



**FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DEL RIEGO EN LA CLÍNICA
DE URABÁ S.A.**

Sergio Andrés Úsuga Gulfo

Docente:

John Jairo Espinal Marulanda.

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Económicas
Administración de Empresas
Apartadó, Antioquia, Colombia
2024

Tabla de Contenido

Lista de Figuras	5
Lista de tablas	6
Agradecimientos	7
Título de la práctica.....	9
Temática de la práctica	9
Contexto organizacional	11
Ubicación.....	11
Sector de la economía al que pertenece.....	11
Objeto social.....	12
Objetivos institucionales de la organización.....	12
Reseña histórica	13
Estructura organizacional.....	13
Misión	14
Visión.....	14
Política de calidad.....	14
Principios Cooperativos.....	15
Principales servicios.....	15
Mercados que atiende.....	16
Análisis del contexto de la organización	16
Político	16
Económico	17
Social	17
Tecnológico	18
Ecológico	18

Legal.....	19
Antecedentes	19
Problemática y problema	24
Objetivos.....	26
General.....	26
Específicos.....	26
Justificación.....	27
Delimitación o alcances	28
Temporal.....	28
Espacial.....	28
Marco referencial	29
Marco teórico	29
Gestión por procesos.....	29
Planeación estratégica.....	30
Gestión de la calidad.....	31
Seguridad del paciente.....	33
Marco normativo.....	35
Marco Conceptual	35
Diseño metodológico	36
Administración del proyecto	38
Recursos disponibles.....	38
Cronograma de actividades	40
Resultados.....	41
Objetivo específico 1: Identificar el estado actual de la gestión del riesgo en las áreas asistenciales de la Clínica de Urabá.....	41

Actividad: Realizar un diagnóstico sobre la documentación actual que rige y establece los procesos y procedimientos de la gestión de riesgos en la Clínica de Urabá y realizar documentación adicional en caso de hallarse vacíos y falencias.	41
Objetivo 2: Identificar los riesgos potenciales que se pueden presentar en el ciclo de atención de las áreas asistenciales.....	43
Definir ¿Qué es un riesgo para la Clínica de Urabá y los tipos de riesgos que se pueden presentar?	43
Tener claridad de todos los procesos y áreas a diagnosticar.....	45
Elaborar un formato que permita recolectar de manera pertinente la información	46
Realizar auditorías internas.....	47
Objetivo 3: Evaluar y categorizar los riesgos identificados acorde a la magnitud de sus impactos y causas.....	48
Reunirse con los líderes de áreas con el fin de evaluar y categorizar de manera correcta el impacto de los riesgos.	48
Objetivo 4: Diseñar las estrategias a utilizar que permitan identificar, evaluar, analizar, categorizar, idear planes de mejora y seguimiento de los riesgos que se presentan en las áreas asistenciales (fisioterapia, cirugía, hospitalización, consulta externa y urgencias).	48
Construir una matriz de riesgos	49
Objetivo 5: Proponer acciones de mejora y seguimientos para los riesgos con un nivel alto e intermedio.....	49
Reunirse con los líderes de área necesarios para ajustar las acciones de mejora propuestas .	49
Objetivo 6: Identificar el estado actual de efectividad del programa de seguridad del paciente y realizar las mejoras de acuerdo con los hallazgos obtenidos.	50
Realizar un diagnóstico sobre el nivel de eficiencia del programa	50
Realizar mejoras de acuerdo con los hallazgos encontrado	50
Conclusiones	51
Recomendaciones.....	55
Referencias bibliográficas	56

Lista de Figuras

Estructura Organizacional 1 13

Lista de tablas

Tabla 1. Diseño metodológico. 37

Tabla 2 Cronograma 40

Agradecimientos

Darle gracias a Dios, a mi madre y a mi pareja (Ana Arboleda) por su apoyo incondicional durante este largo y difícil proceso, proceso que de igual manera ha sido muy gratificante y me ha permitido sobre escribir mis límites.

Muchas gracias a la Universidad de Antioquia, a los profesos y asesores que hicieron parte de este bello proceso de formación, en especial al profesor John Espinal que contribuyo enormemente a que pudiera identificar qué clase de administrador de empresas deseo ser.

También le doy gracias a la Clínica de Urabá por brindarme la oportunidad de realizar mis prácticas en su organización, de todo corazón muchas gracias a la Señora Dora Carvajal, Katia Calle, al doctor Aurelio Arias y a todo el personal de la clínica, gracias por su amabilidad y los conocimientos que me brindaron.

Agradecer a mis compañeros de curso los cuales fueron un apoyo incondicional para poder seguir adelante durante estos 5 años, de los cuales aprendí mucho y descubrí la importancia de rodearse de gente que te quiere y desea verte triunfar.

Por último, pero no menos importante, agradecerme a mismo por mi gran esfuerzo y dedicación que he dado durante este proceso de formación, resaltar la resiliencia con la cual sobrelleve cada nuevo reto y el amor brindado a esta bella experiencia.

Título de la práctica

Fortalecimiento de la gestión del riesgo en la Clínica de Urabá S.A.

Temática de la práctica

Este proyecto busca fortalecer la gestión del riesgo que se está llevando a cabo en la Clínica de Urabá y otros procesos relacionados con el programa de Seguridad del Paciente.

La gestión del riesgo es de gran importancia para la Clínica de Urabá porque uno de los objetivos de la institución es mejorar el estado de salud de sus usuarios, por lo tanto, sería inexplicable e inaceptable que se presente un desmejoramiento de la salud al finalizar la prestación del servicio. Es por ello, que es fundamental garantizar que las estrategias de la gestión de riesgos que se están llevando a cabo cumplan con el objetivo principal de este y cuenten con cierto nivel de flexibilidad y/o adaptabilidad para afrontar riesgos futuros, para esto se busca la estandarización de procesos para el cumplimiento de estándares de calidad, la definición de cada paso a paso para evitar o minimizar la presencia de errores, optimizar el uso de recursos y esfuerzos, implementar nuevas estrategias de control, seguimiento y resolución.

La gestión del riesgo y la seguridad del paciente se podrían definir como parte de los pilares que aseguran que el objeto social al que se dedican las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sea realizado de manera correcta, porque de acuerdo con la Universidad de la Costa (2022) la gestión del riesgo y la seguridad del paciente “está estrechamente relacionada con la calidad de la atención médica. Un enfoque en la seguridad del paciente garantiza que los procedimientos se realicen de manera correcta, minimizando los errores y mejorando la calidad general de la atención” el objeto social de este tipo de instituciones genera un gran impacto en cualquier sociedad, la salud es un tema crucial en el que no pueden existir dudas y errores, debido a que si una persona carece de una buena salud, inmediatamente queda indispuesta para contribuir a una sociedad e incluso suplir sus propias necesidades. Por lo tanto, es fundamental realizar un fortalecimiento constante de la gestión del riesgo y el programa de seguridad del paciente en la institución

1. Planeación estratégica

- Elaboración de análisis DOFA para la Clínica de Urabá S.A.
- Desarrollo de objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, así mismo la creación de cronogramas de implementación

2. Metodología de la investigación

- Utilización de métodos cualitativos y cuantitativos para recopilar y analizar datos relevantes.
- Uso de herramientas y técnicas avanzadas para la recolección de datos, análisis estadístico y presentación de resultados

3. Gestión de procesos

- Sistemas de seguimiento
- Mejora de los procesos

4. Gestión estratégica

- Direccionamiento claro para el alcance de los objetivos
- Estrategias pertinentes para facilitar el logro de los objetivos

El logro de los objetivos y aplicación de los conocimientos, habilidades y/o competencias mencionadas anteriormente, le permiten al proyecto tener el potencial de generar un impacto positivo y real en la Clínica de Urabá S.A.

Contexto organizacional

La organización tiene como razón social Clínica de Urabá S.A., la cual puede también identificarse como CdeU (Clínica de Urabá, 2024.)

Ubicación

La Clínica de Urabá S.A. cuenta con sede principal en el Municipio de Apartadó – Antioquia, ubicada en Diagonal 99E # 106 C – 84. Barrio Ortiz. Además, cuenta con 3 oficinas radicadas en Apartadó – Antioquia. Barrio Ortiz, las cuales se identifican de la siguiente manera: Barrio Ortiz: Sede administrativa y facturación, Fisioterapia y Consultorios 2. (Clínica de Urabá, 2024)

Sector de la economía al que pertenece.

Como Institución Prestadora de Salud (IPS), la Clínica de Urabá opera bajo la supervisión de las siguientes instituciones:

Clase de control/Supervisión externa.

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Superintendencia Nacional de Salud
- Secretarías de Salud
- Personerías Municipales

Control disciplinario

- Procuraduría General de la Nación

Control Fiscal

- Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP

Control Social

- Asociación de Usuarios

El seguimiento de estas instituciones y grupos buscan garantizar altos estándares de seguridad y confiabilidad para los usuarios y Entidades Promotoras de Salud (EPS). Esto le ha

permitido a la Clínica de Urabá poder destacar por su calidad humana, la calidad en los servicios que se ofrecen y por su compromiso con mejorar la salud de sus usuarios.

Es decir, La Clínica de Urabá al no poseer una gran infraestructura ha centrado sus esfuerzos en ofrecer un servicio empático y confiable, destacando la equidad y enfoque diferencial al momento de prestar sus servicios.

Objeto social

De acuerdo con lo mencionado por la Clínica de Urabá (2024) en su página oficial, la institución tiene como objeto social lo siguiente:

Prestar un servicio de salud de acuerdo con sus capacidades de Institución Prestadora de Servicios de Salud de segundo nivel en el cual se destaque la calidad, transparencia, compromiso y competencias del personal de la institución. Con el propósito de brindar soluciones oportunas y acordes a las necesidades de nuestros usuarios, cumpliendo así con sus expectativas

Objetivos institucionales de la organización.

La institución tiene como objetivos estratégicos, según lo mencionado en su página oficial Clínica de Urabá (2024):

1. Contar con un sistema de seguridad del paciente que permita una adecuada identificación, gestión y brinde herramientas estratégicas para el tratamiento de eventos adversos.
2. Asegurar una atención ágil, empática, segura y accesible a pacientes y acompañantes mediante el monitoreo y fortalecimiento constante de los servicios de salud prestados por la institución.
3. Brindar un servicio de excelente calidad que logre satisfacer las necesidades de nuestros usuarios mediante el uso y seguimiento del PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud).
4. Para el 2025, continuar con el cumplimiento de los programas de gestión humana que permiten un óptimo funcionamiento del talento humano en la Clínica de Urabá.
5. Respetar y situar como principio fundamental de la institución el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes.

La información publicada en la página web de la institución desea transmitir un mensaje de confianza y seguridad hacia sus usuarios, donde también se pueden evidenciar los servicios que se ofrecen y los canales mediante el cual pueden tener un contacto directo con la institución.

