

**MODELO DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE BRECHAS APLICADO A LA
SEGURIDAD DE HISTORIAS CLINICAS**

**CAROLINA CAMPO BERRUECOS
DIANA CAROLINA POTES CASTAÑO**

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE INGENIERÍA
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
SANTIAGO DE CALI**

2011

**MODELO DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE DE BRECHAS APLICADO A
LA SEGURIDAD DE HISTORIAS CLINICAS**

CAROLINA CAMPO BERRUECOS

DIANA CAROLIAN POTES CASTAÑO

**Proyecto de grado para optar al título de
INGENIERO INDUSTRIAL**

TUTORA DEL PROYECTO

Helena María Cancelado Carretero

Ing. Industrial

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE INGENIERÍA

DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

SANTIAGO DE CALI

2011

Contenido

pág.

1.	MEJORAMIENTO CONTINUO.....	10
1.1	TÍTULO DEL PROYECTO	10
1.2	PROBLEMÁTICA	10
1.2.1	Descripción.....	10
1.2.2	Elementos	12
1.2.3	Formulación.....	14
1.2.4	Justificación	14
1.3	DELIMITACIÓN Y ALCANCE	15
1.3.1	Tipo de Proyecto	15
1.3.2	Tiempo.....	16
1.3.3	Espacio.....	16
1.3.4	Estándares objeto de estudio	16
2.	OBJETIVOS.....	17
2.1	OBJETIVO GENERAL.....	17
2.2	OBJETIVO DEL PROYECTO	17
2.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3.	MARCO DE REFERENCIA.....	18
3.1	ANTECEDENTES	18
3.1.1	Proceso de acreditación en sector salud colombiano	18
3.1.2	Fundación Cardiovascular de Colombia	18
3.1.3	Fundación Santafé de Bogotá	18
3.1.4	Fundación Valle del Lili	19
3.1.5	American Economía Intellegence	19
3.2	MARCO TEÓRICO	20
3.2.1	Fundación Valle del Lili	20

3.2.2	ICONTEC.....	21
3.2.3	PAMEC.....	24
3.2.4	Sistema único de habilitación	24
3.2.5	Certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación	25
3.2.6	Sistema Único de Acreditación (SUA)	25
3.2.7	Auditoria para la calidad	27
3.2.8	Mejoramiento continuo de la calidad.....	28
3.2.9	Modelo colombiano para el mejoramiento continuo y mantenimiento de la calidad en el sistema de salud	30
3.2.10	Características del sistema obligatorio de garantía de calidad.....	31
3.2.11	Acreditación y certificación internacional.....	32
3.2.12	Enfoque basado en procesos.....	33
3.2.13	OECD (Organización Para La Cooperación Y El Desarrollo Económicos).....	34
3.2.14	HISTORIA CLÍNICA - Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud	35
3.2.15	Software ERP SAP.....	38
3.2.16	Historia clínica electrónica o informatizada	39
3.3	MARCO NORMATIVO Y LEGAL.....	39
3.3.1	LEY 100 DE 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	39
3.3.2	DECRETO 1011 DE 2006 - Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS)	40
3.3.3	Norma técnica colombiana NTC/ISO 27001	40
3.3.4	Norma técnica colombiana NTC/ISO 27002	42
3.3.5	Historias clínicas	43
3.4	Aporte intelectual.....	44
4	METODOLOGIA.....	46
4.1	ETAPAS DEL TRABAJO	46
4.1.1	ETAPA I: Familiarización con el entorno objeto de estudio.	46
4.1.2	ETAPA II: Análisis del estado actual de cierre de brechas y metodología de mejoramiento	47

4.1.3	ETAPA III: Diseño del modelo de mejoramiento para el cierre de brechas y metodología de mejoramiento	47
4.1.4	ETAPA IV: documento entregable con el análisis y propuesta de implementación del modelo de mejoramiento para cierre de brechas, enfocados en el manejo y seguridad de la información de las Historias Clínicas.	48
5	ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	49
5.1	RECURSOS DISPONIBLES	49
5.2	Recursos financieros	49
5.3	Recursos tecnológicos	49
5.4	Recursos humanos	50
5.5	CRONOGRAMA.....	50
5.6	EQUIPO DE INVESTIGADORES.....	50
6	DESARROLLO DEL PROYECTO	52
6.1	MODELO DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE DE BRECHAS DE LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES Y DE SOPORTE	52
6.1.1	Análisis del estado actual de cierre de brechas y metodología de mejoramiento.....	52
6.1.2	Diseño del modelo de mejoramiento	55
6.2	APLICACIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE DE BRECHAS AL MANEJO Y SEGURIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS	65
6.2.1	Introducción a la seguridad de la información	67
6.2.3	Situación Actual de la ENTIDAD en el tema de confidencialidad y seguridad de Información.....	68
6.2.3	Establecimiento de un sistema de gestión de la seguridad de la Información a las historias clínicas electrónicas	71
7.	CONCLUSIONES.....	90
8.	RECOMENDACIONES A LA FUNDACIÓN VALLE DEL LILI	93
	Anexo 1. MATRIZ DE MARCO LÓGICO.....	105
	Anexo 2. CONTROLES PARA EL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION.....	109
8.	GLOSARIO	114

9. BIBLIOGRAFÍA..... 115

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Delimitación de estándares objeto de estudio	19
Tabla 2 Matriz para la priorización para la priorización.....	60
Tabla 3 Calificación del riesgo.....	60
Tabla 4 Análisis de riesgo y priorización de acciones por etapa del proceso.....	64
Tabla 5. Requisitos a desarrollar en cada fase del modelo PHVA aplicado a los procesos del SGSI.....	65

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Fases de proyecto	15
Figura 2. Ruta Crítica.....	31
Figura 3 Modelo PHVA aplicado a los procesos del SGSI.....	42
Figura 4 Modelo de mejoramiento para el cierre de brechas	58
Figura 5 Pasos del establecimientos del SGSI.....	70
Figura 6 Modelo de mejoramiento para la evaluación y el control de riesgo	74
Figura 7. Planeación y preparación para la evaluación de acreditación.....	94
Figura 8. Flujo de actividades para la conformación de un equipo de autoevaluación	94

LISTA DE ANEXOS

pág.

Anexo 1. MATRIZ DE MARCO LÓGICO.....	108
Anexo 2. CONTROLES PARA EL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION.....	113

1. MEJORAMIENTO CONTINUO

1.1 TÍTULO DEL PROYECTO

Modelo de mejoramiento para el cierre de brechas aplicado a la seguridad de las historias clínicas

1.2 PROBLEMÁTICA

1.2.1 Descripción

Toda entidad de salud ya sea pública o privada debe tener en cuenta dos tipos de procesos, uno de habilitación y otro de acreditación. El primero indica las condiciones mínimas que deben cumplir todas las entidades prestadoras de servicios de salud para habilitar sus servicios según lo establecido en las resoluciones: 1043 de 2006, la 2680 de 2007 y la 3763 de 2007.

La acreditación es un proceso voluntario de auto evaluación interna de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad. El esquema de calificación para el otorgamiento de la acreditación consta de 4 categorías:

Primera categoría: Acreditación con excelencia, con una puntuación mayor a 400 puntos.

Segunda categoría: Acreditado, con una puntuación entre 280 y 399 puntos.

Tercera categoría: Acreditación condicionada, con una puntuación entre 200 y 279 puntos.

Cuarta categoría: No acreditado, con una puntuación menor de 200 puntos.

Adicional a lo anterior, se deben aplicar metodologías de evaluación de la calidad de tal forma que estas guíen y establezcan la relación entre estructura, proceso y

resultados, donde se deben tener en cuenta las personas involucradas en la producción y entrega del servicio, al igual que aquellas que se benefician de éste.

La Fundación Valle del Lili desde el año 1999 ha venido organizando cada una de sus áreas. Para ello, la aplicación de diversos estándares exigidos por ICONTEC brinda un patrón de calidad que se orienta a la satisfacción del cliente y al mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos. Este mejoramiento, ha venido desarrollándose a través del tiempo, por lo que su buen desempeño llevó al otorgamiento de acreditación para el año 2007. Desde este momento se han establecido nuevas metodologías para la evaluación de la calidad, y con ello la conformación de un comité, el cual es el encargado de controlar cada área y transmitir el conocimiento de los procesos que se desarrollan dentro de la Fundación. Sin embargo, en la última visita realizada por ICONTEC en el mes de mayo, durante los días 11,12 y 13 de 2010, el grupo evaluador emitió un cuadro donde se detallaban las oportunidades de mejora y fortalezas que tiene la Fundación.

Entre los problemas que se detectaron en la Fundación, se identificó que hay fallas en la ejecución de todas las fases del ciclo PHVA, dentro de las áreas objeto de estudio, las cuales comprenden las oportunidades de mejora que reportó el grupo evaluador de ICONTEC, clasificadas en dos grupos: estándares asistenciales y estándares de soporte distribuidos en 12 grandes grupos. De los cuales se pretende abarcar una de las oportunidades de mejora con mayor criticidad en el estándar de gerencia de la información: el proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información. Dentro de los procesos que la entidad debe garantizar la seguridad y confidencialidad se encuentra el manejo de historias clínicas. Para transformar esta oportunidad de mejora en fortaleza, se cuenta con un plazo de un año que finaliza en junio del 2011.

Dentro de la Entidad actualmente se implementó desde el primer mes del año 2011, ha habido muchos contratiempos mientras la gente se adapta a este nuevo cambio. Especialmente se tiene en cuenta el manejo de las Historias Clínicas, en donde se concentra gran parte de atención por parte de identidad debido a que este es un instrumento de vital importancia desde la parte médica como la parte legal.

1.2.2 Elementos

1.2.2.1 Causas del problema

Las causas que se han identificado son:

- Métodos poco efectivos para la difusión de los derechos y deberes del paciente en todos los niveles de la organización.
- Falta apoyo de una gran parte del personal con el direccionamiento que está tomando la Fundación.
- Desconocimiento del plan de mejoramiento de cada área.
- Falta de autocontrol por parte de las áreas involucradas.
- Concentración de la información en pocas áreas de la Fundación.
- Resistencia al cambio de la historia clínica manual a la historia clínica electrónica.
- Manejo inadecuado del proceso a seguir para el control de eventos adversos.
- No hay un lenguaje común entre el paciente, la familia del paciente, personal médico y administrativo.
- Debilidad en los criterios de validación de tecnología, previa a la compra de un equipo.
- No hay integración del equipo de autoevaluación para los planes de mejoramiento.

1.2.2.2 Análisis del problema

La entidad de salud está trabajando en fortalecer las oportunidades de mejora que emitió el ente acreditador, con el fin de que en su próxima visita obtengan la re acreditación y en un corto plazo obtener la acreditación en excelencia.

Actualmente cada área de la Entidad está trabajando en el desarrollo de modelos de mejoramiento, pero falta consolidar al equipo que realiza la autoevaluación de estos planes. Además falta analizar correctamente la ruta crítica que está siguiendo la entidad, ya que se evidencian falencias en el seguimiento de algunos de los pasos que esta estipula, lo que pudo haber ocasionado que en el momento de la autoevaluación se tuvieran criterios con un nivel de calificación más bajo del empleado por ICONTEC, llevándolos a los resultados que obtuvieron, y al incremento de las oportunidades de mejora de cada estándar.

Entre otras de las causas que se presentaron fueron los problemas en el flujo de información a nivel externo e interno, siendo el segundo el más crítico, debido a la falta de difusión que tienen los procesos que lleva a cabo la Fundación en cuestiones de acreditación en los diferentes niveles jerárquicos, donde el más crítico fue el grado de conocimiento que tienen los directivos sobre todos los procesos y procedimientos empleados. Una de las sub-causas que pueden ocasionar este problema, es la concentración de información en algunos grupos y/o personas del comité de acreditación.

1.2.2.3 Efectos del problema

La falta de un enfoque de integralidad en seguridad, permitirá ver desde todas las perspectivas cada estándar y su posible aporte a la seguridad del paciente. Ante esto, la entidad ha planteado como solución la implementación de un sistema integrado ERP SAP, lo cual se considera que podría influir en la agudización del problema, ya que se estarían sistematizando los errores que tienen a nivel interno.

La ausencia de reporte y análisis por parte del personal frente a los eventos adversos y los eventos centinela que se presentan dentro de la entidad, hacen que el centro de acreditación en salud encargado de la seguridad de los pacientes no puedan desarrollar planes de mejora en pro de evitar o reducir la posibilidad que estos se vuelvan a presentar.

Otro de los efectos del problema formulado es que seguirá un continuo desconocimiento de los objetivos de la entidad, por parte del personal, debido a la falta de medios para poder informarlos, inducirlos o motivarlos frente a la integralidad del conocimiento sobre el estado del arte tanto dentro como fuera de esta, y el interés de su parte en cuanto a que quieran participar en desarrollar e implementar las prácticas seguras y la efectiva comunicación con los pacientes y la familia, garantizando un óptimo servicio que vele por la seguridad del paciente.

1.2.3 Formulación

Disminución en el nivel de calificación de la Entidad de Salud en los estándares de acreditación y falta de integración del Sistema de Gestión actual, lo cual disminuye su capacidad para lograr el objetivo estratégico al 2014 de alcanzar la acreditación internacional.

1.2.4 Justificación

El desarrollo de este proyecto contribuirá al aumento del nivel de calidad en una entidad de salud mediante el uso de herramientas que permitan el mejoramiento continuo de sus procesos. Todo lo anterior se hace teniendo como referencia las diferentes oportunidades de mejora que el grupo evaluador de ICONTEC, generó en la visita que realizaron a la entidad en el mes de mayo de 2010. A partir del informe de evaluación generado por la visita se priorizaron oportunidades de mejora, de acuerdo a su nivel de criticidad en todas los estándares asistenciales y de soporte. Dentro de estos dos grupos, se selecciono del grupo de soporte el estándar de gerencia de la información.

La aplicación de este proyecto está enfocado a desarrollar el modelo de mejoramiento y aplicarlo en seguridad y confidencialidad de la información, exactamente Historias Clínicas. Todo lo anterior se hace teniendo como referencia las diferentes oportunidades de mejora que el grupo evaluador de ICONTEC, generó en la visita que realizaron a la entidad en el mes de mayo de 2010.

