use of blood and blood components in Europe - 2001-2008 report*.
- Jedamzik, S. (2019). Digital health and nursing: The future is now. *Pneumologie*, 16(6), 391–396.
<https://doi.org/10.1007/s10405-019-00279-4>
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: Analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality and Safety*, 22(10), 809–815. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>
- Kohno, R., Kobayashi, T., Sugimoto, C., Kinjo, Y., Hämäläinen, M., & Iinatti, J. (2019). Medical healthcare network platform and big data analysis based on integrated ICT and data science with regulatory science. *IEICE Transactions on Communications*, E102B(6), 1078–1087. <https://doi.org/10.1587/transcom.2018HMI0001>
- MinSalud. (2015). Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Paquetes Instruccionales: Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” Versión 2.0. *Minsalud*, 1–94. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.foreco.2016.02.016>
- Oliveira, S. V. W. B. de, Arroyo, C. S., Oliveira, M. M. B. de, & Ferreira, A. H. (2011). Use and Development of Health Information Systems: The Experience of an Organizational Unit Responsible for the Technological Services at Public Hospitals. *JISTEM Journal of*

- Information Systems and Technology Management*, 8(1), 155–178.
<https://doi.org/10.4301/s1807-17752011000100008>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Asamblea Mundial de la Salud. *55 Asamblea Mundial de La Salud*, 13–18.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Conversaciones sobre eSalud. Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimiento para acercarnos al acceso universal a la salud* (Issue January).
- Organization, W. H. (2005). Reto Mundial en Pro de la Seguridad del Paciente. *World Alliance for Patient Safety*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Raskob, G. E., Angchaisuksiri, P., Blanco, A. N., Buller, H., Gallus, A., Hunt, B. J., Hylek, E. M., Kakkar, A., Konstantinides, S. V., McCumber, M., Ozaki, Y., Wendelboe, A., & Weitz, J. I. (2014). Thrombosis: A major contributor to global disease burden: ISTH steering committee for world thrombosis day the members of the ISTH steering committee for World Thrombosis Day. *Thrombosis Research*, 134(5), 931–938.
<https://doi.org/10.1016/j.thromres.2014.08.014>
- Singh, H., Meyer, A. N. D., & Thomas, E. J. (2014). The frequency of diagnostic errors in outpatient care: Estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Quality and Safety*, 23(9), 727–731. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002627>
- Summers, A. (1998). *Administración de la calidad*.
- Vallejo-Gutiérrez, P., Bañeres-Amella, J., Sierra, E., Casal, J., & Agra, Y. (2014). Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting and Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(2), 69–77.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.09.007>
- Wei, X. (2011). Hospital information system management and security maintenance. *Communications in Computer and Information Science*, 234 CCIS(PART 4), 418–421.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-24091-1_54
- WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide Clean Care is Safer Care. *World Health Organization*, 1–34.

7. Anexos Técnicos

		MINISTERIO DEL INTERIOR DIRECCIÓN NACIONAL DE DERECHO DE AUTOR UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL OFICINA DE REGISTRO		Libro - Tomo - Partida 13-79-403 Fecha Registro 08-jun-2020
CERTIFICADO DE REGISTRO DE SOPORTE LOGICO - SOFTWARE				Página 1 de 2
1. DATOS DE LAS PERSONAS				
AUTOR				
Nombres y Apellidos	EDISON ALONSO ALONSO	No de identificación CC	80733470	
Nacional de	COLOMBIA	Ciudad:	IBAGUE	
Dirección	CALLE 18 A # 11 - 23 P2			
AUTOR				
Nombres y Apellidos	HECTOR AUGUSTO OSPINA ROJAS	No de identificación CC	93392962	
Nacional de	COLOMBIA	Ciudad:	IBAGUE	
Dirección	MZ H CASA 6 HACIENDA PIEDRAPINTI			
AUTOR				
Nombres y Apellidos	LUIS ALBERTO MORALES GALINDO	No de identificación CC	93090062	
Nacional de	COLOMBIA	Ciudad:	FUNZA	
Dirección	CR. 28 #13-20 T.7 APTO 302			
TITULAR DERECHO PATRIMONIAL				
Razón Social	CLINISOF CONSULTORES SAS	Nit	901166845	
Dirección	—	Ciudad:	BOGOTA D.C.	
PRODUCTOR				
Razón Social	CLINISOF CONSULTORES SAS	Nit	901166845	
Dirección	—	Ciudad:	BOGOTA D.C.	
2. DATOS DE LA OBRA				
Título Original	MÓDULO DE GESTIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (PSP)			
Año de Creación	2020	País de Origen	COLOMBIA	Año Edición
CLASE DE OBRA	INEDITA			
CARACTER DE LA OBRA	OBRA ORIGINARIA			
CARACTER DE LA OBRA	OBRA COLECTIVA			
ELEMENTOS APORTADOS DE SOPORTE LOGICO	PROGRAMA DE COMPUTADOR			
3. DESCRIPCIÓN DE LA OBRA				
EN ESTE MÓDULO SE REALIZA EL ANÁLISIS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA INSTITUCIÓN SEGÚN LOS PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD, SE PRIORIZAN A PARTIR DE LA MATRIZ COSTO RIESGO VOLUMEN, SE ESTABLECEN LAS HERRAMIENTAS SW1H, DIAGRAMA DE GANTT, FICHA TÉCNICA DE INDICADORES, ESTABLECIMIENTO DE METAS Y EVALUACIÓN DEL CICLO PHVA.				
4. OBSERVACIONES GENERALES DE LA OBRA				
5. DATOS DEL SOLICITANTE				
Nombres y Apellidos	EDISON ALONSO ALONSO	No de identificación	80733470	
Nacional de	COLOMBIA	Medio Radicación	REGISTRO EN LINEA	
Dirección	CALLE 18 A # 11 - 23 P2	Ciudad	IBAGUE	
Correo electrónico	CLINISOF@GMAIL.COM	Teléfono	3168755411	
En representación de	EN NOMBRE PROPIO	Radicación de entrada	1-2020-58026	

	MINISTERIO DEL INTERIOR DIRECCION NACIONAL DE DERECHO DE AUTOR UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL OFICINA DE REGISTRO <u>CERTIFICADO DE REGISTRO DE SOPORTE LOGICO - SOFTWARE</u>	Libro - Tomo - Partida 13-79-403 Fecha Registro 08-jun-2020
Página 2 de 2		
		
MANUEL ANTONIO MORA CUELLAR JEFE OFICINA DE REGISTRO		
MZF		

Nota: El derecho de autor protege exclusivamente la forma mediante la cual las ideas del autor son descritas, explicadas, ilustradas o incorporadas a las obras. No son objeto de protección las ideas contenidas en las obras literarias y artísticas, o el contenido ideológico o técnico de las obras científicas, ni su aprovechamiento industrial o comercial (artículo 7o. de la Decisión 351 de 1993).