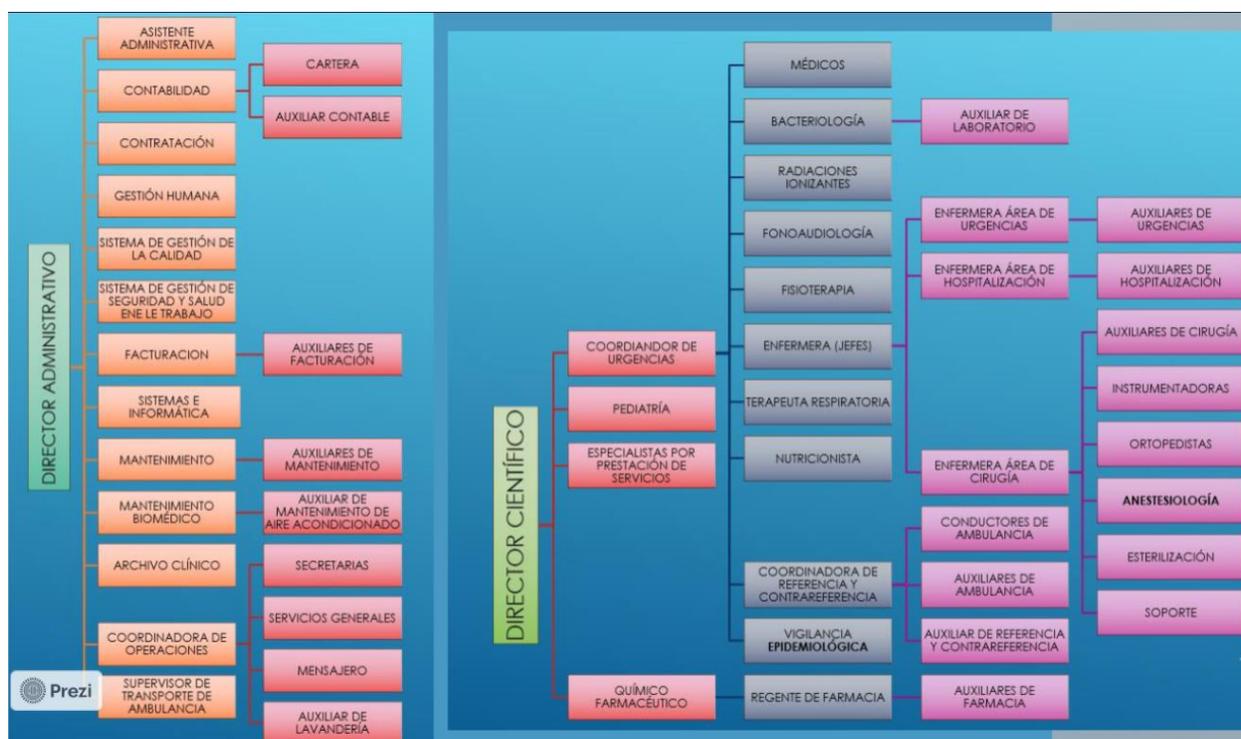
Reseña histórica

La Clínica de Urabá fue fundada en febrero de 1985, la clínica ha crecido hasta el punto de convertirse en un centro de salud integral de segundo nivel de complejidad con gran fortaleza en el área de trauma.

Estructura organizacional.

Imagen 1.

Estructura Organizacional 1



Fuente: Adoptado de Estructura Organizacional de la Clínica de Urabá, 2024.

La estructura organizacional de la institución posee la característica de ser horizontal, este tipo de estructura se adapta muy bien al contexto dinámico y en algunos casos impredecibles a

los que se enfrenta la clínica, porque debido a la necesidad de contar con líderes que aseguren el buen funcionamiento de los procesos y guíen al resto de los colaboradores hacia el mismo objetivo, la estructura brinda una distribución del poder uniforme e impulsa más la participación en acciones gerenciales y toma de decisiones por parte de estos líderes.

En el sitio web de la institución se logra evidenciar información importante que nos permite comprender hacia a donde apunta la institución y que esfuerzo realiza para llegar a dicho punto, esta información es la misión y visión de la institución

Misión

La Clínica de Urabá (2024) se centra en destacar sus servicios de salud de segundo nivel, en el cual la calidad, transparencia y personal capacitado sobresalen en cada una de sus atenciones al usuario. Esto con el propósito de demostrar el compromiso de la institución con sus usuarios y lograr cumplir de manera oportuna las necesidades y expectativas de estos.

La institución tiene claro que, si bien no sobresale mucho debido a su infraestructura, debe enfocarse en la calidad de sus servicios, siendo este su valor agregado que le ayuda a diferenciarse de otras instituciones.

Visión

La Clínica de Urabá (2024) apunta a seguir manteniéndose como la Clínica privada de segundo nivel número uno en la zona de Urabá, convirtiéndose en un referente de calidad, ética, excelente atención y unas instalaciones cumplan con las necesidades de los usuarios.

Política de calidad.

La Clínica de Urabá (2024) se compromete con brindar servicios de salud oportunos, pertinentes y accesibles, esto de la mano de personal capacitado que vele por los derechos de nuestros usuarios y genere confianza en cada uno de los servicios que se ofrece, por ende,

también se vela por proveer un trabajo que más allá de ser digno, mejore las condiciones de vida de nuestros colaboradores. Además, mediante el buen uso de la tecnología y su responsabilidad ambiental prevenir el impacto ambiental negativo que se deriva de sus operaciones.

Principios Cooperativos.

- Legalidad.
- Igualdad.
- Moralidad.
- Integralidad.
- Eficiencia.
- Eficacia.
- Tolerancia.
- Calidad.
- Ética.

Principales servicios.

La Clínica de Urabá como institución de segundo nivel ofrece una gran variedad de servicios, desde varios tipos de consultas médicas y especializadas, hasta traslados de ambulancia y cirugías. Estos servicios se encuentran estipulados de manera detallada en la página de la institución, según lo expone La Clínica de Urabá (2024):

1. Consultas especializadas (consulta externa)
2. Cirugías: Artroscopias, ortopedia, cirugía general, dermatología, otorrinolaringología, urología estomatología y otras.
3. Traslados básicos y medicalizados para usuarios de la región, en la cual se cuenta con la tecnología pertinente y una gran capacidad de respuesta ante situaciones extremas y urgencias, cumpliendo con las exigencias establecidas por el Ministerio de Protección Social.
4. Servicio de laboratorio clínico que contribuye al apoyo diagnóstico de los pacientes, asegurando una mayor calidad y confiabilidad

5. Servicio de urgencias 24/7 que cuenta con médico general, salas de observación.
6. Hospitalización en salas individuales y compartidas que cuentan con aire acondicionado, servicio de televisión y telefónico.
7. Ayudas diagnósticas: “servicios de rayos x, audiometrías, ecografías de tercera dimensión y Doppler, terapia de lenguaje, laparoscopias, entre otras” (Clínica de Urabá, 2024). Que aumentan la confiabilidad y calidad de los diagnósticos realizados por el personal tratante.
8. Terapia física, rehabilitación, fonoaudiología, terapia respiratoria y nutrición.

Mercados que atiende.

De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política Colombiana, la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado, por ende, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, no han de negar el acceso al servicio en caso de urgencias.

Si bien la Clínica de Urabá acata este artículo, en el sistema de salud colombiano, esto solo se cumple en los casos de urgencias, existen situaciones en las cuales las EPS ya tienen establecido un contrato con una Institución Prestadora de Servicios de Salud, el objetivo de dicho contrato es garantizar que un tipo de servicio en específico se preste en cierta institución.

Por ende, la Clínica de Urabá atiende a toda la población colombiana, pero esto puede variar dependiendo los contratos que se hayan establecido con la clínica y otras IPS.

Análisis del contexto de la organización

Político

Las políticas juegan un papel fundamental en los procesos y decisiones que se realizan en las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, en especial aquellas expuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, esta institución establece la estructura del sistema de salud, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y otras normatividades que controlan y guían las acciones de las EPS y IPS.

Otro actor muy importante es la Corte Constitucional de la República de Colombia la cual establece mediante la Sentencia T-745/13 el derecho fundamental a la salud, este menciona lo siguiente:

“El derecho a la salud es fundamental de manera autónoma, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, su contenido mínimo, así como aquellos definidos por vías normativas como la ley y la jurisprudencia son de inmediato cumplimiento. Los demás contenidos deben irse ampliando y desarrollando paulatinamente conforme al principio de progresividad y no regresión” (Corte Constitucional de la República de Colombia, s.f.)

Actualmente el principio de progresividad y no regresión está siendo aplicado por el gobierno nacional, debido a que el sistema de salud colombiano está pasando por una serie de cambios en salud pública y regulación, que afectan directamente en el funcionamiento de la clínica, obligando a la institución a reestructurar procesos con el propósito de que se encuentren alineados con los cambios en política.

Económico

La cooperación entre las EPS y IPS ha permitido que la clínica no genere un impacto negativo en sus usuarios al momento que estos acceden a los servicios de salud, de igual manera y como es de esperarse, existe una gran dependencia de los recursos económicos de las EPS, si bien se prestan servicios de consulta prepagada y atenciones por pólizas y seguros, estos nos son equiparables con el recuso económico que suministran las EPS por los servicios prestados. Con el anuncio del retiro progresivo por parte de SURA EPS, la EPS con la que actualmente se maneja un gran número de usuarios y contratos, se tiene una incertidumbre sobre los ingresos futuros de la institución, lo que podría afectar su capacidad de inversión en infraestructura, tecnología y equipos, nuevas habilitaciones y la nómina de la institución.

La clínica no cuenta con un gran poder de decisión en los aspectos que regulan la relación entre prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago de los servicios de salud de la población a su cargo, en algunas ocasiones esta solo se limita a seguir las regulaciones establecidas.

Social

La importancia de las características demográficas y culturales de los usuarios y a su vez comprender estas mismas características a nivel región, incluyendo aspectos como edad, género, nivel educativo, etnia y distribución geográfica. Estos factores obligan a adaptar los servicios de

acuerdo con las características de los usuarios, dando como resultado un servicio que genera confianza.

También se ha tenido en cuenta que existen percepciones y creencias arraigadas en la población, mayormente indígena y afro, la comprensión de estas percepciones mediante encuentros de saberes le ha permitido a la clínica disponer de más esfuerzos con el propósito de cumplir el mejoramiento de la salud de estos habitantes sin interferir con sus creencias y tradiciones.

Todo lo expuesto en este punto social, son la demanda y los estándares de calidad que esperan los distintos usuarios al ser atendidos, los cuales se ha logrado responder de manera satisfactoria con la implementación de la estrategia llamada Enfoque Diferencial, permitiéndole a la Clínica de Urabá ser reconocida por los habitantes de Urabá como una de las mejores IPS de la zona, ganándose la confianza de la población regional gracias a la gran calidad en sus servicios.