Este proyecto será un soporte para la fase inicial del desarrollo del proyecto macro, relacionado con la homologación de los estándares nacionales e internacionales, que finalmente culminara con un modelo de sistema integrado de gestión. (Ver gráfico 1).

Para la ingeniería industrial, éste proyecto tiene un alto nivel de importancia porque es sólo el comienzo de un camino con un amplio grosor en el sector servicios, específicamente en salud.

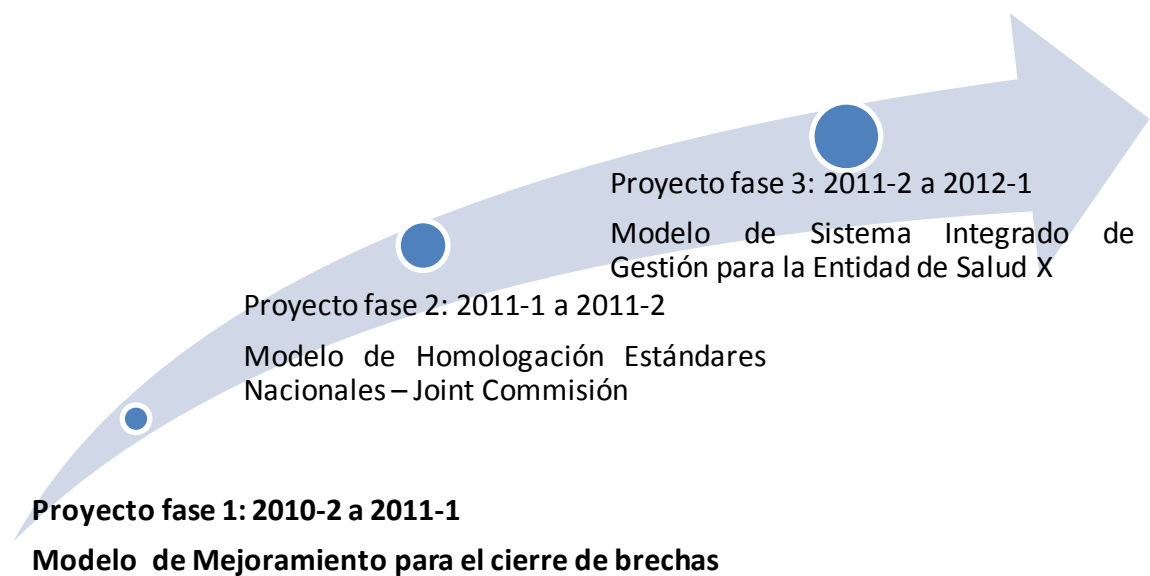


Figura 1. Fases del proyecto.

1.3 DELIMITACIÓN Y ALCANCE

1.3.1 Tipo de Proyecto

El proyecto es de tipo Industrial Investigativo enfocado a los servicios y hace parte de la línea de investigación: Diseño y gestión de modelos de manufactura

1.3.2 Tiempo

El proyecto tendrá una duración de dos semestres y su desarrollo se hará en dos etapas.

La primera se llevará a cabo durante el segundo semestre académico del año 2010, proyecto de grado uno. En este tiempo se reunirá la documentación necesaria para el desarrollo del proyecto, se realizará una familiarización con el entorno objeto de estudio y además se establecerán los objetivos a cumplir en proyecto de grado dos.

La segunda etapa se ejecutará en el primer semestre académico del año 2011, proyecto de grado dos. En este tiempo se diseñará el modelo de mejoramiento para el cierre de brechas aplicado a la seguridad de las historias clínicas.

Finalmente se entregará un documento con el análisis hecho y las mejoras propuestas.

1.3.3 Espacio

El proyecto será desarrollado dentro de la entidad de salud, ubicada en la ciudad Santiago de Cali. La población objetivo serán las áreas asistenciales y de soporte.

1.3.4 Estándares objeto de estudio

El Estándar objeto de estudio que está relacionado con las oportunidades de mejora identificadas por el ente acreditador es:

	ESATÁNDAR	ENFOQUE
SOPORTE	Gerencia de la información	HISTORIAS CLÍNICAS

Tabla 1. Delimitación de estándares objetos de estudio

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo de gestión para una Entidad de Salud basado en los principios de acreditación de la Joint Commission, que incorpore los requisitos legales, de calidad, ambientales y de seguridad SI&SO.

2.2 OBJETIVO DEL PROYECTO

Diseñar un modelo de mejoramiento que apoye el cierre de las brechas existentes en los estándares asistenciales y de soporte.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Familiarización con el entorno objeto de estudio.
- Análisis del estado actual de cierre de brechas y metodología de mejoramiento.
- Diseño del modelo de mejoramiento para el cierre de brechas de los estándares asistenciales y de soporte.
- Documento con la propuesta de la implementación del modelo de mejoramiento para el cierre de brechas, aplicado a la seguridad de Historias Clínicas

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 ANTECEDENTES

3.1.1 Proceso de acreditación en sector salud colombiano

En el año 2004, en Colombia se inició el proceso de acreditación, con la expedición del Sistema Único de Acreditación en Salud por parte del Ministerio de la Protección Social y la designación para su implementación y ejecución al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).

3.1.2 Fundación Cardiovascular de Colombia

En el año 2004, la Fundación Cardiovascular de Colombia, ubicada en Bucaramanga, se convirtió en la primera IPS acreditada en Colombia, por el Ministerio de Protección Social e ICONTEC. En el 2008 la FCV¹ fue la primera institución Re-acreditada a nivel nacional en el sector salud y el 12 de agosto de 2009, se convierte en la primera institución de salud de Colombia en recibir uno de los reconocimientos más apetecidos por las instituciones hospitalarias de todo el mundo, la acreditación por parte de Joint Commission International.

3.1.3 Fundación Santafé de Bogotá

El 13 de febrero de 2010, El Hospital Universitario de la Fundación Santafé de Bogotá fue la segunda institución en salud en recibir la acreditación por parte de la Joint Commission International, ubicándolo como un hospital de clase mundial.

¹ FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

3.1.4 Fundación Valle del Lili

A finales de los años setenta y principios de los ochenta, no existía en la Ciudad de Cali una entidad privada que brindara a los pacientes servicios de medicina de alta complejidad, dónde desarrollar y practicar las nuevas tecnologías médicas. Así fue como se empezó a sentir la necesidad de la creación de la Fundación Valle del Lili, una idea de los doctores Martín Wartenberg Villegas y Jorge Araújo Grau, quienes pretendían crear una entidad privada semejante a la Fundación Santafé. Con la ayuda de los directivos de la Fundación Santafé, la Fundación para la Educación Superior y un grupo de benefactores, se estudió la viabilidad de desarrollar este proyecto en Cali.

La Fundación Valle del Lili desde el año 1999 ha venido organizando cada una de sus áreas teniendo como marco de referencia los estándares exigidos por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). En el año 2007 la Fundación Valle del Lili, obtuvo por primera vez la acreditación en salud, otorgada por la ICONTEC. La última visita de evaluación que realizó esta entidad a la entidad fue en mayo de 2010, para obtener la re-acreditación. En esta última visita de evaluación, el reporte generado por el ente acreditador, generó una calificación por debajo de lo esperado por la Fundación.

3.1.5 American Economía Intellegence

El equipo de la América Economía Intelligence, publicó por segundo año consecutivo el ranking que evalúa la Calidad Hospitalaria: seguridad y dignidad del paciente, capital humano, capacidad, gestión del conocimiento, eficiencia y prestigio, de las instituciones de salud de América Latina. Dentro de las 35 instituciones mejor calificadas, están: en el cuarto puesto Fundación Santafé y en el séptimo puesto la Fundación Valle del Lili, siendo las únicas instituciones colombianas en estar en el ranking.

3.2 MARCO TEÓRICO

3.2.1 Fundación Valle del Lili

Entidad privada sin ánimo de lucro, constituida oficialmente el 25 de noviembre de 1982. La Fundación derivó su capital de donaciones del sector privado colombiano.

La idea de llevar a cabo el proyecto de la Fundación Valle del Lili, surgió de los doctores Martín Wartenberg Villegas y Jorge Araújo Grau, quienes vieron la oportunidad de construir una Fundación semejante a la Fundación Santafé de Bogotá y además sería la primera entidad privada en la ciudad de Cali, donde se pudiera brindar a los pacientes los servicios de medicina de alta complejidad.

La Fundación empezó a funcionar el 3 de marzo de 1986 en el barrio centenario, en la ciudad de Cali.

Los servicios que inicialmente prestaban era de pruebas de esfuerzo y laboratorio clínico, posteriormente se empezó a realizar consultas de cardiología. En 1986 se abrieron las unidades de Nefrología y diálisis, imágenes diagnósticas, oncología, litotricia, medicina nuclear. En el año 1994 se abrieron los servicios de hospitalización, urgencias y cuidados intensivos de adultos, además se trasladaron a la sede actual en el barrio Valle del Lili.

La Entidad de Salud tiene las siguientes ventajas competitivas:

- Tecnología inteligente, equipos actualizados con los grandes avances de la medicina, para garantizar un diagnóstico oportuno y veraz.
- Calidad de servicio, mejoramiento continuo de la calidad y atención integral que le ofrece a sus pacientes Equipo especial de médicos y enfermeras, que velan día a día por cada uno de los pacientes que ingresan a la institución.
- Programa de aseguramiento de la calidad, para reducir los riesgos adversos.
- Calidad humana y científica: Un cuerpo médico de más de 150 especialistas.

- Integridad en el servicio: Ofrece más de 60 especialidades, énfasis en los programas y unidades de enfermedad cardiovascular, trasplante, cuidado crítico, cáncer y patología que requieren de un hospital de alta complejidad y tecnología.

3.2.2 ICONTEC

El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, es un organismo de carácter privado, sin ánimo de lucro, con personería jurídica reconocida mediante la Resolución 2926, del 28 de septiembre de 1963, otorgada por el Ministerio de Justicia y del Derecho, e inscrita ante la Cámara de Comercio de Bogotá. Es un organismo que trabaja para fomentar la normalización, la certificación, la metrología y la gestión de la calidad en Colombia cuenta con una trayectoria sólida de más de 40 años. ICONTEC se erige como una institución creada con el fin de lograr mejores sistemas de gestión en las empresas, fabricación de productos con calidad y, por supuesto, un beneficio implícito y muy valioso para los consumidores.

ICONTEC, como entidad acreditadora, lidera un proceso de transformación cultural de las organizaciones de salud, orienta la implementación y desarrollo del Sistema, promoviendo la participación voluntaria y consciente de las organizaciones de salud en los procesos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, con la finalidad de que progresivamente, un mayor número de organizaciones de salud mejore su gestión, supere los estándares mínimos definidos en el Sistema de Habilitación y alcance niveles superiores de desempeño primordialmente en beneficio de los usuarios, afilados y beneficiarios de los servicios de salud; todas las acciones mencionadas se orientan al logro de la eficacia en las organizaciones en cuanto a su productividad y utilización de los recursos en aras de alcanzar el equilibrio social y económico que requiere el Sistema General de Seguridad Social de Salud.

Ésta entidad dirigirá el Sistema Único de Acreditación con la debida confidencialidad, a fin de permitir a las organizaciones de salud acceder al proceso de evaluación y demostrar el cumplimiento de los estándares previamente definidos y con su autorización para dar a conocer los datos de las organizaciones que hayan sido acreditadas. Gradualmente y con base en los resultados alcanzados por las organizaciones de salud, en el desarrollo global de dicho sector salud y en las tendencias internacionales en materia de calidad de la atención en salud, ICONTEC promoverá el ajuste del nivel en la exigencia de los estándares,

apoyándose en la responsabilidad que le fue conferida como Organismo de Normalización Nacional.

ICONTEC cuenta con un importante reconocimiento internacional por estar acreditado por la Junta Nacional de Acreditación de ANSI - ASQ (ANAB), el Instituto Americano de Normas Nacionales (ANSI) de Estados Unidos, la Asociación Alemana de Acreditación (TGA), el Instituto Nacional de Normalización (INN) de Chile, y por el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) de Perú.

Los principales servicios del Instituto son:

- Normalización
- Certificación
- Educación y desarrollo
- Acreditación en salud
- Metrología
- Servicio de Cambio Climático
- Venta de Normas y Publicaciones

IPS colombianas acreditadas por la ICONTEC:

- Instituto del Corazón - Unidad de negocios de la FCV
- Hospital Pablo Tobón Uribe
- Hospital General de Medellín
- Hospital del Sur de Itagüí
- Hospital Pablo VI Bosa
- Centro Policlínico del Olaya
- Centro Médico Imbanaco
- Clínica el Rosario
- Clínica del Occidente
- Fundación Santa Fe de Bogotá
- Fundación Valle del Lili
- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
- Clínica de Oftalmología de Cali

- Hospital Nazareth ESE
- Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle
- Laboratorio Clínico Continental Ltda.
- Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología
- Hospital Manuel Uribe Ángel
- Fundación Oftalmológica de Santander-Clínica Carlos Ardila Lülle
- Hospital San Vicente de Paúl Medellín
- Hospital Universitario Departamental de Nariño

3.2.2.1 Estándar de Equipos de atención al Paciente Asistencial

En este grupo de estándares se solicita información a cada uno de los equipos hospitalarios y ambulatorios, a cargo del cuidado del paciente, sobre el proceso de atención y la relación con el paciente y su familia dentro de la organización. Dicha entidad debe describir su política respecto a los derechos de los pacientes y sus mecanismos de difusión; así mismo el proceso de atención desde el ingreso hasta la salida del paciente que incluya los subprocesos de admisión, registro para la atención, evaluación inicial al ingreso, educación acerca de la enfermedad por parte del equipo interdisciplinario, el tratamiento y sus posibles resultados. Igualmente se debe describir la planeación del cuidado y tratamiento, seguimiento, obtención del consentimiento informado, garantía de la privacidad y confidencialidad, aislamiento, asesoría farmacológica, valoración anestésica, apoyo emocional y espiritual, entre otros. Esta información debe incluir los servicios ambulatorios, laboratorio clínico, Imagenología y rehabilitación, en caso que aplique.

En el proceso de gestión de la atención se debe describir el sistema de registro de la información, el mantenimiento de la historia clínica, la identificación e información de los profesionales involucrados, el cuidado y tratamiento con base en guías y procedimientos, el proceso para el manejo de quejas, su respuesta y mejoramiento. Igualmente se debe informar sobre los procesos de auditoría médica, la evaluación de eventos adversos y las diferencias entre los resultados reales y esperados. Se debe describir el plan de egreso, la información remitida a la EPS y a la entidad referente, los indicadores de desempeño y los planes de mejoramiento. Los datos que se suministren en el informe y a los evaluadores, deben corresponder por lo menos a los dos últimos años de trabajo de la organización.

3.2.2.2 Estándar de Gerencia de la Información

El estándar de Gerencia de la Información se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.

Dicho estándar debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores. Internamente el estándar debe facilitar la integración de la información clínica y administrativa, originada por los procesos, a los trabajadores de la organización.

3.2.3 PAMEC

El PAMEC es considerado un conjunto de actividades relacionadas con la auditoría de calidad, las cuales deben realizar las organizaciones: identificación de los procesos prioritarios de calidad basándose en el seguimiento de riesgos, la autoevaluación frente a los estándares de acreditación, los indicadores y los eventos adversos. Definición de la meta de calidad esperada. Medición y desempeño de los procesos de calidad observada. Aprendizaje organizacional, cierre del ciclo PHVA.

3.2.4 Sistema único de habilitación

Establece las condiciones que deben cumplir las entidades prestadoras de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

El sistema único de habilitación, se encuentra en marcado en las siguientes resoluciones: 1043 de 2006, 2680 de 2007 y la 3769 de 2007.

3.2.5 Certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación

Una vez efectuada la visita de verificación de las condiciones de habilitación al prestador de servicios de salud, se mira si el resultado obtenido con la visita, es el cumplimiento de la totalidad de los requisitos exigidos que le apliquen (condiciones tecnológicas y científicas, condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y condiciones técnico – administrativas), con base en esto la Secretaria Distrital de Salud expide la “certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación” al prestador. Es importante que el prestador de servicios de salud reclame esta certificación ante el Ente Territorial y junto con el distintivo la fije en un lugar visible al público conforme lo establece el Decreto 1011 de 2006.

3.2.6 Sistema Único de Acreditación (SUA)

El SUA es un conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias, ambulatorias, imágenes diagnósticas, laboratorios clínicos, centros de rehabilitación, EPS, EPSS y EMP, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. El cual se constituyen en una de las formas mediante las cuales el Estado puede lograr un resultado favorable en la calidad de los servicios de salud.

Una vez comenzada la aplicación del sistema único de acreditación, la información a la cual se tenga acceso durante el proceso es estrictamente confidencial; sin embargo, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación se puede hacer pública, siempre y cuando la entidad lo autorice.

Dado que la acreditación es un proceso que se debe realizar periódicamente, el nivel de exigencia del proceso es cada vez mayor, con el propósito de mantener el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. Por lo que se espera que las organizaciones sean capaces de autoevaluarse mediante el uso de diferentes preguntas que les permita determinar el grado de cumplimiento.

Las entidades de salud deberán desarrollar una metodología para establecer la calidad esperada en los procesos prioritarios seleccionados, los mecanismos de medición, los resultados a lograr y los canales para informar los hallazgos. Una vez establecidas las respectivas metas, la organización debe documentar su estado actual frente a ellas para así establecer la calidad esperada en los procesos seleccionados inicialmente. Además de servir como parámetro para establecer las brechas existentes entre la calidad observada y la esperada. Tanto la meta como la situación actual deben incluir los indicadores respectivos garantizando su monitorización, para evaluar los logros obtenidos.

Para llevar a cabo la disminución de la brecha se deben realizar planes de mejora garantizando la aplicación del ciclo gerencial PHVA, implementando acciones correctivas y elaborando planes de mejoramiento institucional, fijando cronogramas, determinando equipos de salud, estableciendo tiempos de cumplimiento, tiempos de medición de los correctivos y ajustando los procesos hasta alcanzar la calidad deseada.

El proceso seguido por el Sistema Único de Acreditación consta de tres niveles: Autocontrol, auditoría interna o de segundo nivel y auditoría externa o de tercer nivel.

- **Autocontrol:** Consiste en diseñar y estandarizar procesos, donde se capacite y entrene a cada uno de sus miembros en las tareas y resultados esperados. Animando a los miembros a que propongan cambios para mejorar los procesos.
- **Auditoría interna:** En este nivel se analizan las causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos prioritarios, por lo que se determina la implementación de las actividades necesarias para alcanzar el nivel de calidad esperado. Los auditores internos deben establecer las fallas de los procesos e intervenirlos desde varios ángulos, capacitando al auditado para que determine los errores y sea capaz de justarlos y controlarlos.
- **Auditoría externa:** Es la evaluación total llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada, que tiene como propósito verificar la realización de la auditoría interna y el autocontrol.

3.2.7 Auditoría para la calidad

La auditoría se define como un componente del mejoramiento continuo en el sistema de garantía de la calidad en salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación de cumplimiento de estándares de calidad, que concuerden con los exigidos para obtener la acreditación, los cuales son superiores a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación. (Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección de Salud por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad es un componente del sistema de garantía de la calidad de la atención en salud que si es correctamente implementada, deberá incentivar el respeto a los derechos del paciente y buena práctica profesional, e implementar el fortalecimiento y la viabilidad de la institución y del sistema, dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética.

Como parte de las auditorías para la calidad, se encuentra la auditoría médica. Definida como una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas las estadísticas hospitalarias. Su propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.

3.2.7.1 Principios del modelo para la auditoría en calidad

El modelo de auditoría en calidad está compuesto principalmente por seis principios:

- **Autocontrol:** Donde cada individuo adquiere destrezas y la disciplina necesaria para que los procesos se ejecuten de acuerdo a los estándares adoptados por la entidad, además de dar solución a los problemas que se puedan presentar.

- **Enfoque preventivo:** Busca prevenir los problemas que se poseen actualmente o futuros, que puedan evitar la consecución de los resultados esperados.
- **Confianza y respeto:** La auditoria de la calidad debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso demostrado para desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento institucional.
- **Sencillez:** Las acciones deben ser fáciles de entender y aplicar, para realizar de forma efectiva las actividades del proceso.
- **Confiabilidad:** Los métodos e indicadores utilizados en los procesos deben garantizar la obtención de los mismo resultados, sin importan quién lo realice.
- **Validez:** Los resultados obtenidos deben reflejar el comportamiento de las variables evaluadas.

3.2.8 Mejoramiento continuo de la calidad

Es un conjunto de principios y acciones que deben llevar a las organizaciones a establecer la calidad, está basada en la estandarización de guías y protocolos de salud, indicadores y sistemas estándares que les permitan precisar los parámetros de la calidad esperada en los procesos de atención con base en los cuales se realizarán acciones preventivas y de seguimiento, consistentes en la evaluación continua y sistemática para buscar el cumplimiento de sus funciones.

Debe ser visto como un proceso de autocontrol que se desarrolla progresivamente, centrado en el paciente y sus necesidades. Desarrollan acciones de búsqueda permanente de procesos que sean susceptibles de mejora para realizar ajustes y superar las expectativas del usuario. En el desarrollo de una cultura organizacional del mejoramiento de los procesos, se trabaja en las personas de una organización y se asignan como dueños de los procesos, para que descubran las fallas, las irregularidades y sean partícipes de las mejoras y perfeccionamiento. Los responsables del sistema deben establecer instrumentos que garanticen el cumplimiento de parámetros mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida para el mejoramiento de los servicios, los cuales son condiciones del sistema único de habilitación.

3.2.8.1 Formulación del plan de mejoramiento

Para poder hacer la formulación del plan de mejoramiento se deberá contar con la información necesaria para poder generar los planes de acción que se encargaran de corregir las fallas de calidad encontradas, entre estos los que fundamentalmente se deben atacar primero, son los procesos que sean prioritarios.

Ya detectados estas fallas, que no permiten lograr los resultados esperados se deberán aplicar métodos como: la matriz de evaluación, que se encargará de oponerse ante las causas, solucionando los problemas, y mediante indicadores, se podrá hacer un seguimiento para posteriormente evaluar los resultados.

3.2.8.2 Ejecución del plan de mejoramiento

A partir del anterior ítem se debe realizar las actividades contenidas en el plan de acción y sacar un espacio con los responsables del grupo de estándares para que brinden apoyo, evalúen los criterios y analicen los planes de acción y los resultados que se esperan obtener a través de los indicadores.

3.2.8.3 Aprendizaje organizacional

El aprendizaje organizacional consiste en realizar un control o seguimiento continuo, para evitar que se presente una brecha entra la calidad esperada y la observada.

Cuando se realiza esto, se garantiza que las brechas se hayan disminuido y sirvan para fortalecer el proceso de mejoramiento continuo.

3.2.8.4 Evaluación del mejoramiento

Se debe evaluar si los indicadores están generando resultados positivos, confirmando que las actividades que se están ejecutando son efectivas. En el caso en que si sea efectiva, se implementará el modelo de mejoramiento, en caso contrario se deberá evaluar la formulación del plan de mejoramiento.

3.2.9 Modelo colombiano para el mejoramiento continuo y mantenimiento de la calidad en el sistema de salud

Este modelo está basado en el modelo de auditoría de la calidad para los servicios de salud que propuso el Ministerio de la Protección Social Colombiano, donde se requiere que la calidad sea real y sostenida, para poder garantizar el cumplimiento de los pasos de la ruta crítica (Figura 2) empleada en el PAMEC. Dicha ruta consta de dos pasos esenciales:

- a) **Planear:** En este paso se define la auditoría, el alcance, tiempo y procesos prioritarios, definidos por el grupo responsable con base en los niveles de calidad deseados.
- b) **Ejecutar:** Se recopila la información válida y se analizan los resultados de las actividades que ayuden a mejorar los procesos, para llevarlos a un estado de autocontrol, donde todos los pasos empleados queden consignados en instrumentos diseñados para cada una de las acciones, para posteriormente medirlos con indicadores y diseñar un documento donde se resuman los resultados.

Todos estos pasos deben estar en constante seguimiento, con el fin de realizar acciones correctivas, de continuidad o de mejora, durante y después, para garantizar el correcto flujo del ciclo PHVA.

Para el uso del ciclo PHVA, se requiere del seguimiento de la ruta crítica que consta de nueve pasos.

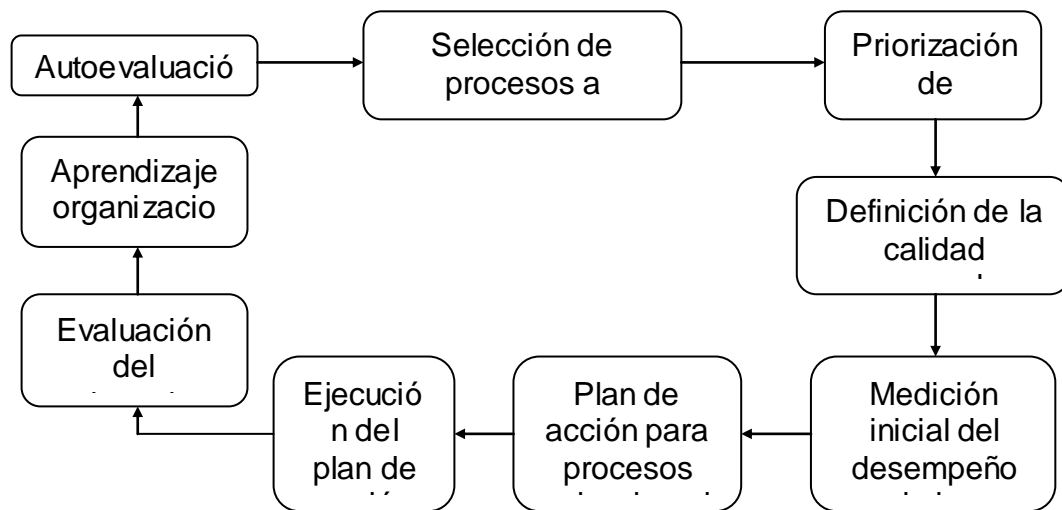


Figura 2. Ruta Crítica

De esta ruta el paso más importante comienza con la autoevaluación, donde se identifican los problemas de calidad, los aspectos que se deben vigilar y los problemas de calidad, los cuales se pueden consultar a partir de diversas fuentes que permitan obtener información que ayude a delimitar las brechas de calidad; algunas de las fuentes pueden ser, la opinión del usuario, informes de gestión, proveedores de servicios y observación directa. Con esta información se espera poder definir los procesos prioritarios, y así comenzar con un buen fundamento el proceso.

3.2.10 Características del sistema obligatorio de garantía de calidad

Para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud, cuenta con las siguientes características:

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad con la que cuentan los usuarios de poder utilizar los servicios de salud garantizados por el sistema de seguridad social.

- **Oportunidad:** Es la posibilidad que se le brinda al usuario de obtener a tiempo los servicios que requiere, sin poner en riesgo su salud o su vida. Esta característica se ve afectada por la oferta de los servicios y la demanda que haya en la institución.
- **Seguridad:** Es la ausencia de lesiones o daños en los pacientes. Con esto se busca minimizar la posibilidad de que los pacientes sufran eventos adversos mientras son atendidos o mitigar sus consecuencias; por lo que se deben implementar procesos, instrumentos y metodologías.
- **Pertinencia:** Es el grado de obtención de los servicios requeridos por los usuarios.
- **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones que necesitan.

Adicional a esto se debe tener en cuenta que la calidad en la atención en salud se logra con la orientación e integración de esfuerzos, que lleven a la promoción de actividades que ayuden a cumplir los estándares mínimos y los obligatorios para la prestación de servicios de salud. Posteriormente es importante ejecutar procesos de atención con estándares de calidad e indicadores previamente definidos, que permitan medir el desempeño, analizarlo e identificar las brechas entre lo observado y lo esperado; para poder enfrentar los problemas y apuntar hacia el mejoramiento continuo.