Tecnológico

La adopción de tecnología de punta es esencial para garantizar un servicio de salud de calidad y competitivo, la Clínica de Urabá invierte en poseer la tecnología requerida para brindar un servicio pertinente y oportuno, desde la creación de una plataforma digital y la implementación de otros canales de comunicación, que tiene como fin la generación de citas y escuchar las opiniones de las personas frente a la institución, hasta la incorporación de tecnología de punta para realizar los diagnósticos médicos (rayos x, cirugías, fisioterapias y etc.) garantizando la satisfacción de los usuarios y cumpliendo los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Clínica de Urabá no solo se enfoca en contar con la tecnología necesaria para cumplir con las necesidades del mercado, si no que adapta estas tecnologías para innovar en sus servicios.

Ecológico

La Clínica de Urabá realiza un buen aseguramiento de los desechos producidos, asegurando que estos no entren en contacto con la población, esto mediante capacitaciones constantes del manejo de residuos y la creación de una cultura de conciencia y preocupación ambiental, es por esto por lo que en la medida de lo posible se adoptan prácticas sostenibles con el fin de dar cumplimiento con la normatividad, mejorando así la reputación de la institución.

La adecuada clasificación de los desechos y su entrega al personal competente que realiza la transformación y eliminación de estos residuos demuestra el compromiso en materia de sostenibilidad, resaltando su contribución al cuidado del medio ambiente, al desarrollo sostenible y cumpliendo con los valores de los consumidores modernos.

Legal

La Clínica de Urabá da cumplimiento a las leyes expedidas por las entidades reguladoras, en las cuales se resalta el cumplimiento con:

Resolución 0256 del 2016, Estrategias de mejora para los resultados de los indicadores

La ley 1581 de 2012 política de privacidad y protección de datos personales en Colombia

Cumplimiento de las licencias y acreditaciones para la práctica médica, la cual trata de “comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Antecedentes

El trabajo realizado por Diego Antonio Rubio Bohórquez y Carolina Soto Guzmán, 2013, en Bogotá – Colombia, nombrado “Diseño de un sistema de gestión del riesgo en una IPS hospitalaria de primer nivel” el objetivo general de este trabajo fue crear una herramienta de análisis, evaluación y valoración para aquellos riesgos que ponen en juego la viabilidad y sostenibilidad del Hospital Salazar de Villeta Cundinamarca, la herramienta a desarrollar debe poseer la característica de fácil aplicación al momento de implementarse en la ESE, esto con el propósito de mejorar la gestión, de tal manera que sea más eficiente el logro de los objetivos y la aplicación de la misión empresarial, los objetivos específicos de este proyecto fueron:

1. Realizar un análisis integral de la institución donde se identifiquen sus procesos, objetivos y otros aspectos relevantes que permitan tener una mayor claridad sobre como es el contexto real de la institución.

2. Identificar que metodología es la adecuada para realizar la identificación, análisis y valoración de los riesgos, además de contribuir a la generación de acciones de preventivas y de control.
3. Realizar un documento guía que le permita a la institución seguir implementando la metodología diseñada y que sirva de guía para futuros sistemas de la gestión del riesgo.

La metodología implementada fue de tipo mixta, es decir, se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas, con el fin contribuir a la toma de decisiones de los directivos de la institución, además de dejar un análisis de cifras que expliquen el impacto de los riesgos potenciales a los que esta se encuentra expuesta y por consiguiente la elaboración de acciones que permitan brindar una solución pertinente a dichos riesgos.

La aplicación de esta metodología permitió demostrar que una buena gestión del riesgo no debe ser complicada, debe ser fácil de entender y de aplicar, pero más allá de ser un requisito de ley para las entidades públicas, la gestión del riesgo puede convertirse en una estrategia de planeación y control que contribuye de gran manera al cumplimiento de los objetivos institucionales y permitirle a la institución tener la capacidad de afrontar de manera oportuna y pertinente las dificultades que puedan llegar a presentarse

El documento realizado por Silvana Saleh Mora, Belinda Castillo Capdevilla y Fernando Lara, 2011, titulado “Propuesta para la implantación del programa de gestión de la seguridad del paciente en la empresa social del Estado – Hospital Local de Hatillo de Loba Bolívar” proyecto realizado para optar por el título de Especialista en Auditoria en Salud, elaborado en Bucaramanga - Santander, el objetivo general de este proyecto fue la creación de procesos que permitieran la implementación del programa de Seguridad del Paciente; sus objetivos específicos fueron los siguientes:

1. Realizar un diagnóstico para identificar como se está llevando a cabo la gestión del riesgo en la E.S.E. HHL
2. Identificar los potenciales riesgos que se pueden presentar en la atención al paciente.
3. Determinar la ocurrencia de eventos adversos en la E.S.E. HHL

4. Mediante la implementación del programa de seguridad del paciente, establecer procesos de monitoreo de eventos adversos que pongan en riesgo la seguridad de los pacientes

La metodología de este proyecto se basó en estrategias internacionales, las cuales destacaban por su facilidad de adaptación al contexto local, entre estos el sistema de Protocolo Londres, que facilita el análisis de la información y el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) que permite evaluar la evolución en la prevalencia de los eventos adversos.

La aplicación de esta metodología trajo como resultados el fortalecimiento de las estrategias de planeación, dirección, control y seguimiento que se están implementando para el programa de seguridad del paciente, además contribuyó la creación de nuevas herramientas, fortalecer la relación con el municipio mediante la coordinaciones de acciones que permitieran generar metas en salud y el cumplimiento de indicadores, finalmente le permitió a los colaboradores tener un mayor conocimiento del programa y como pueden contribuir al cumplimiento de métricas de calidad que este dicta.

El proyecto analizado fue elaborado por Laura Paola Guzman Torres, Nelson Fabian Muñoz Suescun, Juan Guillermo Barrantes Vera y Ivonne Nathaly Hurtado Triana, 2022, trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Gerencia de Calidad y Gestión Clínica, trabajo titulado “Diseño e implementación del plan de gestión de riesgos para el laboratorio clínico IMUNOLAG ECG SAS.” Elaborado en Bogotá – Colombia. Tiene como objetivo general la socialización del plan de riesgos para el personal del laboratorio clínico y establecer un cronograma de seguimiento al cumplimiento del plan. Los objetivos específicos planteados son los siguientes:

1. Determinar los riesgos que se pueden presentar en el laboratorio, en las fases preanalítica, analítica y post analítica.
2. Realizar una matriz que permita identificar, analizar, evaluar y categorizar los riesgos encontrados en la institución.
3. Implementar el plan de riesgos elaborado.

La metodología implementada en este trabajo posee un enfoque cualitativo, porque se desea estudiar los fenómenos a través del tiempo, con el propósito de que, en los primeros dos meses, elaborar herramientas que le permitan al laboratorio clínico implementar un plan de

riesgos con la capacidad de evaluar y clasificar los riesgos identificados, además de definir sus causas, efectos y acciones de control, seguimiento y mitigación; Estas acciones de seguimiento mes a mes. La elaboración de la matriz de riesgos se basó en la norma NTC ISO 31000 y la Resolución No. 3100 de 2019. La aplicación de estas es.

La aplicación de la matriz de riesgos logro que esta gestión sea más integral, analizando fases en los procesos que antes no se contemplaban, teniendo mayor claridad sobre las causas y efectos de los riesgos, categorizando los riesgos y definir su nivel de probabilidad. Así mismo, se definieron los mecanismos de control para cada riesgo identificado y se definió el responsable de ejecutar los planes de tratamiento y prevención.

El siguiente proyecto elaborado por María Paula Urrego Herrera, 2021, titulado “Gestión de riesgo en un servicio de consulta externa en una institución de salud de primer nivel de atención en la Ciudad de Bogotá”. Trabajo el cual tenía como objetivo general, implementar una AMFE para gestión de riesgos en el servicio de consulta externa. A continuación, los objetivos específicos:

1. Identificar los riesgos que se puedan presentar en los servicios de consulta externa
2. Identificar los riesgos que se pueden presentar en los programas de atención en salud (AMAR, LATIR y Primeros Años, y Enfermería)
3. Categorizar los riesgos de acuerdo con su nivel de impacto: Alto, medio y bajo
4. Proponer estrategias de seguridad que eviten o minimicen los impactos de los eventos adversos presentados.

La metodología de este proyecto se basa en 4 etapas:

1. Recolección de datos: Se recolectará y registrará la información obtenida de colaboradores y de los reportes realizados
2. Aplicación de matriz AMFE: Se identificarán los riesgos utilizando la herramienta AMFE, posteriormente se realizará la categorización de cada uno de ellos.
3. Priorización y planteamiento de barreras de seguridad: De acuerdo con el resultado obtenido de la matriz AMFE, se procede a realizar una priorización y la ideación de barreras para los riesgos más críticos.

4. Socialización: Se socializará el proyecto de manera didáctica y llamativa, para que se presente una mayor retención de la información por parte del personal citado, se planea realizar esta reunión de manera bimensual.

La metodología logro definir los lineamientos para la implementación de la matriz AMFE y el programa de seguridad de pacientes, además de diseñar barreras de seguridad para la evitación o mitigación de los riesgos potenciales a suceder en la organización.

El proyecto elaborado por Rafael José Guerra Manjarres, 2013, en Bogotá – Colombia, titulado “Propuesta para el diseño de una metodología para la gestión del riesgo en la ESE Hospital Santa Clara considerando como apoyo la norma NTC ISO 31000” fue planteado con el objetivo de diseñar una metodología que le permitiera a la ESE Hospital Santa Clara gestionar todos los riesgos que influyeran directa o indirectamente al no logro de los objetivos, logrando así, la eliminación de estas barreras limitantes, los objetivos específicos de este proyecto son los siguientes:

1. Analizar y trazar un mapa de procesos que vaya acorde a las actividades que se están desarrollando actualmente en ESE Hospital Santa Clara
2. Elaborar una metodología para la identificación, evaluación y análisis de los riesgos que están impidiendo el logro de los objetivos de la institución
3. Diseñar una herramienta que permita la identificación de los riesgos asociados a los procesos de la ESE Hospital Santa Clara.

La metodología permitió demostrar la importancia de incluir al personal encargado de ejecutar los procesos, debido a que se evidencio un mayor sentido de pertenencia por parte del personal, por otro lado, la reestructuración del mapa de procesos fue un punto clave para el éxito de la metodología a implementar. Finalmente, gracias a una mayor dedicación de tiempo y esfuerzo en la matriz de identificación, evaluación y análisis de los riesgos, se logró tener cuales eran los problemas por resolver y de qué manera se abordarían, dicho de otro modo, se logró tener una visión más holística e integral sobre todo el funcionamiento de la institución.

Problemática y problema

La Clínica de Urabá, ubicada en el municipio de Apartadó, la cual opera en un entorno altamente dinámico e impredecible, debe estar en la capacidad de responder de manera oportuna y pertinente a las circunstancias que afecten la salud de sus usuarios, respuesta que debe estar acompañada de confiabilidad y calidad. Teniendo en cuenta el objeto social de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la institución debe centrar esfuerzos en minimizar y evitar en lo máximo de lo posible la presencia de eventos adversos y otros incidentes asociados a los procesos de atención por parte de las áreas asistenciales de la clínica (Fisioterapia, urgencias, hospitalización, cirugía y consulta externa).