3.2.11 Acreditación y certificación internacional

El 2009 marca el décimo aniversario del primer hospital acreditado por JCI², el Hospital Israelita Albert Einstein, un establecimiento privado no gubernamental sin fines de lucro en Sao Paulo, Brasil. Desde entonces, más de 300 organizaciones públicas y privadas para la atención de la salud en 39 países han obtenido LA acreditación. JCI otorga acreditación a hospitales, centros de atención ambulatoria, laboratorios de análisis clínicos, servicios de atención continuada, organizaciones de transporte médico y servicios de atención primaria, además de certificación para servicios de atención de enfermedades o problemas de salud específicos. Nuestros estándares han sido formulados por expertos en atención de la salud de nivel internacional, los cuales establecen expectativas que son uniformes y alcanzables.

² JCI: Joint Commission International.

3.2.11.1 Joint Commission

La Joint Commission es una organización privada y sin fines de lucro dedicada a mejorar en forma continua la seguridad y calidad de la atención ofrecida al público. La Joint Commission es la principal institución de los Estados Unidos que se ocupa de establecer los estándares y de evaluar las diversas organizaciones de atención de la salud.

La Joint Commission tiene una filial, la Joint Commission Resources (JCR), una filial de La Joint Commission, es la editorial que se encarga oficialmente de los programas de educación y publicación de La Joint Commission. La JCR, tiene una división, La Joint Commission International (JCI), la cual está a la vanguardia en materia de acreditación internacional y mejoras en la calidad de la atención de la salud.

3.2.11.2 Joint Commission International (JCI)

Tiene como objetivo principal mejorar la seguridad de la atención al paciente, al brindar servicios de acreditación y certificación, además de servicios de asesoría y educación que tienen como finalidad asistir a las organizaciones en la implementación de soluciones prácticas y sustentables. La JCI ha trabajado desde 1994 con organizaciones de atención de la salud, ministerios de salud y organizaciones mundiales en más de 80 países.

En septiembre de 2007, JCI recibió la acreditación de la Sociedad Internacional para la Calidad en Atención de la Salud (ISQua). La acreditación de ISQua garantiza que los estándares, la capacitación y los procesos utilizados por JCI en la evaluación del desempeño de las organizaciones de atención de la salud cumplen con los más altos parámetros internacionales vinculados a la acreditación de entidades.

3.2.12 Enfoque basado en procesos

Para funcionar eficazmente una organización debe identificar y gestionar muchas actividades. Se puede considerar como un proceso cualquier actividad que use recursos y cuya gestión permita la transformación de entradas en salidas. Con

frecuencia, el resultado de un proceso constituye directamente la entrada del proceso siguiente.

La ampliación de un sistema de procesos dentro de una organización, junto con la identificación e interacción entre estos procesos, y su gestión, se puede denominar como un “enfoque basado en procesos”.

3.2.13 OECD (Organización Para La Cooperación Y El Desarrollo Económicos)

Las directrices de la OECD buscan promover guías de seguridad a los sistemas y redes de información. Estas guías responden a un ambiente de seguridad cada vez más cambiante e interconectado, mediante la promoción del desarrollo de una cultura de seguridad – esto es, un enfoque hacia la seguridad en el desarrollo de sistemas de información y redes, así como la adopción de nuevas formas de pensamiento y comportamiento cuando se usan y se interactúa mediante sistemas de información y redes.

Los propósitos de los lineamientos que deben de promover estas guías son:

Promover una cultura de seguridad entre todos los participantes como un medio de proteger los sistemas de información y las redes.

Incrementar la concientización sobre el riesgo de los sistemas de información y las redes; las políticas, prácticas, medidas y procedimientos disponibles para poder enfrentar estos riesgos, así como la necesidad de adoptarlos e implementarlos.

Promover entre todos los participantes una confianza mayor en los sistemas de información y las redes, la forma en la que operan y se usan.

Crear un marco general de referencia que ayude a los participantes en el entendimiento de los aspectos de seguridad y respeto de valores éticos en el desarrollo e implementación de políticas coherentes, prácticas, medidas y procedimientos para la seguridad de sistemas de información y redes.

Promover entre todos los participantes cuando sea apropiado, la cooperación y el intercambio de información sobre el desarrollo e implementación de políticas de seguridad, prácticas, medidas y procedimientos.

Promover la consideración del tema de seguridad como un objetivo importante a lograr por parte de todos los participantes involucrados en el desarrollo e implementación de estándares³

3.2.14 HISTORIA CLÍNICA - Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud

La historia clínica es una herramienta infaltable en la práctica de los profesionales de salud. Es un documento que contiene la narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de todos los datos y conocimientos, tanto personales como familiares, que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad actual o de su estado de salud. El profesional médico debe consignar en una historia clínica individualizada toda la información procedente de su práctica clínica, relativa a un enfermo, y resumir en ella todos los procesos a que ha sido sometido, tanto para guardar la memoria de su actuación como para facilitar el posible seguimiento por parte de otros colegas; por consiguiente está obligado a extremar el rigor de su contenido, es decir en la historia clínica debe registrarse lo que se pensó, dijo o se hizo acerca del paciente.

La historia clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento médico-legal donde queda registrada toda la relación del personal asistencial con el paciente, todos los actos y actividades médico-asistenciales realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros médicos donde el paciente acuda.

La historia clínica tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia médica. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo

³ Guías de la OCDE para la seguridad de los sistemas de información y redes. ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS. Págs. 2 y 3. http://www.anacom.pt/streaming/1946922.pdf?categoryId=45842&contentId=132698&field=ATTAC_HED_FILE

largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios asistenciales por parte del paciente.

Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio médico, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos por fuera de lo asistencial:

- **Docencia e investigación:** a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.
- **Evaluación de la calidad asistencial:** la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-asistencial prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones asistenciales.

3.2.14.1 Características De La Historia Clínica

1.- Confidencialidad: El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia. La obligación de secretos es uno de los temas del derecho asistencial que más preocupa dada la creciente dificultad de su mantenimiento, el secreto no es absoluto, en la práctica médica pueden surgir

situaciones de conflicto entre el deber de secreto y el principio de beneficencia del médico, fuerte protección legal del derecho a la intimidad.

El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia médica prestada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe una persona.

El problema médico-legal más importante que se plantea es el quebrantamiento de la intimidad y confidencialidad del paciente y los problemas vinculados a su acceso, favorecidos por el tratamiento informatizado de los datos.

2.- Seguridad: Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal asistencial que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

3.- Disponibilidad: Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

4.- Única: La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía asistencial.

5.- Legible: Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.

3.2.14.2 Requisitos De La Historia Clínica

1.- Veracidad: La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

2.- Exacta: lo que se escriba en la historia clínica debe ser puntual, fiel y cabal.

3.- Rigor técnico de los registros: Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.

4.- La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.

5.- Completa: Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

6.- Identificación del profesional: Todo facultativo o personal asistencial que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.

3.2.15 Software ERP SAP

El SAP es un tipo de ERP (Enterprise Resource Planning) que ha sido diseñado en base a una plataforma que ofrece una gran versatilidad de programación, facilidad de uso, y precisión en el manejo total de los datos recolectados. La arquitectura de procesos con los que trabaja son; base de datos, servidor de aplicaciones y cliente, mediante este sistema de gestión de la información es posible realizar un control exhaustivo de todos los procesos y operaciones que se realizan dentro de una compañía, almacenando la información que puede ser utilizada por cualquier área de la organización en tiempo real.

Cada proceso con los que trabaja SAP tiene módulos claramente diferenciados, que responden a las necesidades propias de cada área de la empresa, a su vez cada modulo posee diferentes sub-módulos que interactúan entre sí, ofreciendo al usuario una colección precisa y diferenciada de la información referente a todos los procesos por los que tiene que pasar los productos o servicios que se ofrecen en la empresa. Ejemplo empresa manufacturera, la compañía conocería en tiempo real toda la información relacionada con la llegada de las materias primas, pasando por la manufactura y empaquetado de los artículos, hasta la entrega del producto terminado en el punto de venta.

3.2.16 Historia clínica electrónica o informatizada

La historia clínica es el elemento central de la creación de redes de informática o de telecomunicación médica por las grandes ventajas que proporciona la incorporación de los datos de las historias a los sistemas informáticos en todas las facetas de la medicina ya que facilita, la investigación, la docencia, la asistencia médica, la labor de enfermería, la gestión administrativa y económica.

Sin embargo, la informatización de los historiales tiene como inconveniente principal el poner en peligro algunos de los derechos fundamentales del paciente, como son el derecho a la intimidad y confidencialidad del enfermo. Otro inconveniente sería la pérdida brusca, total o parcial de los datos. Para evitar tales inconvenientes sería necesario:

- Derecho a la información de que la confidencia hecha al médico y sus hallazgos y deducciones van a ser informatizados
- Derecho a la libertad para decidir mediante consentimiento si sus datos son informatizados o no
- Derecho a la intimidad
- Concienciación del personal que manipula la información
- Acceso restringido

3.3 MARCO NORMATIVO Y LEGAL

3.3.1 LEY 100 DE 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Conjunto de Instituciones y procedimientos para mejorar la calidad de vida del individuo, al individuo y a la sociedad misma. Hay tres puntos a tener en cuenta:

- SALUD: Cotizante, Subsidiado y vinculado
- RIESGOS PROFESIONALES: Pensión por invalidez o Muerte
- PENSIÓN: Invalidez, Vejes o Muerte

Lo anterior, se contempla en la ley 100 de 1993.

3.3.2 DECRETO 1011 DE 2006 - Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios; se establecen, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro componentes: Habilitación, Auditoria, Acreditación y el sistema de información para la calidad de la salud.

3.3.3 Norma técnica colombiana NTC/ISO 27001

Esta norma ha sido elaborada para el establecimiento, implementación, operación, seguimiento, revisión, mantenimiento y mejora de un sistema de gestión de la seguridad de la información (SGSI). Se espera que el diseño e implementación de un sistema de gestión de la seguridad de la información se ajuste de acuerdo a las necesidades, y objetivos, requisitos legales, requisitos de seguridad, los procesos empleados y el tamaño y estructura de la organización.

Esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, para establecer, implementar, operar, hacer seguimiento, mantener y mejorar el SGSI de una organización.

El enfoque basado en procesos para la gestión de la seguridad de la información, presentado en esta norma, estimula sus usuarios a hacer énfasis en la importancia de:

- Comprender los requisitos de seguridad de la información del negocio, y la necesidad de establecer la política y objetivos en relación con la seguridad de la información;
- Implementar y opera controles para manejar los riesgos de seguridad de la información de una organización en el contexto de los riesgos globales del negocio de la organización;
- El seguimiento y revisión del desempeño y eficacia del SGSI, y
- La mejora continua basada en la medición de objetivos.

Esta norma adopta el modelo de procesos “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar” (PHVA), que se aplica para estructurar La Figura 1 ilustra como el SGSI toma como elementos de entrada los requisitos de seguridad de la información y las expectativas de las partes interesadas, y a través de las acciones y procesos necesarios produce resultados de seguridad de la información que cumplen estos requisitos y expectativas.

La adopción del modelo PHVA también reflejara los principios establecidos en las Directrices OECD (2002) que controlan la seguridad de sistemas y redes de información. Esta norma brinda un modelo robusto para implementar los principios en aquellas directrices que controlan la evaluación de riesgos, diseño e implementación de la seguridad, gestión y reevaluación de la seguridad.

El sistema de gestión de la seguridad de la información está diseñado para asegurar controles de seguridad suficientes y proporcionales que protejan los activos de información y brinden confianza a las partes interesadas.

Cada componente del ciclo PHVA que se aplica en la norma, se desglosa en los siguientes puntos:

- Planificar: Establecer la política, los objetivos, procesos y procedimientos de seguridad pertinentes para gestionar el riesgo y mejorar la seguridad de la información, con el fin de entregar resultados acordes con las políticas y objetivos globales de la organización
- Hacer (implementar y operar el SGSI): implementar y operar la política, los controles, procesos y procedimientos del SGSI
- Verificar (hacer seguimiento y revisar el SGSI): evaluar, y, en donde sea aplicable, medir el desempeño del proceso contra la política y los objetivos de seguridad y la experiencia práctica, y reportar los resultados a la dirección, para su revisión
- Actuar (mantener y mejorar el SGSI): emprender acciones correctivas y preventivas con base en los resultados de la auditoría interna del SGSI y la revisión por la dirección, para lograr la mejora continua del SGSI

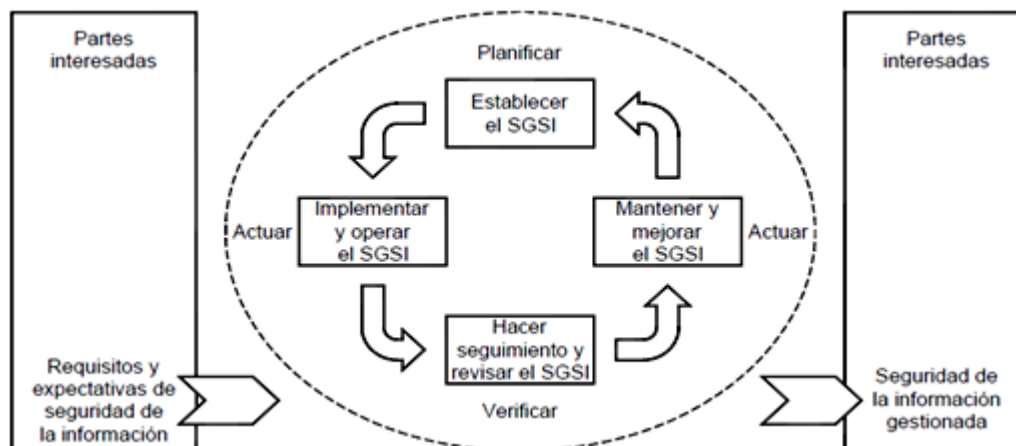


Figura 3. Modelo PHVA aplicado a los procesos del SGSI

3.3.4 Norma técnica colombiana NTC/ISO 27002

La ISO 27002 es una guía de buenas prácticas de seguridad de la información que presenta una extensa serie de controles de seguridad. Es la única norma que no sólo cubre la problemática de la seguridad información y tecnología sino que hace una *aproximación holística* a la seguridad de la información corporativa, abarcando todas las funcionalidades de una organización en cuanto a la seguridad de la información que maneja. Este concepto marca la diferencia con el de seguridad informática que, en la práctica, se vino convirtiendo en equivalente de seguridad de sistemas información y tecnología, mientras que la norma considera también los riesgos organizacionales, operacionales y físicos de una empresa, con todo lo que esto implica.