Las estrategias utilizadas en la institución para la identificación, evaluación, clasificación, ideación de planes de tratamiento y seguimiento de los riesgos no son lo suficientemente eficientes, esto se debe a que las estrategias permiten identificar riesgos en una etapa media o avanzada, dando como resultado que se actúe desde un enfoque reactivo y poco proactivo, las estrategias utilizadas para la identificación de estos riesgos son el Comité Institucional (una vez al mes) Comités del Equipo Operativo de Infecciones (una vez al mes) y Auditorías Internas (esta se realiza de manera semestral). La frecuencia de estas estrategias permite que los riesgos puedan incrementar su nivel de impacto, adicionalmente, se debe tener en cuenta que los líderes encargados de estas estrategias se encuentran con una sobrecarga de trabajo que no les permite dedicarle el tiempo necesario a solucionar todas las problemáticas presentadas y como sería de esperar, el seguimiento a los riesgos y planes de mejora no son lo mejor.

Además, se cuenta con un programa de Seguridad del Paciente encargado de contribuir al análisis de los eventos adversos presentados en la clínica, programa que ha de ser modificado con el propósito de captar mejor la información y disminuir la cantidad de esfuerzo que este necesita para su ejecución

Por lo tanto, es fundamental que se implementen nuevas estrategias y reestructurar las que se poseen actualmente con el fin de que sean más sencillas y requieran un menor esfuerzo, de esta manera se presentara un fortalecimiento de la gestión de riesgo que se está llevando a cabo en la

institución, si se continua de la misma manera la clínica se podría enfrentar a varios desafíos y consecuencias que pondrían en riesgo la credibilidad, confianza, viabilidad y sostenibilidad económica de la institución, además de posiblemente afectar la salud de los usuarios y colaboradores.

¿Qué estrategias de gestión del riesgo podría implementar la Clínica de Urabá para potenciar dicha gestión y como se pueden reestructurar las estrategias que se poseen actualmente de manera que se pueda minimizar el esfuerzo que requieren y captar mejor la información?

Objetivos

General

Diseñar una estrategia que fortalezca la gestión del riesgo en la Clínica de Urabá, específicamente en la identificación, evaluación, análisis, categorización, ideación de planes de mejora y seguimiento de los riesgos que se presentan en las áreas asistenciales (fisioterapia, cirugía, hospitalización, consulta externa y urgencias).

Específicos

Identificar el estado actual de la gestión del riesgo en las áreas asistenciales de la Clínica de Urabá.

Determinar los riesgos potenciales que se pueden presentar en el ciclo de atención de las áreas asistenciales.

Evaluar y categorizar los riesgos identificados acorde a la magnitud de sus impactos y causas.

Diseñar las estrategias a utilizar que permitan identificar, evaluar, analizar, categorizar, idear planes de mejora y seguimiento de los riesgos que se presentan en las áreas asistenciales (fisioterapia, cirugía, hospitalización, consulta externa y urgencias).

Proponer plane de mejora y seguimientos para los riesgos con un nivel alto y extremo.

Conocer el estado actual de efectividad del programa de seguridad del paciente y realizar las mejoras de acuerdo con los hallazgos obtenidos

Justificación

Aunque es humano errar, es inhumano no tratar, si es posible, proteger de fallas evitables y peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos (Max Thorek - 1880-1960)

La seguridad del paciente, se podrían definir como uno de los pilares fundamentales de todo sistema de salud, según la OMS “La seguridad del paciente implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud” (OMS, 2024). Si comparamos esta definición con la compartida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual define la seguridad del paciente “Como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Podemos evidenciar que sin importar si se trata de un contexto nacional o internacional, la seguridad de pacientes está dirigida a la confiabilidad de los procesos asistenciales.

Un buena calidad, control y seguimiento de los procesos asistenciales más allá de garantizar un servicio eficaz, les brinda a los usuarios, ERP (Empresa Responsable de Pago) e instituciones reguladoras, un valor agregado de confianza. Por otro lado, le brinda a la Clínica de Urabá la garantía de que se están ejecutando correctamente cada uno de sus procesos, trayendo como beneficios una mejor estabilidad económica, contratos y etc. Además, teniendo en cuenta que el sistema de salud colombiano es un entorno completamente complejo, dinámico y volátil, en el cual el simple hecho de verificación de la información del usuario puede resultar complejo, ya sea porque el lugar asistencial se encuentra en su máxima capacidad en ese momento (algo que pasa muy seguido) o por problemas de comunicación que se pueden dar debido a la etnia o raza de la persona. Otra situación crucial que se puede presentar es la no facturación de los procedimientos realizados por la clínica, todos los procesos realizados por una IPS en la cual la EPS actúa como asegurador no son facturables, algunos de estos procedimientos son objetados por un auditor perteneciente a alguna de las EPS con las cuales se tenga contrato, estas objeciones se presentan cuando el auditor considera que se realizó un procedimiento injustificado o la existe de algún punto a mejorar. En varias ocasiones la clínica no tiene como justificar dichos procesos,

lo que significa el no pago de procedimientos que generaron un gasto de insumos y esfuerzo por parte del talento humano de la clínica.

Finalmente, una gestión del riesgo careciente de eficacia puede significar en el peor de los casos la afectación de la integridad humana de los usuarios y colaboradores de la institución, afectando gravemente la reputación de esta y generando un gran afecto de la situación económica de la misma, consiguiente de una intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Teniendo en cuenta la complejidad del sistema de salud colombiano, es idóneo diseñar estrategias que contribuyan a gestionar los riesgos desde un enfoque integral y proactivo, logrando así una gestión más completa y eficiente, evitando así los grandes efectos negativos que se pueden presentar en la institución.

Delimitación o alcances

Temporal

Se establece un contrato de aprendizaje entre el estudiante y la Clínica de Urabá, con una duración de 6 meses, dando inicio el 18 de junio de 2024 y finalizando el 18 de diciembre de 2024. La fase de práctica profesional tiene como fin diseñar un plan de fortalecimiento de la gestión del riesgo.

Espacial

Cada una de las acciones necesarias para desarrollar de manera efectiva la práctica profesional, se llevarán a cabo en el municipio de Apartadó – Antioquia, directamente desde el área de calidad de la institución.

Marco referencial

Marco teórico

Para tener mayor claridad de esta propuesta, se tomarán en cuenta diferentes perspectivas y teorías administrativas sugeridas por diversos autores. A continuación, se presentan estas, que son fundamentales.

Gestión por procesos, planeación estratégica, gestión de la calidad, atención al cliente, seguridad y salud en el trabajo.

Gestión por procesos

La gestión por procesos implica administrar una organización basándose principalmente en sus procesos, porque es en este punto donde surge el valor agregado por parte de la organización, Gómez (2009), citado por Fuentes et al., (2014), menciona que “la gestión por procesos es una manera de conducir o administrar una organización, centrándose en el valor agregado para el cliente, los colaboradores y otras partes interesadas” lo mencionado por los autores tiene lógica si lo miramos desde un punto de vista donde se le da mucho más valor y reconocimiento al conocimiento empírico generado por los ejecutantes de los procesos, nadie conoce mejor un proceso que aquel que lo está ejecutando, Mallar (2010) contribuye a este pensamiento mencionando que “bajo este enfoque, la estructura organizativa vertical clásica, eficiente a nivel de funciones, se orienta hacia estructuras de tipo horizontal” las organizaciones con una estructura se caracterizan por ejercer un poder de arriba hacia abajo, en cambio, las organizaciones con una estructura horizontal se destacan por tener un poder más repartido, de izquierda a derecha y viceversa. Es importante destacar que cada organización debe ajustar este enfoque de acuerdo con sus necesidades y posibilidades.

Los procesos son la base operacional de cualquier organización y es por esto por lo que poco a poco se van convirtiendo en la base estructural de las mismas, esta definición parte desde la idea de que una organización es un sistema de procesos interconectados que conforman un sistema general. Un enfoque administrativo basado en procesos requiere un mayor esfuerzo en términos de planeación, control y seguimiento, este esfuerzo extra obliga a las organizaciones a fortalecer su cultura organizacional, Zaratiegui (1999) menciona que los procesos “cruzan los límites funcionales repetidamente. Por cruzar los límites funcionales, fuerzan a la cooperación y

van creando una cultura de empresa distinta, más abierta, menos jerárquica, más orientada a obtener resultados que a mantener privilegios” esto supone un sin de esfuerzos de tipo económico, del personal y de actualizaciones, en este punto, se destaca el talento humano como motor de crecimiento en las organizaciones, los colaboradores pueden aumentar o disminuir las fortalezas y debilidades de una organización los cuales dicen que el talento humano “es un elemento integral e integrador, que ofrece calidad, que es capaz de propiciar iniciativas de mejora en todas las áreas productivas o de servicio de la entidad y de llevar a cabo planes para identificar oportunidades en diferentes situaciones” (Pulgarín E & Gaviria D, 2021.). Resalta la importancia del valor del talento humano y el uso de una estructura organizacional horizontal que le brinde una mayor participación al talento humano en las decisiones estratégicas.

Si bien es un gran esfuerzo el que se necesita para implementar este tipo de gestión, esta estrategia lograr inferir en los subprocesos más pequeños o menos notables, brindando una alineación al logro de los objetivos desde lo más micro hasta lo más macro, logrando beneficios que de acuerdo con Drew (s.f.), las organizaciones “que trabajan con gestión de procesos generan mejor desarrollo en la organización y esto ayuda a un mejor uso de los recursos, evitando malgastarlos. También favorecen a la productividad y a la eficiencia de todas las áreas que la integran” la gestión de procesos permite tener un mayor conocimiento y control sobre el contexto operacional real de la institución, pero este modelo de gestión requerirá de una excelente planeación estratégica que permita el óptimo funcionamiento de este.

Planeación estratégica

De acuerdo con Tomasini (s.f.), que fue citado por Díaz (2001):

La planeación estratégica es un conjunto de acciones que debe ser desarrollada para lograr los objetivos estratégicos; lo que implica definir y priorizar los problemas a resolver, plantear soluciones, determinar los responsables para realizarlos, asignar recursos para llevarlos a cabo y establecer la forma de periodicidad para medir los avances.

La planeación no posee la cualidad de ser siempre estratégica, en el mundo contemporáneo la planeación se ha convertido en algo rutinario debido a la interdependencia y rapidez con la que ocurren fenómenos económicos, políticos, sociales y tecnológicos que generan

cambios en la ejecución de actividades comunes y organizacionales, la planeación trata de prever las futuras acciones a realizar en un escenario específico, esta solo se limite a influir en las acciones y no en los escenarios, pero la planeación estratégica va más allá, además de prever las acciones a realizar, trata en la medida de lo posibles cambiar el escenario, convirtiéndolo en el más adecuado de acuerdo a las necesidades, de acuerdo con Díaz (2001), planeación estratégica destaca por un aspecto importante y es su actualización “pues, un plan que no se actualiza tiene la misma vigencia que un rayo en la oscuridad, en su efecto, tan efímero, solo no permitirá conocer momentáneamente el camino, pero finalmente lo recorreremos a oscuras” adicional a esto, la planeación estratégica también se destaca por su capacidad de emplear el mínimo esfuerzo posible e implementar el máximo nivel de simplicidad, claro está que no se debe sacrificar el logro eficaz de los objetivos.

Debemos tener presente que planeación estratégica no es lo mismo que plan estratégico, Sainz (s.f.), citado por Navarrete et al. (2023), hace referencia al plan estratégico nombrándolo “plan maestro en el que la alta dirección recoge las decisiones estratégicas corporativas que ha adoptado en referencia a lo que hará en los próximos años, para lograr una organización más competitiva” ¿Es tan relevante realizar este plan estratégico? Garrido (2006), como se citó en López (2013) ve las estrategias como un electo determinante para conseguir una ventaja competitiva sobre la competencia y para las dividía en 4 partes “Primero los fines a alcanzar; en segundo están los caminos en los que los recursos serán utilizados; en tercer lugar, las tácticas, las formas en que los recursos han sido empleados, en cuarto lugar, están los medios a nuestra disposición”. Adicionalmente, debemos tener presente que planificación no es lo mismo que previsión, de acuerdo con López (2013) la “**planificación**, es un proceso que orienta un conjunto de actividades al desarrollo de objetivos de largo plazo encaminados a alcanzar una visión de futuro. La **Previsión** es un proceso encaminado a determinar algunas acciones ante posibles sucesos que pueden ocurrir”. La planeación estratégica es sin duda un gran contribuidor al éxito de cualquier misión y el alcance de cualquier visión, esta sobre salta por su gran análisis del futuro, eliminando en algunos casos todo pronóstico de incertidumbre que se pueda presentar.

Gestión de la calidad

Deming (s.f.), citado en Ramos (2015), se refiere a la gestión de calidad como:

la producción de bienes y servicios competitivos requiere de un sistema basado en el control estadístico de procesos, esto genera la calidad. El sistema debe enfocarse en prevenir el error y no en detectarlo o corregirlo. La calidad debe estar definida en términos de satisfacción al cliente.

Desde el punto de vista de la normatividad, la ISO 9000 2005 menciona que “según la norma, la calidad es entendida como el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”

Es de saberse que varias organizaciones emplean un sistema de gestión de calidad desde un enfoque de corregimiento y poco de prevención, debido a que es más fácil idear planes de tratamiento para riegos que están sucediendo, a idear un plan estratégico de mejora continua en procesos, herramientas de control y seguimiento que contribuyan a la prevención de errores. De acuerdo con Camisón et al. (s.f.), la gestión de calidad enfrenta un paradigma porque desde la literatura no se ha logrado definir si esta es una simple colección de técnicas, una forma de dirigir, un nuevo sistema de gestión, una opción estrategia o una función directiva más. Lo cierto, es que Podríamos decir que esta comparte mucha relación con la gestión por procesos, porque ambas se enfocan en asegurar que todos los procesos que se realicen sean ejecutados con los procedimientos establecidos y cumpliendo con los estándares de calidad.

La gestión de calidad sigue un proceso lógico de distintas etapas, Barrios (2018), nos menciona que son 5 etapas, la primera etapa es la inspección, esta se centra en la detección de los problemas; la segunda etapa es el control estadístico del proceso, aquí se trata de definir la magnitud del problema en el cumplimiento de indicadores del proceso y el alcance del objetivo, esto desde un punto de vista estadístico; como tercero, el aseguramiento de la calidad, se procede con la elaboración de planes para resolver los problemas presentados y asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad; la cuarta etapa es la etapa estratégica, aquí se determinan las mejores estrategias a utilizar para cumplir con la etapa anterior; la última etapa es la tecnológica e innovación, la tecnología e innovación son bases que permiten a cualquier organización responder de manera rápida a los cambios económicos, sociales, políticos y ambientales que influyen directa o indirectamente en la organización. Para Antunes et al. (2017), como se citó en Reyes et al. (2021) la gestión de calidad “impulsa a la organización hacia la creación o adopción de nuevas actividades, poder responder a las demandas en menor tiempo y lograr los costos más

bajos. También permite identificar y eliminar actividades que no crean valor para la organización”. Está claro que la gestión de calidad, al igual que la gestión por procesos, implica realizar un cambio en la cultura organizacional e implica esfuerzos extras por parte del personal, de la misma manera trae consigo un mayor control sobre todos los procesos que se ejecutan y tener una visión más completa que nos permite saber si se lograra el alcance de los objetivos o no.

Seguridad del paciente

Espinal et al. (2010) define la seguridad del paciente como:

El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente comprobadas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud, maximizar la probabilidad de interceptación cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias

Anteriormente se tenía el pensamiento de que la seguridad del paciente era algo inherente al proceso de atención en salud, pero debido a la complejidad del sistema de salud colombiano y las múltiples falencias y problemas que este presenta, asegurar la seguridad del paciente resulto ser complejo para todos los prestadores de servicios de salud, es por esto que el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la resolución 1446 del 2006 establece que es de carácter obligatorio realizar seguimiento a los eventos adversos que se presenten y de la misma manera, dar solución y mejorar constantemente para evitar que se presenten estos eventos. Implementar un programa de seguridad del paciente implica adoptar una cultura con el mismo enfoque, Orozco et al. (2023) dice que esta cultura debe ir encaminada a “movilizar alianzas comunitarias para identificar y resolver problemas de salud, desarrollar políticas y planes que apoyen los esfuerzos de salud individual y comunitaria, y garantizar la provisión de atención médica cuando no esté disponible” la vinculación de más personas en el programa le permite a este tener una mayor visión y claridad sobre lo que realmente se debe hacer, como se hará, en qué momento, en qué lugar y quien lo hará, tener la oportunidad de escuchar a quienes están

recibiendo el servicio, nos permitirá saber el contexto real y trazar un mapa de acción aterrizado a la realidad.

En este punto es importante mencionar que el Ministerio de Salud y Protección Social (2007) ha ofrecido una serie de herramientas que facilitan el seguimiento, análisis, documentación, reporte, evaluación y solución de eventos adversos, estos son los siguientes:

- Herramienta 1: Estudios para evaluar la incidencia o prevalencia de ocurrencia de eventos adversos.
- Herramienta 2: Formato sugerido para el reporte intrainstitucional de eventos adversos.
- Herramienta 3: Instrumentos de tamizaje para la vigilancia intrainstitucional. 58 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
- Herramienta 4: Formato sugerido para identificar y generar la decisión de investigar el evento adverso.
- Herramienta 5: Proceso sugerido para la investigación y análisis de eventos adversos (Protocolo de Londres).
- Herramienta 6: Rondas de seguridad.
- Herramienta 7: Formatos para la vigilancia de caídas de pacientes.
- Herramienta 8: Instrumento PERT para la evaluación de reingresos prematuros. (pág. 58)

Debemos tener presente que una cultura de seguridad del paciente se puede ver afectada, según Gómez et al. (2011) “la percepción acerca de la misma varía de persona a persona, y según las condiciones de trabajo y la carga laboral”. Un servicio que no cuenta con personal comprometido con los valores institucionales y/o que no cuente con el personal suficiente para sobrellevar la carga de trabajo, se atentara contra la calidad del servicio y debemos tener presente que esta calidad del servicio inicia desde el principio de oportunidad de acceder al mismo. Finalmente, se ha de tener en cuenta lo mencionado por Rocco & Garrido (2017), los cuales mencionan que la cultura de seguridad del paciente debe ser no punitiva, en la cual existe un compromiso por parte de los colaboradores de las instituciones con la seguridad del paciente y del personal, con un clima organizacional abierto y de confianza, donde los errores son fuentes de aprendizaje para la aplicación de mejores prácticas. Este pensamiento tiene cierto rango de

validez, pero no se debe olvidar que, en el peor de los casos, un error puede significar la defunción de una persona.

Marco normativo

La Clínica de Urabá se acoge a las siguientes leyes:

- **la Norma Técnica Colombiana 5254: Gestión del Riesgo:** Un proceso interactivo y dinámico de mejora continua que acepta y reconoce que la gestión del riesgo es independiente de la industria o negocio.
- **ISO 9000 2005:** Referencia para entender los términos relacionados con los sistemas de gestión de calidad
- **ISO 9001 2015:** Aspectos a tener en cuenta para el manejo de la gestión de calidad
- **Paquetes instruccionales del Ministerio de Salud y Protección Social:** Sugerencia de buenas prácticas basadas en evidencia y desarrolladas por expertos que abordan condiciones clínicamente específicas
- **Resolución 0256 del 2016:** Estrategias de mejora para los resultados de los indicadores
- **Res 1552 del 2003:** Exigencia a las EPS y su red de prestadores a tener agendas de medicina especializada todos los días del año
- **Decreto 441 de 2022:** Modifica los acuerdos de voluntad entre las entidad y responsables de pago y prestadores
- **Ley 1438 del 2011:** Fortalecimiento de la Seguridad Social en Salud
- **Gestión integral del riesgo en salud:** Conocimiento de la población, involucrando factores asociados a la salud e identificar las necesidades y uso de los recursos disponibles.

Marco Conceptual

Para llevar a cabo esta iniciativa, es importante comprender los siguientes conceptos:

Áreas asistenciales: Son los servicios de fisioterapia, cirugía, urgencias, hospitalización y consulta externa que ofrece la Clínica de Urabá S.A. a los usuarios.

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios

EPS: Entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiario

ERP:

Diseño metodológico

El diseño metodológico para este proyecto es de tipo mixto, porque se manejará información de tipo cualitativa, dado que se tendrá en cuenta los comentarios realizados por los colaboradores, la información documental a la que se tenga acceso y los puntos de vista de algunos autores, de manera similar, se manejará información de tipo cuantitativa, datos numéricos correspondientes a indicadores, a la información documental y otros datos pertenecientes a autores y entidades.

“El diseño metodológico de toda investigación es de gran importancia puesto que define el tipo de investigación a realizar, el tipo de estudio que se va a utilizar para analizar el problema, la manera cómo va a ser diseñada la investigación y la forma cómo se van a recolectar los datos. En otras palabras, el diseño metodológico es la carta de navegación que orientará al equipo del proyecto” (Universidad Militar Nueva Granada, 2024).

Sin la definición de un diseño metodológico sólido y acorde a las investigaciones que se desea realizar, la investigación podría sufrir contratiempos, más allá de alinear el contenido del proyecto, se desea que exista una gran coherencia interna del mismo.