Con esta norma se busca dar un carácter auto-consistente e integral al conjunto de normas de seguridad de la información. Esta serie se puede decir que está encabezada por la ISO 27001 que, como se dijo, es la que estipula los requisitos del sistema de gestión de seguridad de la información.⁴

⁴ NORMAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN. Ing. Carlos Ormella Meyer <http://www.conocimientosweb.net/dt/article11430.html>

3.3.5 Historias clínicas

Médico-legal

- Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado
- Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales
- Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes, como la resolución 1995 de 1999
- Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento médico-legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.
- Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.
- Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes médico-legales sobre responsabilidad médica profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente, personas que intervinieron durante el proceso asistencial, etc.

El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

- Mala praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal
- Defecto de gestión de los servicios clínicos
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración
- Riesgo médico-legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica.

3.4 Aporte intelectual

Con el presente proyecto, se busca que la entidad de salud que se está preparando para una re acreditación en salud, apuntando a la meta de obtener una acreditación con excelencia con el ICONTEC, pueda aplicar el modelo de mejoramiento para el cierre de brechas, en los estándares que deben reforzar. El resultado de la aplicación de este modelo es el conocimiento de la brecha que separa el estado actual del estándar en la Entidad de Salud, en relación con un estándar óptimo, definido por el Ministerio de Protección Social.

Para analizar las brechas existentes entre el estado actual y el esperado, se hará uso de un modelo de mejoramiento donde se interrelacionen los pilares de la Entidad de Salud, La Joint Commission y el PAMEC. La entidad en un futuro busca iniciar el proceso de acreditación internacional con la Joint Commission, por lo tanto el presente proyecto sería la primera fase, en donde se busca cerrar las brechas existentes en relación con las exigencias nacionales por ICONTEC, para en un futuro cercano comenzar a homologar los estándares nacionales con los internacionales apoyándose en el presente modelo de mejoramiento para el cierre de brechas que se pretende lograr con este proyecto.

Para lograr el modelo de mejoramiento para el cierre de brechas, es necesario que la Entidad de Salud y las otras, analicen el estado actual de cierre de brechas de sus estándares y las metodologías de mejoramiento que están utilizando. Por lo tanto se definirán unos criterios generales, que todo estándar debe cumplir, para el diseño de una matriz de evaluación que se empleará para analizar el grado de cumplimiento que tiene la entidad con respecto a la norma. Una vez terminado esto la matriz arrojará como resultado si la metodología que está siendo utilizada es efectiva, las debilidades y fortalezas que tiene cada estándar con relación a un resultado óptimo.

Los temas analizados anteriormente hacen parte del extenso marco teórico que se debe conocer para llevar a cabo el modelo de mejoramiento para el cierre de brechas, sin embargo solo se tomaran en cuenta los temas que tengan una relación más directa con este proyecto de grado.

Una vez terminado todo el proceso de evaluación del proceso de acreditación de la Fundación Valle del Lili, se espera poder generar un entregable que sirva de guía metodológica para analizar el estado de sus estándares cada vez que ICONTEC vaya a realizar las auditorias que determinen si continua con el estatus de acreditada o no. Adicionalmente, con el diseño del modelo de mejoramiento y la descripción de la aplicación de este modelo a la seguridad de historias clínicas, se espera obtener resultados que muestren un aumento en el nivel de calidad, que

se vea reflejado en una buena calificación por parte del ente acreditador. Por otra parte, se pretende que con este nuevo modelo el flujo de la información a nivel interno y externo referente a la importancia del proceso de mejoramiento continuo que deben seguir para mantener un alto nivel de calidad en sus servicios sea eficaz, ya que cada vez los criterios de evaluación para la re acreditación son más exigentes, y requieren de un seguimiento constante de la ruta crítica del proceso.

4 METODOLOGIA

El proyecto se desarrollará mediante cuatro etapas en las cuales se pretenderá realizar una serie de actividades para el cumplimiento de los objetivos planteados, estas son:

4.1 ETAPAS DEL TRABAJO

4.1.1 ETAPA I: Familiarización con el entorno objeto de estudio.

Para llevar a cabo este objetivo, se contará con dos colaboradores pertenecientes al grupo de gerencia de la información. Ellos suministrarán la información necesaria para conocer el estado actual de la Fundación en cada uno de los procesos implicados en la seguridad de las Historias clínicas. Para la consecución de esta información se contarán con unas visitas previamente programadas vía electrónica teniendo en cuenta la disponibilidad y agenda del personal necesario; y mediante la información recopilada se expondrá también a estos la información recopilada para la verificación de la misma.

Además se conocerán algunas de las normativas que rigen a las entidades prestadoras de salud como: el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud y las últimas actualizaciones del Ministerio de Protección Social, entre otros decretos descritos en el marco teórico. Además de esto, nos mantendremos al margen de la información y normatividad establecida en la página de ICONTEC y la suministrada vía web por la entidad de salud todo lo referente a acreditación en salud.

De igual manera, se contará los documentos impresos de las normas ISO 27000 Y 27002, que serán las guías para la descripción de la implementación del modelo de mejoramiento para el cierre de brechas diseñado.

4.1.2 ETAPA II: Análisis del estado actual de cierre de brechas y metodología de mejoramiento

Para llevar a cabo este objetivo, nos basaremos en el último informe de evaluación de la segunda visita de seguimiento a la Entidad de Salud, realizada por el grupo evaluador de ICONTEC el 12 de julio de 2010. Tenemos programadas unas visitas a la Institución con el grupo del estándar de gerencia de la información y mejoramiento continuo, en la reunión buscamos conocer las funciones del estándar y la metodología de mejoramiento utilizada para la identificación de riesgos a la seguridad de la información, de cada una de las reuniones realizaremos unos informes donde se analizarán las oportunidades de mejora relacionadas con la seguridad de la información, se harán reflexiones de lo hablado y escuchado en la reunión. De igual manera, existe un compromiso con la entidad de enviarnos documentos que nos ayuden a conocer la situación actual del estándar de información.

4.1.3 ETAPA III: Diseño del modelo de mejoramiento para el cierre de brechas y metodología de mejoramiento

Para llevar a cabo este objetivo, es necesario establecer unos pilares, que serán la base del diseño del modelo, que estén relacionados con la Fundación Valle del Lili, la Joint Commission, el ministerio de protección social y la PAMEC. Porque el modelo debe tener en cuenta el direccionamiento que quiere tomar la Fundación en un futuro, que es la acreditación internacional con la Joint Commission. Después de establecer los pilares, se definirán las metodologías de mejoramiento que se utilizarán, de acuerdo al análisis efectuado por la matriz realizada en el objetivo anterior.

Se diseñará un modelo de mejoramiento para el cierre de brechas el cual tenga en cuenta los pilares antes mencionados, y que ayude a la entidad a evaluar el estado actual del estándar seleccionado. En este modelo o estructura se platearán ciertos pasos que guíen a la fundación, sin ser estricto en el cumplimiento o limitado en el cumplimiento de estos pasos, permitiendo flexibilidad a la hora del uso de este; y de tal manera que el mejoramiento continuo se mantenga.

Finalmente el modelo diseñado será validado por los expertos en el tema en la Fundación Valle del Lili y por la tutora del proyecto de grado.

4.1.4 ETAPA IV: documento entregable con el análisis y propuesta de implementación del modelo de mejoramiento para cierre de brechas, enfocados en el manejo y seguridad de la información de las Historias Clínicas.

Para llevar a cabo este objetivo nos basaremos en las normas técnicas colombianas NTC-ISO/IEC 27001 y 27002, estas normas como un complemento para elaborar una guía de buenas prácticas de seguridad de la información. Esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, para establecer, implementar, operar, hacer seguimiento, mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Seguridad Informática de una organización, de esta norma aplicaremos la parte del establecer.

Necesitaremos el apoyo del equipo de gerencia de la información para obtener información relacionada con los riesgos de seguridad de una historia clínica electrónica, además para validar con ellos las políticas, controles, metodologías para la priorización de los riesgos que ellos manejan y la identificación de los riesgos. Adicional a esto, es necesario tener en cuenta los objetivos, estrategias, capacidades, equipos, normas, directrices y modelos adoptados en tiene la entidad actualmente para garantizar la calidad de todos los servicios. Con este panorama, el cumplimiento de los lineamientos de la fundación y el modelo diseñado, se estructurara la información necesaria para la aplicación y seguimiento de la normatividad establecida en la norma ISO 27000.

5 ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

5.1 RECURSOS DISPONIBLES

Para el desarrollo del proyecto “MODELO DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE DE BRECHAS APLICADO A LA SEGURIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS” se contará con recursos financieros, tecnológicos y humanos.

5.2 Recursos financieros

Durante el desarrollo del proyecto no se requerirán recursos financieros externos, por lo cual los gastos en que se incurra serán asumidos por el equipo investigador; entre estos se encuentran el transporte hacia la Entidad de Salud, las reuniones grupales con la tutora temática en la universidad ICESI y las reuniones entre los integrantes del proyecto de grado.

5.3 Recursos tecnológicos

- Computadores: Es necesario el uso de equipos con acceso a internet para realizar investigación bibliográfica, y con el software de Microsoft office (Word, Power point, Visio, Project, Excel)
- Material bibliográfico como manuales y documentos suministrados por la entidad utilizados para la familiarización del tema.

5.4 Recursos humanos

Para el desarrollo del proyecto será necesario contar con la participación del:

- **Equipo investigador:** conformado por 2 grupos, encargados de la recolección de información, documentación de la misma y aplicación del plan de mejora de 2 estándares en la Entidad de salud.
- **Tutor temático:** Responsable del direccionamiento del equipo investigador durante la realización del proyecto, para el cumplimiento a cabalidad de los objetivos planteados.
- **Tutor metodológico:** Encargado de realizar las correcciones relacionadas con normas ICONTEC y de redacción del proyecto.
- **Lector:** Persona encargada de dar la aprobación al proyecto y de realizar las correcciones que sean pertinentes previo a la finalización del mismo.

5.5 CRONOGRAMA

Ver anexo 2

5.6 EQUIPO DE INVESTIGADORES

- **Carolina Campo Berruecos:** Estudiante de Ingeniería Industrial de la Universidad Icesi, octavo semestre.
- **Diana Carolina Potes Castaño:** Estudiante de Ingeniería Industrial de la Universidad Icesi, octavo semestre.

- **Tutora temática:**
- **Helena María Cancelado Carretero:** Ingeniera industrial, Especialista en Administración de Calidad, formación en Aseguramiento de Calidad, Buenas prácticas de Manufactura, Mejoramiento Continuo, Análisis de Procesos y Aplicación de Sistemas Integrados de Gestión bajo modelos ISO 9000, ISO 14001, OSHAS 18001, BPM, HACCP y QS 9000, con experiencia en dirección de proyectos de consultaría de calidad, auditorías de calidad y capacitación en empresas pequeñas, medianas y grandes, de los sectores de Manufactura y servicios. Así mismo experiencia en el diseño de seminarios relacionados con el tema y docencia en la universidad. Con experiencia docente en Gerencia de Calidad, Gerencia de Procesos, Sistemas Integrados de Gestión y Dirección y Despliegue Estratégico en las especializaciones de Gerencia de Producción y Gerencia de Calidad para la Competitividad.

6 DESARROLLO DEL PROYECTO

Los objetivos se desarrollaran en dos partes:

- ✓ Modelo de mejoramiento para cierre de brechas de los estándares asistenciales y de soporte , el cual comprende los tres primeros objetivos
- ✓ Descripción del modelo de mejoramiento para el cierre de brechas enfocado a la seguridad de historias clínicas, el cual hace referencia al último objetivo.

6.1 MODELO DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE DE BRECHAS DE LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES Y DE SOPORTE

6.1.1 Análisis del estado actual de cierre de brechas y metodología de mejoramiento

Para el análisis del estado actual y metodologías de mejoramiento de cierre de brechas y metodología de mejoramiento existen unos puntos a tener en cuenta:

- El último Informe de Evaluación del Segundo Seguimiento a la Fundación Valle del Lili, realizado por ICONTEC el 12 de julio de 2010.
- Informe de reuniones con el personal relacionado con el estándar de gerencia de la información, realizados por el grupo investigador.
- Documentos recibidos de la entidad de salud, donde por medio de tablas se resumen las oportunidades de mejora que ellos tienen por estándar.
- Resultados de las reuniones con el equipo de autoevaluación

Algunas cifras de gerencia de la información:

- ⇒ La entidad hasta el año 2009 había adquirido 162 equipos de cómputo, ha adquirido 14 servidores y ha invertido unos \$702.570.748 en tecnología.
- ⇒ En el año 2011, se está implementando en la Entidad un nuevo sistema de informática con una inversión de \$15.000 millones con el que se podrá obtener la historia clínica electrónica y todo el sistema de información empresarial.

6.1.1.1 RESULTADOS DE LAS VISITAS PROGRAMADAS Y EL DOCUMENTO GENERADO POR ICONTEC

En el desarrollo de las reuniones previstas con los miembros de los equipos de autoevaluación se presenta un alto nivel de ausentismo, periódicamente se tratan de hacer reuniones cada semana entre los que conforman el equipo de cada estándar, en las reuniones solo se habló sobre los planes de acción que se está implementaran para atacar las oportunidades de mejora que tienen, seguimiento al plan de acción, metodología para la priorización de las mejoras y revisión de documentos para el seguimiento de acreditación, en la reunión aproximadamente solo el 60% de los integrantes del grupo del estándar de gerencia de la información asisten a las reuniones, la ausencia genera que los integrantes desconozcan el plan de mejoramiento que se está planeando en su área. La no disponibilidad de tiempo para el desarrollo de las reuniones ha incidido en la ejecución del plan de mejoramiento, la calificación de los estándares y en la generación de oportunidades de mejora por parte del ente acreditador.