El motivo del porque se elige un proyecto mixto es porque de acuerdo con Artigas y Robles (2010), como se citó en Salas & Pérez (2016), quienes realizaron una referencia sobre los enfoques cualitativos y cuantitativos concluyeron:

Que es necesario educar a los investigadores en relación con la combinación de enfoques para que el seguimiento de un determinado esquema no imposibilite las innovaciones en la búsqueda sobre el mejoramiento del proceso investigativo donde pudiera observarse finalmente, falta de conocimiento a la hora de construir un determinado silogismo.

El silogismo permitirá que exista una mayor justificación y solides de los argumentados realizados posteriormente en los resultados y conclusiones que se realicen en este proyecto. Otra ventaja de la aplicación de este enfoque mixto de acuerdo con Lorenzini (2017) es que este tipo de enfoque permite aprovechar lo mejor de los dos métodos, evitando que se presenten limitaciones debido a la aplicación de un único enfoque, aun así, no se quiere decir que la aplicación de un solo enfoque presente limitaciones en todos los casos, pero de acuerdo con la problemática de este proyecto es necesario la aplicación de este tipo de enfoque.

A continuación, se muestra el cuadro de diseño metodológico en el cual se organizan los procesos a desarrollar durante este proyecto.

Tabla 1. Diseño metodológico.

Objetivos específicos.	Actividades	Estrategias.
identificar el estado actual de la gestión del riesgo en las áreas asistenciales de la Clínica de Urabá.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un diagnóstico sobre la documentación actual que rige y establece los procesos y procedimientos de la gestión de riesgos en la Clínica de Urabá - Realizar documentación adicional en caso de hallarse vacíos y falencias 	Conocer plenamente la documentación que emplea la Clínica de Urabá para llevar a cabo la gestión de riesgos, con el propósito de sentar una base solidad alinee los esfuerzos del proyecto.
Identificar los riesgos potenciales que se pueden presentar en el ciclo de atención de las áreas asistenciales.	<ul style="list-style-type: none"> - Definir ¿Qué es un riesgo para la Clínica de Urabá y los tipos de riesgos que se pueden presentar? - Tener claridad de todos los procesos y áreas a diagnosticar - Elaborar un formato que permita recolectar de manera pertinente la información - Realizar auditorías internas 	Utilizar una terminología y estrategias efectivas pero comprensibles, que permiten a los colaboradores tener total claridad sobre lo que se está haciendo y con que propósito.
Evaluar y categorizar los riesgos identificados acorde a la magnitud de sus impactos y causas.	<ul style="list-style-type: none"> - Reunirse con los lideres de áreas con el fin de evaluar y categorizar de manera correcta el impacto de los riesgos. 	Con el apoyo de la participación del personal, proporcionar unos resultados acordes a la realidad de la situación

Diseñar las estrategias a utilizar que permitan identificar, evaluar, analizar, categorizar, idear planes de mejora y seguimiento de los riesgos que se presentan en las áreas asistenciales (fisioterapia, cirugía, hospitalización, consulta externa y urgencias).	- Construir una matriz de riesgos	Adaptar estrategias exitosas de otros autores al contexto de la clínica
Proponer acciones de mejora y seguimientos para los riesgos con un nivel alto e intermedio.	- Reunirse con los líderes de área necesarios para ajustar los planes de mejora.	Apoyarse en soluciones efectivas de otros autores para asegurar que los planes de mejora son eficientes.
Identificar el estado actual de efectividad del programa de seguridad del paciente y realizar las mejoras de acuerdo con los hallazgos obtenidos.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un diagnóstico sobre el nivel de eficiencia del programa - Realizar mejoras de acuerdo con los hallazgos encontrados 	

Fuente: elaboración propia.

Administración del proyecto

Recursos disponibles

Para el desarrollo de este proyecto es necesario contar con una serie de recursos que serán utilizados para llevar a cabo este con éxito. Principalmente se debe disponer de recursos tecnológicos como lo es el equipo de cómputo que tengan conectividad a internet, con el fin de realizar la búsqueda necesaria de información, análisis de datos e indagar en bases de datos los textos guías con mayor relación.

Por otro lado, el recurso intelectual, compartido por medio del asesor asignado, los previos conocimientos adquiridos durante la carrera, especialmente administrativos, estratégicos y de gestión de procesos, con el fin de formular, proponer y/o identificar ideas.

Por último, se requiere de un lapso determinado de tiempo designado por la universidad, para llevar a cabo la propuesta en cada una de sus etapas, para esto se definirá en el cronograma de actividades donde se evidencia el tiempo en la cual se planea ejecutar cada uno de los objetivos necesarios para el cumplimiento de la meta.

Cronograma de actividades

Tabla 2 Cronograma

Actividades	Meses (semanas)												
	Septiembre		Octubre			Noviembre			Diciembre				
Realizar un diagnóstico sobre la documentación actual que rige y establece los procesos y procedimientos de la gestión de riesgos en la Clínica de Urabá	■	■											
Realizar documentación adicional en caso de hallarse vacíos y falencias			■										
Definir ¿Qué es un riesgo para la Clínica de Urabá y los tipos de riesgos que se pueden presentar?				■									
Tener claridad de todos los procesos y áreas a diagnosticar				■									
Elaborar un formato que permita recolectar de manera pertinente la información				■									
Realizar auditorías internas				■	■								
Reunirse con los líderes de áreas con el fin de evaluar y categorizar de manera correcta el impacto de los riesgos.					■								
Construir una matriz de riesgos					■	■							
Reunirse con los líderes de área necesarios para ajustar las acciones de mejora propuestas.						■							
Realizar un diagnóstico sobre el nivel de eficiencia del programa de seguridad de pacientes						■	■						
Realizar mejoras de acuerdo con los hallazgos encontrados							■						
Evaluación de resultados.							■	■					
Conclusiones.								■					

Fuente: elaboración propia.

Resultados

A continuación, se describirán los hallazgos y las acciones realizadas en cada una de las actividades planteadas en el cronograma de actividades.

Objetivo específico 1: Identificar el estado actual de la gestión del riesgo en las áreas asistenciales de la Clínica de Urabá.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de las actividades pertenecientes al objetivo específico 1:

Actividad: Realizar un diagnóstico sobre la documentación actual que rige y establece los procesos y procedimientos de la gestión de riesgos en la Clínica de Urabá y realizar documentación adicional en caso de hallarse vacíos y falencias.

El diagnóstico sobre la documentación permitió determinar que ya se cuenta con una identificación de los riesgos más frecuentes que se pueden presentar durante el proceso asistencial, en las áreas asistenciales de la institución, esta información esta descrita en el programa de seguridad de pacientes y los riesgos son:

- Adecuada comunicación del personal con el paciente
- Complicaciones en el uso de sangre
- Lavado de manos
- Listado de chequeo en cirugía
- Transfusión sanguínea
- Fuga de pacientes
- Identificación del paciente
- Caídas
- Custodia de pertenencias del paciente
- Flebitis
- ISO
- Ulceras

- Administración de medicamentos
- Uso inadecuado de dispositivos

Estos riesgos cuentan con un protocolo de tratamiento y una fórmula de cálculo para su manejo en indicadores ya establecida, algunos de los protocolos de actuación frente a los riesgos están definidos en los paquetes instruccionales de la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” del Ministerio de Salud de Colombia, el resto de los protocolos de tratamiento son adaptados de estas guías técnicas o de información compartida por organizaciones de salud, como por ejemplo la OMS.

La terminología implementada, el paso a paso de los procesos descritos, los puntos a tener en cuenta, la fórmula de cálculo y la fundamentación del riesgo en estos protocolos de actuación es clara y comprensible para la persona encargada de realizar su ejecución. Por ende, no se presenta la necesidad de realizar documentación adicional, debido a que no se identifican vacíos y falencias, pero teniendo en cuenta que existe una cantidad considerable de protocolos de actuación, se sugiere realizar reuniones periódicas en las cuales se mencione lo siguiente:

- La ubicación de todos los documentos relacionados con el programa de seguridad de pacientes.
- Socializar el contenido de cada uno de los documentos y la importancia de estos.

Esto con el propósito de aprender la información de manera más amena y ágil.

Por otro lado, se identificaron otras estrategias características de la gestión del riesgo, las cuales no eran consideradas con este mismo propósito, pero luego de hablar con la líder del Sistema de Gestión de Calidad, se llegó a la conclusión de que, aunque estas se realizaban desde un concepto de “Control de calidad”, también permitían identificar riesgos y contribuir a la ideación de planes de tratamiento para estos, estas estrategias son:

- El Programa de Control de Infecciones
- Comité Institucional
- Comité del Equipo Operativo de Control de Infecciones
- Auditorías internas

- Rondas de seguridad
- Plataforma de reporte de eventos adversos

En este caso tampoco se presenta la necesidad de realizar documentación adicional, debido a que no se identifican vacíos y falencias.

Objetivo 2: Identificar los riesgos potenciales que se pueden presentar en el ciclo de atención de las áreas asistenciales.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de las actividades pertenecientes al objetivo específico 2:

Definir ¿Qué es un riesgo para la Clínica de Urabá y los tipos de riesgos que se pueden presentar?

Se define la gestión de riesgo como un proceso interactivo y dinámico que permite identificar, analizar, evaluar y tratar, todos los posibles riesgos que pueden afectar el óptimo y correcto funcionamiento de los procesos, impidiendo así el logro de los objetivos; con el fin de poder evitar esto, la gestión del riesgo permite desarrollar las estrategias necesarias para afrontar de manera eficiente los distintos riesgos que se pueden presentar en una organización, fortaleciendo la mejora continua y la creación de valor agregado.

Una vez respondido ¿Qué es la gestión de riesgos para la Clínica de Urabá? Se identifican y/o definen los diferentes riesgos que se pueden presentar en la organización, son:

- **Riesgos estratégicos:** Relacionados con el cumplimiento de los objetivos y metas, el alcance de la visión institucional y la efectividad de las estrategias institucionales. Estos riesgos pueden surgir debido a cambios en las leyes regulatorias, cambios en las necesidades y expectativas de los usuarios, la competencia, cambios en la tecnología y la calidad del talento humano.

- **Riesgos financieros:** Estos riesgos están relacionados con la administración y estabilidad financiera. Puede surgir debido a la falta de control sobre los ingresos y costos, la dependencia a un grupo específico de usuarios, problemas de liquidez y flujo del dinero y estrategias de crédito poco eficientes.
- **Riesgos reputaciones y de imagen:** Relacionado con la pérdida de confianza y renombre de la Clínica por parte de usuarios, empleados, socios, proveedores, administradoras y entes de control. Este tipo de riesgos se puede presentar debido a eventos relacionados con la calidad del servicio, actitudes contraproducentes, falta de ética profesional y personal y la mala gestión de quejas.
- **Riesgos operacionales o de procesos:** Se encuentra relacionado con la eficiencia y la correcta ejecución de los procesos. Puede surgir debido a la poca claridad de como ejecutar el proceso por parte del personal, cuellos de botella, falta de detalles en procesos y sobre carga laboral.
- **Riesgos legales y de cumplimiento:** Relacionado con el no cumplimiento de la normatividad legal y regulatoria. Se puede presentar debido a la poca concentración de esfuerzos, poca adherencia a la normatividad y falta de inversión.
- **Riesgos asistenciales:** Se refiere a los riesgos que se pueden presentar durante la atención médica y que afectan directamente a la seguridad del paciente y del personal asistencial. Puede surgir a la presencia de eventos adversos, diagnósticos o tratamientos poco pertinentes, errores en procedimientos y mala ética profesional.