Cabe citar el resultado de una encuesta realizada por ICONTEC, el 13% de los empleados entrevistados manifestó no conocer el plan de mejoramiento de su área; el 87% manifestó si conocer el plan de mejoramiento de su área pero no se tenía claridad al respecto. Durante la evaluación de campo del grupo de evaluadores de ICONTEC, se evidencia por parte de los jefes desconocimiento del uso de algunas herramientas tecnológicas o aplicativos, por ejemplo el reporte de eventos adversos, indicadores de gestión, entre otros. Se reporta un cumplimiento del plan de mejoramiento para los estándares de gerencia de la información para el año 2009 del 65%, según el informe de evaluación de ICONTEC.

Por otra parte, en el “consolidado de los planes de mejoramiento”⁵ identificados por la entidad, en el estándar de gerencia de la información, se realizará un filtro que su criterio sea la prioridad mayor a 360, y de la mano con los miembros del comité se presentó de manera muy pronunciada la preocupación por el manejo de la información digital ya habiendo implementado en cada uno de los procesos el software para el control y manejo de los procesos de la entidad: SAP. Esta preocupación nace debido a que las claves de acceso al software son de dos tipos: genéricas y únicas. Ambas presentan problemas en cuestión de trazabilidad referente a las consultas realizadas por estos, se vuelve un proceso tedioso en todos los sentidos, sabiendo que no existe un algoritmo configurado en el software

⁵ Distribución de criterios de la matriz: nombre del estándar, oportunidad de mejora, el servicio que afecta, el responsable y el puntaje de priorización, siendo los más críticos los superiores a 360 puntos.

para el seguimiento de la ejecución de cualquier programa, es decir, no se cuenta con un sistema que me indique el tipo de consultas que realizó cualquier miembro de la entidad, y todo se vuelve cuestión de moral solamente. En asuntos legales, el mal manejo de la información contenida en las historias clínicas específicamente, implica el no cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución 1995 de 1999, llevando así a la entidad a problemas que pueden culminar con el cierre parcial o completo de la entidad.

En cuestión de indicadores, aun no se cuenta con un indicador para el manejo de historias clínicas electrónicas, si se tienen políticas relacionadas con lo que se puede y no se debe hacer para el manejo de información contenida en estas, sin embargo se debería tener un indicador relacionada con el tipo de consultas que se realicen dentro de la entidad.

En cuanto al manejo y administración de historia clínica, cuando ICONTEC realizó la visita, aún no se había implementado la historia clínica electrónica, estaban manejándola de manera manual aún; es algo muy temprano hablar de una buena gestión de la historia clínica electrónica a través del ERP (Enterprises Resource Planning) SAP, sin embargo para la entidad es claro que se necesita una metodología que les ayude a controlar la seguridad y confidencialidad de las historias clínicas y otros documentos privados. Este nuevo proceso del manejo y seguridad de historias clínicas debe adicionarse dentro de la lista de actividades del comité de evaluación, teniendo control sobre algo que tiene un valor fundamental para el desarrollo de las actividades médicas dentro de la entidad.

A través de las oportunidades de mejora expuestas por ICONTEC sobre las historia clínica manuales, se expone claramente que existía un problema de legibilidad, en donde según una encuesta realizada en la visita de evaluación de mayo de 2010 realizada por el ente acreditador, el 20% de las historias clínicas tienen problemas de legibilidad, pero en términos generales cumplen con las características de forma y fondo en el marco de la normativa, 5 historias clínicas que fueron revisadas al azar por el grupo de ICONTEC, encontraron que el diligenciamiento de la historia clínica estaba incompleto especialmente del área de cirugía y ausencia de foliación. Con la nueva implementación del software para el manejo de historias clínicas electrónicas, se debe obtener un excelente resultado debido a que el problema de legibilidad se radica de raíz, sin embargo es necesario concientizar y obligar mediante configuraciones del software a los miembros de cada una de las áreas sobre la importancia del completo diligenciamiento de estas y que no se presenten problemas de foliación.

Es importante también fortalecer el despliegue y entendimiento de la información a todos los niveles de la organización, sin importar el nivel de escolaridad que tengan los empleados, sabiendo de ante mano que este incidirá de manera

contundente en el desarrollo de planes de acción u actividades que se tengan en el plan de mejoramiento de la entidad

Finalmente, mediante la matriz consolidada de los planes de mejoramiento se expone de manera clara la situación actual de la entidad en el tema de la confidencialidad y seguridad de la información, El grupo de mejoramiento continuo, algunos representantes del estándar de gerencia del recurso humano y el equipo de autoevaluación del estándar de gerencia de la información de la entidad de salud se encuentra trabajando por atacar las oportunidades de mejora que tiene en el estándar de gerencia de la información, entre las oportunidades a mejorar que tienen relacionadas a garantizar la seguridad y confidencialidad de la información son:

- revisar y divulgar los esquemas de seguridad y confidencialidad para determinar posibles fallas o cambios generados por la renovación tecnológica (aplicativos / herramientas)
- Revisar el adecuado diligenciamiento de los registros de la bitácora de backups para garantizar la seguridad y veracidad de los mismos
- Capacitar y concientizar al personal de la Entidad de Salud (Administrativo y Asistencial) sobre el manejo de la información confidencial.
- Estandarizar los requisitos para el registro de notas en los registros asistenciales.
- Actualizar las planificaciones por riesgo según los ejes fundamentales de la acreditación
- Ajustar y divulgar las normas para el manejo confidencial de información en SAP.
- Definir el manejo de información impresa (normal para papel reutilizable)
- Implementar la impresión confidencial, inicialmente en áreas claves.
- Fortalecer las políticas de Impresión (Trabajo con grupo Asistencial y Administrativo).

6.1.2 Diseño del modelo de mejoramiento

El modelo de mejoramiento se planteo para trabajar sobre las oportunidades de mejora generales que tiene la Entidad de Salud. La entidad tiene que trabajar sobre muchas oportunidades de mejora en todos los estándares, el ente acreditador entrego un informe de su visita de evaluación, en el se expone las oportunidades de mejora en cada estándar, la entidad debe trabajar sobre las oportunidades de mejora para que el ente acreditador le renueve la acreditación en salud, el modelo de mejoramiento para el cierre de brechas que diseñamos

busca ser un soporte que integre la metodología actual que realiza la Entidad para convertir las oportunidades de mejora en fortalezas, con el fin de aumentar el nivel de calificación de la Entidad de Salud en los estándares de acreditación.

El equipo de evaluación mediante metodologías de mejoramiento y aplicativos realiza la priorización, análisis de causas y planes de acción para las diferentes oportunidades de mejora que se presenten, sin embargo en las reuniones realizadas se presentó qué:

- Los planes de mejoramiento o de acción de las áreas, provienen de los incidentes, eventos, auditorias, planificaciones, análisis de accidentes de trabajo, de los comités de las áreas, de las reuniones y de los proyectos. En este aspecto se presenta la falencia de que las áreas no hacen asociación entre ellas, por lo que se puede presentar duplicidad en los planes de acción.
- En lo relacionado al aplicativo GIGACs⁶, se encontró que la herramienta no hace asociación de las oportunidades de mejora, por lo que se encuentra la misma oportunidad priorizada de diferente forma en cada área o estándar; se han presentado oportunidades de mejora a él, las cuales están siendo tratadas con el proveedor. Este aplicativo solo es para el control de información, por lo que él no prioriza por sí solo, ni hace seguimiento de los planes de acción, esto es llevado a cabo por personas designadas de cada estándar.
- No hay una clara metodología para la identificación de causas, ya que a medida que van encontrando las oportunidades de mejora, las van atacando para eliminarlas.

⁶ GIGACs es un aplicativo adquirido por la entidad para el diligenciamiento y control de la información referente a acreditación

- El plan de acción es diseñado por cada área y para cada oportunidad de mejora. Cada uno de estos planes debe tener un responsable, quien a su vez es el encargado de asignar las tareas de ejecución a otros responsables de su mismo comité, sin embargo no hay una conexión entre en el grupo de autoevaluación de tal manera que no se presenten dos planes de acción para una misma oportunidad de mejora.

Teniendo en cuenta lo observado en las reuniones, los requerimientos para el buen funcionamiento del ciclo PHVA y los de la entidad, se realizó el siguiente modelo de mejoramiento, de tal manera que se tenga una estructura sólida a seguir para el correcto funcionamiento de las diferentes fases de mejoramiento. Es de aclarar que este no es una camisa de fuerza, sino que puede llegar a ser muy flexible y aplicable a las diferentes áreas y oportunidades de mejora que se presenten.

MODELO DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE DE BRECHAS

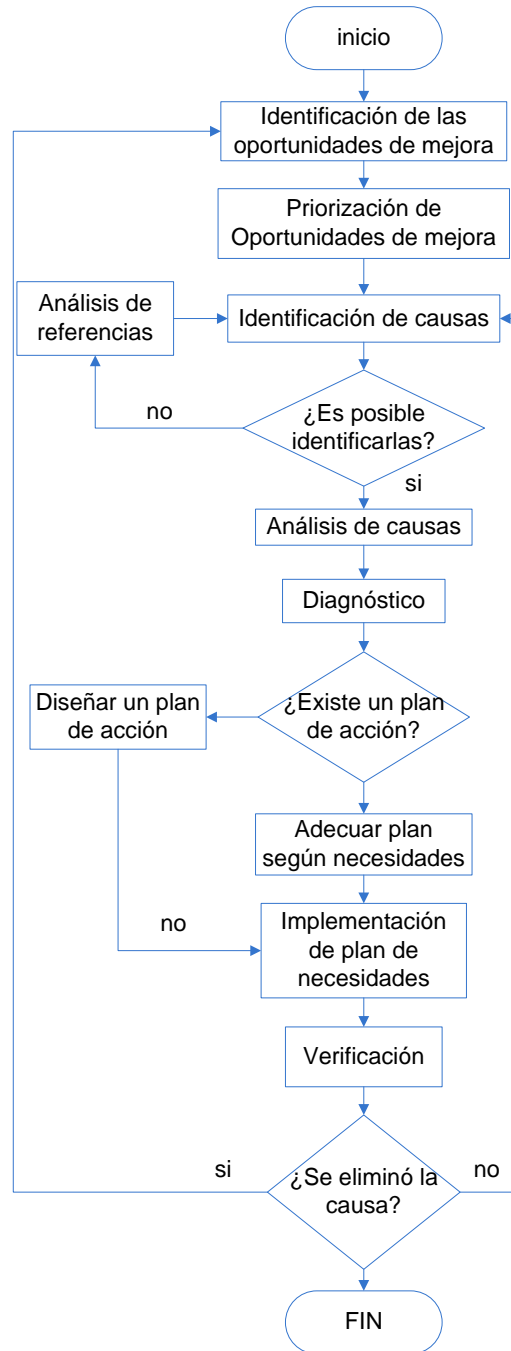


Figura 4. Modelo de Mejoramiento para el cierre de brechas

6.1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL MODELO

El modelo de mejoramiento para la evaluación y control del riesgos debe ser desarrollado en 9 fases; Identificación de los riesgos, Priorización de los riesgos, Identificación de causas, Análisis de causas, Diagnostico, Plan de acción, Implementación del plan de necesidades y Verificación y preguntar si la causa ha eliminado. La descripción de cada una de estas fases se encuentra a continuación:

Fase 1. Identificación de las oportunidades de mejora.

Para la identificación de las oportunidades de mejora a la entidad de salud se puede basar en varias fuentes:

- Informe de auditorías internas que ellos realizan,
- Información recolectada por el resultado de los indicadores de gestión,
- Informe de visita de acreditación, la entidad actualmente está en proceso de una re acreditación nacional en salud,
- Informe de autoevaluación de los grupos que conforman cada estándar,
- Los planes de acción propuestos por las áreas,
- Escuchar al paciente y su familia, las no conformidades con los servicios prestados, las quejas, reclamos, eventos adversos presentados.
- Requisitos legales, estatutarios, reglamentarios y contractuales que debe cumplir la organización, contratistas, proveedores de servicios
- Conjunto particular de principios, objetivos y requisitos de la institución.

Fase 2. Priorización de las oportunidades de mejora

La priorización de las oportunidades de mejora de cada estándar la realiza el grupo de evaluación de cada estándar. Actualmente la Entidad de Salud está utilizando una matriz para la priorización de los riesgos, la cual se muestra a continuación;

Las Causas que generan el Riesgo y/o No Conformidad
 Acciones a las causas que generan Riesgo y/o No Conformidad
 Calificación. Consultar Pestaña MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

4. Registrar los riesgos analizados, priorizar las acciones por etapa del proceso y relacionar la calificación de riesgo, costo y frecuencia con base a la matriz de priorización (consultar pestaña MATRIZ DE PRIORIZACIÓN) y relacionar las Características de FVL afectadas por el riesgo.

ACTIVIDAD	RIESGO / NO CONFORME	CAUSA	ACCION	RESPONSABLE	PRIORIZACIÓN				CARACTERISTICAS A QUE SE VE AFECTADA POR EL RIESGO	
					RIESGO	COSTO	FRECUENCIA	NR		
									0	
									0	
									0	
									0	
									0	
									0	
									0	

Tabla 2 Matriz para la priorización de oportunidades de mejora⁷

Los criterios de priorización que ha establecido institución son los siguientes riesgo; costo y frecuencia, la calificación que cada oportunidad de mejora obtenga, se basa es la siguiente tabla;

CALIFICACIÓN	RIESGO		COSTO		FRECUENCIA (F)	
	Gravedad	Impacto	Económico	Reputación		
2	No Grave	Sin impacto	No genera reproceso, ni afecta patrimonio	No afecta	IMPROBABLE	1 / AÑO
4	Poco Grave	Casi incidente	Sí genera reproceso, sin afectar patrimonio	Insatisfacción	RARO	1 / SEMESTRE
6	Grave	Incidente Institucional	Genera reproceso y costos economicos equivalentes a un incidente institucional.	Queja	FACTIBLE	1 / MES
8	Muy Grave	Evento Adverso	Genera reproceso y costos económicos equivalentes a un evento adverso.	Reclamo, Derecho Petición, Tutela, Perdida de convenios	MODERADA	1 / SEMANA
10	Fatal	Evento Adverso Centinela	Genera reproceso y costos económicos equivalentes a un evento adverso centinela.	Demanda, Perdida de certificaciones voluntarias, acciones	MUY PROBABLE	1 / DÍA

Tabla 3 Calificación del riesgo⁸

Esta matriz es diligenciada en presencia del grupo de autoevaluación que conforma cada estándar.