Es importante mencionar que la organización cuenta con estructura a seguir para los documentos institucionales, por ende, la definición de la gestión del riesgo se encuentra realizado bajo esa estructura.

Tener claridad de todos los procesos y áreas a diagnosticar

Se determina que el área a diagnosticar es hospitalización, teniendo claro el área se prosigue a realizar un estudio de todos los procesos correspondientes al área, con el objetivo de tener claridad de que procesos, conocimientos o practicas se evaluaran, ya completado el estudio se define que se evaluaran 27 puntos y estos son:

1. Revisar adherencia al lavado de manos.
2. Observar si la enfermera jefe del servicio de hospitalización y las auxiliares de enfermería, están dando instrucciones a los visitantes sobre la desinfección de las manos con el alcohol glicerinado
3. Adherencia a los instructivos, derechos y deberes, protocolo de recibimiento al paciente, manejo de sonda vesical y heridas quirúrgicas, ayuno preoperatorio del personal del servicio y la entrega de estos al paciente.
4. Revisar el formato de entrega de turnos y su adecuado diligenciamiento
5. Revisar el acompañamiento de los pacientes desde el punto de ingreso hasta el ingreso a cirugía.
6. Indagar si el paciente conocía con anticipación el consentimiento informado.
7. Revisar manejo adecuado de los guardianes.
8. Manillas de identificación de pacientes, marcación de tableros de identificación y otros
9. Revisar los carros de paro que se encuentren debidamente sellados.
10. El proceso de egreso de los usuarios hospitalizados.
11. Verificar los diez correctos en la administración de medicamentos.
12. Revisar vencimientos de medicamentos de control
13. Revisar vencimientos del contenido del botiquín
14. Adherencia al proceso para dar de alta a un paciente.
15. Revisar catéter, fecha de inicio y final, responsable y No. de catéter
16. Revisar el adecuado funcionamiento del desfibrilador, monitores, bombas de infusión y aspirador
17. Diligencia formato de prueba periódica del desfibrilador

18. Revisar libro de ingreso y egreso de pacientes
19. Revisar adherencia al protocolo de fuga de pacientes
20. Correcto diligenciamiento de los retiros voluntarios
21. Revisar control ambiental, cadena de frío de medicamentos
22. Observar la adecuada presentación del personal de enfermería y porte del carnet
23. Verificar orden y aseo del cuarto séptico
24. Verificar correcta disposición de residuos hospitalarios
25. ¿Confirmar si se notifican los casos de eventos adversos?
26. Observar la existencia del kit de derrames
27. Revisar adherencia a los formatos del proceso

Elaborar un formato que permita recolectar de manera pertinente la información

El Sistema de Gestión de Calidad cuenta con un documento llamado “Lista de verificación auditoría interna de calidad” el cual es utilizado como herramienta para la recolección de información al momento de realizar una auditoría interna. Por ende, teniendo en cuenta que ya se cuenta con una herramienta de recolección de información, se decide utilizar la lista de chequeo ya implementada, a continuación, se muestra el formato utilizado.

Imagen 2.

Lista de verificación auditoría interna de calidad 1

		LISTA DE VERIFICACIÓN AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD			
					Hoja No.1
PROCESO	AUDITORÍA-SEGURIDAD DE PACIENTES		AUDITOR LÍDER: Dora Alba Carvajal O.		
FECHA			AUDITORES:		
No.	Pregunta/Actividad/Registro	Documento de referencia	Cumple		Hallazgos encontrados
			Si	No	
PERSONAS ENTREVISTADAS/CARGOS: _____					

Versión 1

Fecha 10/24/2008

CDU-FT-030

Fuente: Proceso de auditoría de la Clínica de Urabá, 2024.

Realizar auditorías internas

El 24 de octubre del 2024 se realizó la auditoría al área de hospitalización, la cual fue de manera presencial y se contó con la presencia de 2 auxiliares de enfermería, la jefe de enfermería y la Líder del SGC.

Se identificaron un total de 9 riesgos durante el proceso de auditoría, a continuación, se mostrarán en que procesos, conocimientos o practicas se identificaron los riesgos.

- Adherencia al lavado de manos
- Instrucciones a los visitantes sobre la desinfección de las manos con el alcohol glicerinado
- Adherencia de instructivos, derechos y deberes, protocolo de recibimiento al paciente, manejo de sonda vesical y heridas quirúrgicas, ayuno preoperatorio del personal del servicio y la entrega de estos al paciente.

- Vigencia de los implementos y medicamentos del contenido del botiquín
- Control ambiental y cadena de frío de medicamentos
- Correcta disposición de residuos hospitalarios
- Adherencia a los formatos del proceso
- Correcta marcación del catéter (fecha de inicio y final, responsable y No. de catéter)
- Orden y aseo del cuarto séptico

Los hallazgos obtenidos del proceso de auditoria se evidencian en el Anexo 2,

Objetivo 3: Evaluar y categorizar los riesgos identificados acorde a la magnitud de sus impactos y causas.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de las actividades pertenecientes al objetivo específico 3:

Reunirse con los líderes de áreas con el fin de evaluar y categorizar de manera correcta el impacto de los riesgos.

Debido a factores externos la agenda de los líderes que cumplen un papel fundamental en la gestión de riesgos se congestionó, por lo tanto, no fue posible reunirse con ellos para poder tener en cuenta sus puntos de vista para la evaluación y categorización de los riesgos, aun así, se realizó un análisis minucioso sobre cada riesgo con el propósito de que la valoración fuera lo más acorde al contexto

Objetivo 4: Diseñar las estrategias a utilizar que permitan identificar, evaluar, analizar, categorizar, idear planes de mejora y seguimiento de los riesgos que se presentan en las áreas asistenciales (fisioterapia, cirugía, hospitalización, consulta externa y urgencias).

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de las actividades pertenecientes al objetivo específico 4:

Construir una matriz de riesgos

La creación de la matriz de riesgos se basa en lo indicado en el apartado 6.1 de la norma ISO 9001 del 2015, el cual habla sobre las acciones para abordar riesgos y oportunidades. De igual manera, se tiene en cuenta el apartado 4.1 y 4.2, el primero haciendo referencia al conocimiento que se tiene sobre la organización y su contexto, en el cual se realiza un FODA, una FODA CRUZADA, una matriz EFI y EFE; en el segundo se menciona el estudio de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. Por último, se elabora un instructivo en cual se explica como cada uno de los apartados de la matriz de riesgos.

A continuación, se explica la identificación de los documentos:

- Gestión del riesgo en la Clínica de Urabá: Anexo 1
- Matriz de riesgos: Anexo 2
- FODA: Anexo 3
- Partes interesadas: Anexo 4

Es muy importante mencionar que se presentaron considerables contratiempos para la elaboración de las matrices, a causa de las limitaciones tecnológicas, porque la organización cuenta con una versión de Microsoft Office 2007, la cual no tiene el mismo funcionamiento a la versión 2021, por ende se realizaron muchos ajustes, se vio limitada la automatización de las matrices y el tiempo destinado a la elaboración de estas fue reducida a los pocos espacio que se poseían dentro de la organización, para poder ver la matriz de riesgo dirigirse al Anexo 2.

Objetivo 5: Proponer acciones de mejora y seguimientos para los riesgos con un nivel alto e intermedio

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de las actividades pertenecientes al objetivo específico 5:

Reunirse con los lideres de área necesarios para ajustar las acciones de mejora propuestas

En este segundo intento de reunirse con los lideres se tuvo el mismo resultado que en el primer intento, debido a la sobre carga laboral por parte de los lideres que cumplen un papel

fundamental en la gestión de riesgos, no fue posible reunirse con ellos para poder tener en cuenta sus puntos de vista para las acciones de mejora propuestas, aun así, se realizó un análisis minucioso sobre cada riesgo con el propósito de que las acciones propuestas fueran viables y efectivas.

Objetivo 6: Identificar el estado actual de efectividad del programa de seguridad del paciente y realizar las mejoras de acuerdo con los hallazgos obtenidos.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de las actividades pertenecientes al objetivo específico 6:

Realizar un diagnóstico sobre el nivel de eficiencia del programa

Hasta la fecha del 12 de noviembre de 2024, el líder del programa de seguridad de pacientes solo logra cumplir con la función de reportar, analizar y ejecutar acciones de mejora para los eventos adversos que le correspondan, asistir a eventos de carácter obligatorio y realizar muy ocasionalmente una actividad relacionada con el programa, esto se debe a que el líder no posee el tiempo suficiente para poder ejecutar todas las funciones que le corresponden, se intentó realizar un estudio que pudiera determinar lo mencionado anteriormente, pero debido a que no se pudo entrevistar al líder del programa de seguridad de paciente, porque no contaba con un espacio para realizar la entrevista y que no se podía garantizar la seguridad laboral de los entrevistados, se decidió detener el estudio, aun así, fue posible realizar un estudio para determinar la capacidad operativa de algunos miembros de la organización que cumplen un papel fundamental en la seguridad de los pacientes.

Realizar mejoras de acuerdo con los hallazgos encontrados

El Programa de Seguridad del Paciente es muy claro en cada uno de los conceptos y procesos que trata de explicar, el orden explicativo es coherente y utiliza un vocabulario adecuado, además de que cumple con la normatividad. Por lo tanto, no se presenta la necesidad de realizar documentación adicional, debido a que no se identifican vacíos y falencias.

Conclusiones

La gestión del riesgo se ha estado realizando de manera inconsciente por parte del personal asistencial y de los líderes encargados, esto es debido a que las estrategias y herramientas que posee la organización para llevar a cabo este deber se promueven como herramientas y estrategia de control y/o barreras de seguridad, este concepto se puede tomar como una definición aceptable, teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la gestión del riesgo es que por medio de la información se tenga un mayor control de los procesos que se están ejecutando y base en dicha información implementar barreras de seguridad para prevenir o minimizar la presencia de riesgos, pero aunque la definición implementada sea aceptable y se estén ejecutando de manera inconsciente actividades relacionadas con dicho tema, se evidencio que el personal asistencial y los líderes (exceptuando al líder del SGC) desconocen que es la gestión del riesgo.