⁷ Matriz para la priorización de oportunidades de mejora diseñada por la entidad

⁸ Calificación del riesgo diseñada por la entidad

La situación se califica dentro de los siguientes parámetros:

Riesgo ≥ 6 , la situación representa una No Conformidad que requiere ser reportada y analizada. Se genera un plan de acción cuando $NR \geq 330$

$NR = (\text{RIESGO} \times \text{COSTO} \times \text{FRECUENCIA})$

Además de la tabla de priorización y la tabla de clasificación, nuestro aporte sería que debería considerar como factor de priorización el incumplimiento legal, las resoluciones vigentes para cada estándar y las implicaciones jurídicas que le representaría a la institución no considerar cierta acción como oportunidad de mejora.

Un ejemplo de la priorización por incumplimiento legal, es la violación a las características que según la resolución 1995 de 1999 debe tener toda historia clínica y la institución debe velar por que se cumplan. la historia clínica representa una gran importancia en el mundo jurídico, porque es el único documento médico-legal donde se reflejan las condiciones de salud del paciente desde sus nacimiento hasta su muerte, demás registros que evidencian la relación del médico con el paciente, todos los actos y actividades medicas realizadas, es un documento integro y tiene que estar siempre disponible por que puede ser utilizada por otras instituciones de salud; y el cumplimiento de alguno de los principales deberes del personal médico, como por ejemplo el deber de informar, derecho de asistencia médica de calidad. La historia clínica es la prueba física que evalúa el nivel de la calidad asistencial en el momento de reclamaciones de responsabilidad a los médicos y/o a la institución. La historia clínica se encuentra respaldada por algunas normas jurídicas como la ley 23 de 1981, el Capitulo III: LA PRESCRIPCION MEDICA, LA HISTORIA CLINICA, EL SECRETO PROFESIONAL Y ALGUNAS CONDUCTAS y la resolución 1995 de 1999, que le dan la importancia a la historia clínica como un instrumento básico para el buen ejercicio medico.

Fase 3 Identificación de causas.

Se debe generar un análisis por macroproceso, para identificar por que pueden ser generadas esas causas. Las herramientas para identificación de las causas serian las siguientes:

- a) Se establece el panorama del riesgo y cada uno de los integrantes del grupo de autoevaluación da ideas de posibles causas que ocasionaron ese riesgo.
- b) Al tener una lista de causas, se usaría la herramienta de espina de pescado o el árbol de riesgos, en donde se pueda organizar las causas, de tal forma que muestre claramente cuáles de esas causas son las causas raíz y cuáles son las sub-causas.

Para esta fase, es necesario un compromiso de todos los integrantes de cada área, con el fin de que todos los del equipo puedan participar en forma activa en el diagnóstico y plan de acción para minimizar o erradicar el riesgo.

Fase 4 Análisis de causas.

El análisis de las causas de riesgo, se realiza para calcular la posibilidad de que ocurran cosas negativas.

Para realizar el análisis, se debe:

- obtener una evaluación económica del impacto de estos sucesos para la organización. Este valor se podrá utilizar para contrastar el costo de la protección de la información en análisis, versus el costo de volverla a reproducir.
- Se debe tener en cuenta la probabilidad de que sucedan cada uno de los problemas posibles. De esta forma se puede calificar los problemas según el criterio de frecuencia y su costo (económico y reputación) potencial, con el fin de desarrollar un plan de acción adecuado.
- Los integrantes del estándar de gerencia de la información deben de conocer que se quiere proteger, donde y como, asegurando que con los costos que se incurran se obtengan beneficios. Para lograr esto se debe identificar los recursos (hardware, software, información, personal, etc.) con que se cuenta y las amenazas a las que está expuesto.

- Si la oportunidad de mejora lo amerita, el estándar debe buscar posibilidades de utilizar otras herramientas por ejemplo para la identificación riesgos en hospitalización, el uso de la herramienta de la NTC/ISO 31000, ó la herramienta de la NTC/ISO 2701 y 27002 para la seguridad de la información.

Fase 5 Diagnóstico.

Algunas preguntas que ayudar para el análisis del diagnostico de las causas que originan el problema serian:

- ¿Qué puede ir mal?
- ¿Con que frecuencia puede ocurrir?
- ¿Cuáles serian sus consecuencias?
- ¿Se está preparado para abrir las puertas de la Fundación Valle de Lili sin sistemas, por un día, por una semana, cuánto tiempo?
- ¿Cuál es el costo de una hora sin procesa, un día, una semana...etc.?
- ¿Se tiene forma de detectar un empleado deshonesto en el sistema?
- ¿Cómo se actuara si la seguridad es violada?
- ¿A quién se le permite usar que recurso?
- ¿La seguridad actual cubre los tipos de ataques existentes y está preparada para adecuarse a los avances tecnológicos esperados?
- ¿Qué pasa si se cae SAP?
- ¿Se tiene control sobre la operación los distintos sistemas?
- ¿A que se le llama información confidencial?

El análisis de acusas se agrupan en una tabla según la priorización de las mismas y se toman las medidas pertinentes de seguridad para cada caso en particular. La tabla 5, muestra un ejemplo de la tabla que la Entidad de Salud diligencia para el análisis de riesgo y priorización, la información que se encuentra contenida en la tabla se desarrollo para el proceso de atención del paciente en hospitalización, la actividad que se evaluó fue acceso-registro e ingreso. Los criterios de priorización que maneja la Entidad de Salud son: Riesgo, Costo y Frecuencia, NR es la multiplicación de los valores de calificación de cada criterio.

ACTIVIDAD	RIESGO / NO CONFORME	CAUSA	ACCION	RESPONSABLE	PRIORIZACIÓN				CARACTERÍSTICA QUE SE VE AFECTADA POR EL RIESGO
					RIESGO	COSTO	FRECUENCIA	NR	
ACCESO-REGISTRO E INGRESO	Fallas en el cumplimiento de los Dy D	Desconocimiento del personal Fallas identificación de barreras: culturales-idioma-limitaciones fisiológicas	Establecer método de divulgación a pacientes con limitaciones cognitivas, auditivas y visuales. Evaluar a comprensión de los Deberes y Derechos del paciente y resolver dudas si así se requiere.	GESTION HUMANA JEFES DE SERVICIO	6	6	4	144	Educación

Tabla 4. Análisis de riesgo y priorización de acciones por etapa del proceso

Fase 6 Plan de acción.

En esta fase se debe formular la siguiente pregunta: ¿Existe un plan de acción que ataque la causa del riesgo?, si la respuesta es negativa, se debe diseñar un plan de acción, que ataque las causas que generaron o generaran el riesgo.

Si la respuesta es afirmativa, se debe complementar el plan de acción existente según las nuevas necesidades que se presenten y establecer indicadores que permitan evaluar y realizar el seguimiento al proceso con el fin de tener bajo control el riesgo, si bien el riesgo siempre va a existir, pero lo que se busca con el plan de acción el minimizar la posibilidad de ocurrencia.

Debe quedar documentar todas las actividades que se han realizado que han llevado a avances o retrocesos, con el fin de retroalimentar el plan de acción que se está ejecutando.

Fase 7 Implementación del plan.

La implementación del plan de necesidades es un proceso que abarca toda la organización, y debe estar fuertemente apoyado por la alta gerencia, ya que sin ese apoyo, las medidas que se tomen no tendrán la fuerza necesaria.

Para la implementación no se puede dejar de lado la notificación a todos los involucrados en las nuevas acciones que deben realizar y darles a entender la importancia que tiene su labor para el control del riesgo. También hay que darle a conocer al resto de la organización los planes que se van a realizar, como va el proceso y el resultado del plan, con el fin de darles visibilidad a los actos que está realizando la administración, además para que los planes que sean complementarios entre áreas, trabajen de la mano como un equipo y no independiente.

Fase 8 Verificación.

En esta fase se evalúa toda la información recolectada en la fase 7. Luego se formula la pregunta: ¿se eliminó la(s) causa(s)?, si la respuesta es negativa se debe devolver a la fase III, ya que probablemente esa no era la causa raíz. En caso de ser afirmativa la respuesta, se debe continuar con el ciclo de mejoramiento continuo (fase I) para ver que nuevos riesgos han surgido. Por lo tanto el documento debe ser dinámico, debe haber un proceso continuo de identificación de causas.

La fase de verificación también debe medir a los responsables

Fase 9 Preguntar si la causa fue eliminada.

Volver a evaluar y mirar los resultados obtenidos. Si fue eliminado entonces se identifica una nueva causa u oportunidad de mejora, sino se vuelve al ciclo debido a que no fue suficiente lo realizado o lo implementado para eliminarla.

6.2 APLICACIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE DE BRECHAS AL MANEJO Y SEGURIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS

Para el manejo de la seguridad de Historias Clínicas, utilizamos como herramienta la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO/IEC 27001 y 27002, estas normas nos dan un modelo a seguir adaptable a cualquier organización para velar por la confidencialidad y la seguridad de la información. De estas normas solo desarrollamos el establecer porque el implementar la propuesta que realizamos

queda como opción de la Entidad de Salud. La aplicación del modelo de mejoramiento para el cierre de brechas será enfocada a la seguridad de Historias Clínicas y lo que se realice en el establecimiento de la norma técnica colombiana, se va a enlazar a la fase 2 del modelo genérico de mejoramiento para el cierre de brechas, en esta fase se realiza la priorización de las oportunidades de mejora.

Lo que buscamos con esta aplicación es desarrollar el primer paso del modelo PHVA establecido por las Normas Técnicas Colombianas NTC-ISO/IEC 27001 y 27002, el Planificar o Establecer. La Figura 3 muestra las fases del modelo PHVA.

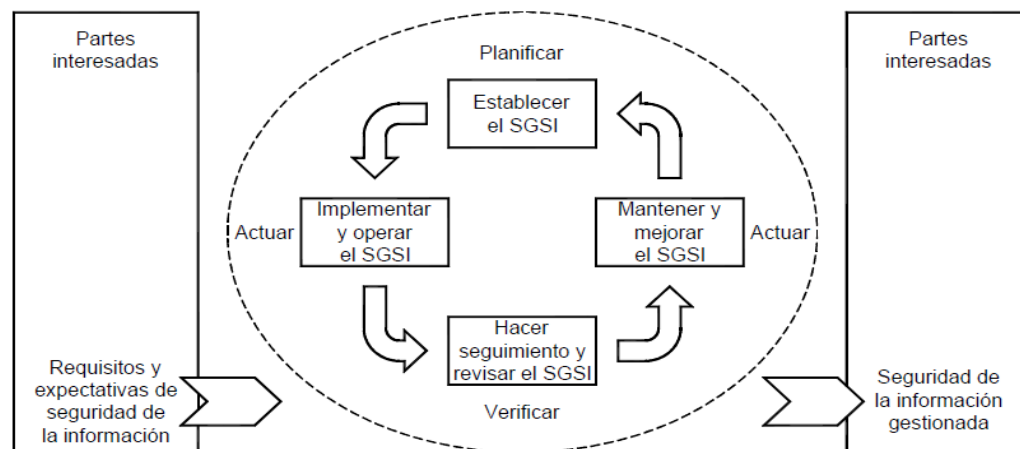


Figura 3. Modelo PHVA aplicado a los procesos del SGSI

Planificar (establecer el SGSI)	Establecer la política, los objetivos, procesos y procedimientos de seguridad pertinentes para gestionar el riesgo y mejorar la seguridad de la información, con el fin de entregar resultados acordes con las políticas y objetivos globales de una organización.
Hacer (implementar y operar el SGSI)	Implementar y operar la política, los controles, procesos y procedimientos del SGSI.
Verificar (hacer seguimiento y revisar el SGSI)	Evaluar, y, en donde sea aplicable, medir el desempeño del proceso contra la política y los objetivos de seguridad y la experiencia práctica, y reportar los resultados a la dirección, para su revisión.
Actuar (mantener y mejorar el SGSI)	Emprender acciones correctivas y preventivas con base en los resultados de la auditoría interna del SGSI y la revisión por la dirección, para lograr la mejora continua del SGSI.

Tabla 6. Requisitos a desarrollar en cada fase del modelo PHVA aplicado a los procesos del SGSI

6.2.1 Introducción a la seguridad de la información

La información es un activo muy importante para el desarrollo de las actividades de la organización y más aun en un entorno de los negocios cada vez más interconectados. El resultado de un entorno cada vez mas interconectado expone a las diversas formas de información; se puede imprimir, escribir en papel, almacenar electrónicamente, transmitir por correo o por medio electrónicos, presentar en películas, o expresarlas en la conversación, cualquiera que sea la forma de la información está expuesta a un gran número de amenazas y vulnerabilidades, lo importante es que la organización tenga una protección adecuada.

La seguridad de la información es la protección de información contra la gran variedad de amenazas y vulnerabilidades, con el fin de asegurar la continuidad del negocio, las medidas de seguridad de la información que la organización adopte deben apuntar a minimizar el riesgo para el negocio y maximizar el retorno de las inversiones y oportunidades del negocio.

La seguridad de la información se logra implementando un conjunto apropiado de controles que incluyen: políticas, procesos, procedimientos, estructuras organizacionales y funciones de software y hardware. Los controles de la seguridad de la información deben seguir un ciclo PHVA, se deben establecerlos el control, implementarlos, monitorearlos, revisarlos y mejorarlos cuando sea necesario, todo con el fin de asegurar que se cumplan los objetivos específicos de seguridad y del negocio de la organización. Ver figura 1.