Durante el proceso de identificación del estado de la gestión del riesgo también se logró detallar que la organización por medio del programa de seguridad del paciente han establecido los riesgos que se pueden presentar durante el proceso asistencial y ha diseñado guías con el propósito de evitar la presencia de estos, guías con una terminología, un paso a paso de los procesos, puntos a tener en cuenta, fórmula de cálculo y una fundamentación del riesgo clara y comprensible para la persona encargada de realizar su ejecución, pero a pesar de contar con guías bien estructuradas, se mantiene la presencia de eventos adversos y errores en procedimientos por parte del personal asistencial, se identificó que esto se debe a que los colaboradores desconocen la existencia de estas guías o saben de estas, pero desconocen donde las pueden consultar, otro punto para tener en cuenta es que la información de las estrategias y herramientas se encuentra muy dispersa, la causa se origina en el proceso de capacitación, porque no se tiene establecido durante dicho proceso la socialización de la plataforma donde se pueden consultar las guías y otra información de interés. La única persona que tiene total claridad sobre los documentos existentes y donde se encuentra cada uno de ellos es el líder del SGC.

Gracias a una reunión con el líder del SGC se logró ampliar su visión sobre que es una estrategia y herramienta para la gestión del riesgo y se le dio a conocer que la Clínica de Urabá ya

está implementado estrategias para la gestión del riesgos, además de mencionarle que esto involucra a líderes y colaboradores, dando el primer paso a que este considere involucrar a más personas en el proceso y aumentar la eficiencia de la gestión del riesgo, las estrategias y herramientas para la gestión del riesgo son:

- Rondas de seguridad
- Plataforma de reporte de eventos adversos
- Comité institucional
- Comité del Equipo Operativo de Control de Infecciones
- Auditorías internas
- Programa de Seguridad del Paciente
- Matriz de riesgos

Adicionalmente se realizó un documento con el propósito de poder contextualizar en que puntos del proceso de la gestión del riesgo se puede hacer uso de cada herramienta y estrategia, esto se muestra a continuación:

Identificación del riesgo

- Rondas de seguridad
- Auditorías internas
- Plataforma de reporte de eventos adversos

Análisis del riesgo

- Programa de Seguridad del Paciente
- Comité institucional
- Comité del Equipo Operativo de Control de Infecciones
- Matriz de riesgos

Evaluación del riesgo

- Programa de Seguridad del Paciente
- Comité institucional
- Comité del Equipo Operativo de Control de Infecciones

- Matriz de riesgos

Si bien se cuenta con guías para la evitación de riesgos, era necesario definir ¿Qué es un riesgo para la Clínica de Urabá y los tipos de riesgos que se pueden presentar durante el proceso de atención asistencial? Porque no todos los riesgos son del tipo asistencial, algunos pueden ser estratégicos, de procesos u otro tipo. Por lo tanto, ya definido esto, se debía implementar una actividad con el propósito de constatar si existen otros tipos de riesgos además del asistencial, para esto se realizó una auditoría interna al área de hospitalización en la cual se auditaron 27 procesos y se identificaron 9 riesgos, los cuales poseían características diferentes, ya que se identificaron riesgos estratégicos y de procesos, logrando afirmar que existen otros tipos de riesgos. Los resultados fueron explicados al líder del SGC.

Durante el proceso de evaluación, categorización, propuestas de acciones de mejora y seguimientos para los riesgos identificados se logró evidenciar algo muy importante y que se debe tener presente y es que aunque se cuente con estrategias bien definidas, herramientas eficientemente desarrolladas y protocolos claros, si el personal presenta una sobre carga laboral le será imposible poder ejecutar sus funciones como lideres en la gestión del riesgo, lo cual es una situación que se está presentando hasta la fecha 12 de noviembre del 2024, se menciona esto porque no fue posible reunirse con los lideres para poder realizar dicho proceso mencionado anteriormente, debido a que estos no contaban con el tiempo para poder realizar esta actividad de manera correcta.

Teniendo claro que no se podía contar con los conocimientos de los lideres, era necesario diseñar una herramienta que permitiera llevar a cabo un análisis pertinente y de acuerdo con el contexto, por lo tanto, se diseñó una matriz de riesgos en la cual se hace énfasis en el análisis y valoración del riesgo y de igual manera se analiza la efectividad y vialidad de las acciones de mejora propuestas, acompañado de un análisis interno y externo de la organización.

Teniendo en cuenta que otro de los objetivos de la gestión del riesgo en la salud es la seguridad del paciente, el líder del programa de seguridad del paciente tiene un papel fundamental en este tema, requiriendo un gran esfuerzo por parte de este, pero se logró

determinar que este no cuenta con el tiempo suficiente para poder ejecutar las actividades que le corresponden, poniendo en riesgo la efectividad de sus acciones o que estas se realicen de manera más frecuente, esta situación puede.

La Clínica de Urabá ya cuenta con las bases (herramientas y estrategias) para poder ejecutar la gestión del riesgo, solo se necesita que el personal sea consciente de que esa la gestión del riesgo y como puede utilizar las herramientas y estrategias existente para poder contribuir a una gestión del riesgo eficaz, durante este proceso de capacitación es necesario tener presente no sobrecargar a los colaboradores con funciones que no podrán desarrollar completa y correctamente.

Recomendaciones

El líder del SGC debe realizar reuniones con el personal asistencial y con los líderes involucrados en la gestión del riesgo, con el propósito de dar a conocer todas las guías con las que cuenta la institución y donde se encuentra cada una de ellas, adicionalmente ha de compartir las estrategias y herramientas con los demás líderes con el propósito de que estos puedan hacer uso de ellas y desde sus campos puedan contribuir a la minimización o evitación de riesgos, el objetivo de esto es involucrar a todo el personal en este tema, porque es algo que incumbe a todos y con la participación del personal se podrán conseguir resultados mejores.

Es importante reconocer que los tiempos cambian y junto a esto existe una transformación en cómo se presentan los riesgos, es necesario analizar este punto con el propósito de asegurar la eficiencia al momento de realizar tratamientos de riesgos.

Gracias a la gran adaptabilidad que posee la matriz de riesgos, es importante que esta sea compartida con los líderes.

Referencias bibliográficas

Barrios (2018). Pioneros de la calidad. https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/190966/201_00015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Camisón et al. (s.f.). Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. <https://escuelajudicial.cjf.gob.mx/Concursos/2022/Administradores/Bibliografia/Autores/Camisón,%20Cruz%20y%20Gonzalez.%20Gestion%20de%20la%20calidad.pdf>

Clínica de Urabá (2024). Nosotros. <http://clinicadeuraba.co/index.php/institucional/about-us>

Clínica de Urabá (2024). Estructura Organizacional. <https://prezi.com/view/MqkIqRITLyyRELVwDj5x/>

Díaz (2001). Planeación estratégica. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/diaz_gy/cap4.pdf

Drew. (s.f.) Gestión por procesos. <https://www.wearedrew.co/gestion-por-procesos#tercero>

Espinal et al. (2010). Seguridad del paciente: Aspectos generales y conceptos básicos. <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1285/seguridad%20del%20paciente..pdf?sequence=1>

Fuentes et al. (2014). La gestión por procesos, su surgimiento y aspectos teóricos / Process management, its emergence and theoretical aspects. <https://www.redalyc.org/pdf/1815/181529931002.pdf>

Gómez et al. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009

Guerra R. (2013). Propuesta para el diseño de una metodología para la gestión del riesgo en la ESE Hospital Santa Clara considerando como apoyo la norma NTC ISO 31000. <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/9917/Tesis%20final%205%20de%20noviembre%20de%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guzman et al. (2022). DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO INMONOLAB ECG SAS. <https://repositorio.fucsalud.edu.co/server/api/core/bitstreams/32526601-924c-4ddb-87fd-387a238a0976/content>

ISO 9000 (2005). Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabularios. <https://www.iso.org/obp/ui/es/#iso:std:iso:9000:ed-3:v1:es>

López (2013). Planeación estratégica un pilar en la gestión empresarial. <https://www.itson.mx/publicaciones/pacioli/documents/81/pacioli-81.pdf>

Lorenzini (2017). Investigación de métodos mixtos en las ciencias de salud. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732017000201549&script=sci_arttext&lng=es

Mallar A. (2010). La gestión por procesos: un enfoque de gestión eficiente. <https://www.redalyc.org/pdf/3579/357935475004.pdf>

Ministerio de Salud y Prosperidad Social (2024). Seguridad del paciente. <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social (2007). Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2008). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACION%20DE%20LA%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2024). Sistema Único de Acreditación. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>

Mora et al. (2011). PROPUESTA PARA LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE HATILLO DE LOBA BOLIVAR - HHL. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1208/Propuesta_implantacion_programa.pdf;jsessionid=BC11A860B37D30C5E427EC15BCA708C9?sequence=1

Navarrete et al. (2023). Planificación estratégica. <https://biblioteca.ciencialatina.org/wp-content/uploads/2023/07/Planificacion-Estrategica.pdf>

Orozco et al. (2023). La seguridad del paciente como problema de salud pública. <https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/1096>

Pulgarín E. & Gaviria D. (2021.). Gestión por procesos, un enfoque desde el factor "recurso humano" en las organizaciones. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/adversia/article/view/346536>

OMS (2024.). Seguridad del paciente. https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1

Ramos (2015). Los grandes autores de la calidad. <https://caridadenlaverdad.wordpress.com/2015/02/25/los-grandes-autores-de-la-calidad/>

Reyes et al. (2021). El sistema de gestión de calidad y su relación con la innovación. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-57052022000100217#B17

Rocco & Garrido (2017) Seguridad del paciente y cultura de seguridad. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>

Rubio & Guzmán (2013). DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN UNA IPS HOSPITALARIA DE PRIMER NIVEL. <https://repository.universidadean.edu.co/bitstream/handle/10882/4434/RubioDiego2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salas & Pérez (2016). Descripción interpretativa para la elaboración del perfil de tesis de investigación científica con enfoque cualiétrico (mixto). <https://www.usmp.edu.pe/campus/pdf/revista22/articulo2.pdf>

Universidad de la Costa. (2022). ¿Qué es la seguridad del paciente y por qué es importante? <https://virtual.cuc.edu.co/blog/que-es-seguridad-del-paciente#:~:text=La%20seguridad%20de%20la%20atenci%C3%B3n,calidad%20general%20de%20la%20atenci%C3%B3n.>

Universidad Militar Nueva Granada (2024). FAEDIS.
http://virtual.umng.edu.co/distancia/ecosistema/odin/odin_desktop.php?path=Li4vb3Zhcy9hZG1pbmlzdHJhY2lvbl9lbXBvZXNhcy9zZW1pbmFyaW9fZGVfZ3JhZG8vdW5pZGFkXzUv#

Urrego (2021). GESTIÓN DE RIESGO EN UN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.
<https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/165c0dca-f942-403b-83d0-3a3ad6ba88a1/content>

Zaratiegui (1999). La gestión por procesos: su papel e importancia en la empresa.
<https://www.mintur.gob.es/publicaciones/publicacionesperiodicas/economiaindustrial/revistaeconomiaindustrial/330/12jrza.pdf>