Las organizaciones y sus sistemas y redes de información enfrentan amenazas y vulnerabilidades de una gran variedad de fuentes, como lo son: fraude asistidos por computador, espionaje, sabotaje, vandalismo, incendios o inundaciones, las causas con intención maliciosa como códigos maliciosos y ataques de piratería por computador.

Muchos sistemas de información no se han diseñado para ser seguros, la seguridad que se puede lograr por los medios técnicos es limitada y debería estar soportada por una buena gestión y por procedimientos adecuados. La gestión de la seguridad de la información requiere, como mínimo, la participación de todos los

empleados de la organización, también puede requerir la participación de los accionistas en algunos procesos, proveedores, terceras partes, clientes u otras partes externas. Es necesario que el compromiso con la seguridad de la información empiece con la gerencia de la Entidad de Salud y este tema sea visto como un punto estratégico para trabajar en pro de la seguridad del paciente.

6.2.3 Situación Actual de la ENTIDAD en el tema de confidencialidad y seguridad de Información

La Entidad de salud en el mes de enero entro a la nueva era de la interconexiones, implementado el ERP SAP a muchos de los módulos de la institución. Uno de los muchos cambios que SAP realizara en la Entidad de Salud y en el cual nos vamos a enfocar en el desarrollo de este trabajo es el cambio de las historias clínicas físicas por historias clínicas electrónicas.

El grupo de mejoramiento continuo, algunos representantes del estándar de gerencia del recurso humano y el equipo de autoevaluación del estándar de gerencia de la información de la Entidad de Salud se encuentra trabajando por atacar las oportunidades de mejora que tiene en el estándar de gerencia de la información, entre las oportunidades a mejorar que tienen relacionadas a garantizar la seguridad y confidencialidad de la información son:

- Revisar y divulgar los esquemas de seguridad y confidencialidad para determinar posibles fallas o cambios generados por la renovación tecnológica (aplicativos / herramientas)
- Revisar el adecuado diligenciamiento de los registros de la bitácora de backups para garantizar la seguridad y veracidad de los mismos
- Capacitar y concientizar al personal de Entidad de Salud (Administrativo y Asistencial) sobre el manejo de la información confidencial.
- Estandarizar los requisitos para el registro de notas en los registros asistenciales.
- Actualizar las planificaciones por riesgo según los ejes fundamentales de la acreditación
- Ajustar y divulgar las normas para el manejo confidencial de información en SAP.
- Definir el manejo de información impresa (normal para papel reutilizable)
- Implementar la impresión confidencial, inicialmente en áreas claves.

- Fortalecer las políticas de Impresión (Trabajo con grupo Asistencial y Administrativo).
- Evaluar el uso de aplicativos, Asegurar que en los Planes de Entrenamiento se incluya la capacitación básica del uso de los aplicativos, inclusive en los planes de entrenamiento específico de cargos se detallen los procedimientos a consultar de acuerdo al tema / proceso del entrenamiento.
- Implementar mecanismo de capacitación a todo el personal para la fácil interacción con los aplicativos.
- Alinear el Plan de Gerencia de la Información al Direccionamiento estratégico y darle proyección de acuerdo con los criterios de priorización de la organización, considerando en especial las necesidades del usuario y su familia.
- Determinar indicadores que permitan el monitoreo de las acciones de transmisión de los datos a través de los diversos medios de comunicación definidos
- Incluir en los folletos informativos al cliente interno / externo un párrafo haciendo referencia al proceso de medición de satisfacción del usuario (opiniones). Identificar otros medios de comunicación
- Fortalecer los canales de comunicación para mejorar el despliegue de la información y de educación a los colaboradores.

A cada una de estas oportunidades de mejora se les debe establecer un encargado, los encargados serán personas que hacen parte del equipo de evaluación y en algunos casos habrá varios responsables de diferentes equipos de evaluación, en el caso de ser oportunidades de mejora que integren o impacten otros estándares.

Las historias clínicas es un tema muy importante y requiere de un sistema de gestión de seguridad muy bien establecido, implementado y monitoreado. Las historias clínicas son uno de los activos más importantes para el funcionamiento de una clínica, algunas de las características más importantes de este activo son: siempre debe estar disponible, integro, es privado, confidencial y esta respaldado por el derecho al acceso limitado, debido a que únicamente la historia clínica de un paciente solo puede ser conocida por terceros por previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley, cuando la historia clínica sea un elemento de prueba de la responsabilidad medica profesional, tiene un gran valor jurídico en los casos de responsabilidad medica profesional, de allí la importancia de la disponibilidad. Es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de diligenciar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial. Es el Testimonio documental de

ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional, debido a que por medio de la historia clínica se realiza un informe médico-legal, donde se analiza de forma individual todos los actos médicos realizados en el paciente, personal que intervinieron durante el proceso asistencial, medicamentos suministrados, etc.

La historia clínica electrónica facilita muchos procesos médicos, facilita la investigación, la asistencia médica y la gestión administrativa. Pero a la vez la historia clínica electrónica es demasiado vulnerable a que se violen algunos de los derechos fundamentales del paciente, como lo son la el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la salud del paciente. La historia clínica electrónica enfrenta amenazas y vulnerabilidades de seguridad, por ejemplo espionaje y sabotaje del personal interno de la Institución, ataques de piratería que busquen borrar la base de datos de las historias clínicas o adulterarlas.

6.2.3 Establecimiento de un sistema de gestión de la seguridad de la Información a las historias clínicas electrónicas

“La historia clínica tiene un papel protagónico, fundamental y en ocasiones definitivo en los procesos de responsabilidad médica”

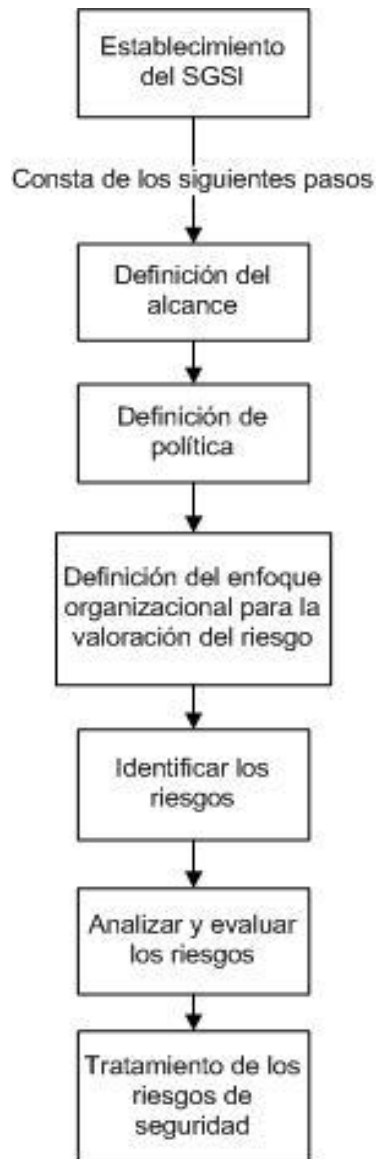


Figura 5. Pasos del establecimiento del SGSI⁹

⁹ Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información

a) Definición del alcance

El sistema de seguridad de gestión de seguridad de la información que vamos a realizar estará enfocado al manejo de historias clínicas por medio de SAP.

La historia clínica que se maneja en medio electrónico, es un documento confidencial e único por paciente, pertenece a la institución, solo podrá ser retirada de la institución por mandamiento judicial.

La historia clínica electrónica, puede ser usada en todo momento y computador que tenga acceso a SAP, por lo tanto es necesario establecer mecanismos de seguridad para que el documento no sea sensible de ser adulterado y disminuir el riesgo de violación de la confidencialidad del activo.

Datos:

- Número de equipos donde se puede acceder SAP
- Numero de logins genéricos y únicos para acceder a la historia clínica
- Numero de historias clínicas electrónicas almacenadas hasta hoy en SAP
- Número de personas que pueden acceder a la historia clínica
- Mecanismo de seguridad informáticos instalados para el control del acceso a la historia clínica
- Políticas de resguardo de la información
- Copia de seguridad (Backup): cada historia clínica debe de tener una copia de seguridad, con el fin de respaldar la información. La copia se hace a un archivo comprimido en el mismo disco duro, en otro o en medios removibles, en caso de necesidad el archivo puede restaurarse
- Las copias de seguridad requieren tener un acceso restringido, igual que con el acceso a la historia clínica, con el fin de no violar la confidencialidad de la información.
- Registro y resguardo de todas las historias clínicas, son activos muy importantes para la institución y en caso de pérdida, adulteración de la información o ingreso no autorizado solo para mirar la historia clínica, pueden causar demandas por violación a la confidencialidad y privacidad.

b) Definición de política

A través de las políticas de seguridad de la información, la Institución declara el compromiso que tiene para gestionar los riesgos que tienen las historias clínicas. Las políticas deben reflejar la misma dirección de los objetivos del negocio y las directivas deben ser los primeros en demostrar el apoyo y compromiso con la seguridad de la información a través de la emisión y el mantenimiento periódico de la política de seguridad de la información en toda la organización. Algunas políticas que hemos establecido que se podrían implementar en la Fundación Valle del Lili teniendo en cuenta el enfoque que ellos tienen en seguridad del paciente, se presentan a continuación:

- Política 1: La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, únicamente puede ser conocido por terceros con previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley
- Política 2: todas las historias clínicas deben ser guardadas en un área restringida de la plataforma de SAP, con acceso limitado al personal de salud autorizado, con el fin de conservar las historias clínicas en condiciones que garanticen la no alteración de la información.
- Política 3: promover la adopción de las normas nacionales relacionadas con el manejo electrónico de las historias clínicas y otros archivos que guarden información confidencial.
- Política 4: vigilar que se provean todos los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo electrónico de historias clínicas y otros archivos que también guarden información confidencial.
- Política 5: la información asistencia, relacionada con las historias clínicas solo deben ser impresas con previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Después el documento debe ser firmado por el director

o en su remplazo el subdirector del grupo asistencial, para que pueda ser usado.

- Política 6: la información administrativa solo debe ser impresas con previa autorización del jefe del departamento de donde se solicita la información o en los casos previstos por la ley. Después el documento debe ser firmado por el director o en su remplazo el subdirector del grupo administrativo, para que pueda ser usado.
- Política 7: la Fundación Valle del Lili ha establecido que los criterios con los que se priorizaran los riesgos serán: Riesgo (gravedad e impacto), costo (económico y reputación) y frecuencia.

c) Definición del enfoque organizacional para la valoración del riesgo

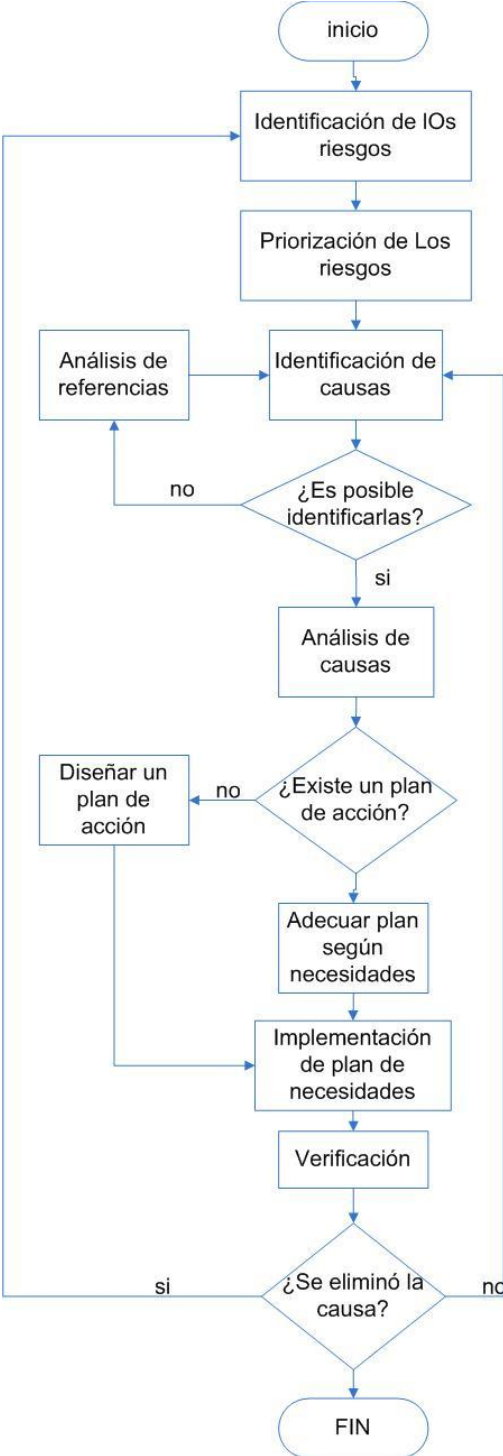


Figura 6. Modelo de mejoramiento para la evaluación y el control de riesgos

Para la valoración de riesgos, vamos a utilizar el modelo de mejoramiento para la evaluación y control de riesgos, el desarrollo de este modelo se llevara a cabo en 7 fases, las cuales son:

- Fase1: identificación de los riesgos
- Fase 2: Priorización de los riesgos
- Fase 3: Identificación de causas
- Fase 4: Análisis de causas
- Fase 5: Diagnostico
- Fase 6: Plan de acción
- Fase 7: Implementación del plan de necesidades
- Fase 8: Verificación

La explicación del desarrollo de cada fase se encuentra a continuación:

Fase I: Identificación de los riesgos:

Para la identificación de los riesgos se pueden basar en varias fuentes:

- Informe de auditorías internas que ellos realizan,
- Información recolectada por el resultado de los indicadores de gestión,
- Informe de visita de acreditación, la Fundación actualmente está en proceso de re acreditación nacional,
- Informe de autoevaluación de los grupos que conforman cada estándar,
- Los planes de acción propuestos por las áreas,
- Escuchar al paciente y su familia, las no conformidades con los servicios prestados, las quejas, reclamos, eventos adversos presentados relacionado con la violación a la seguridad y confidencialidad de la información del paciente son una fuente muy importante de identificación de riesgos,
- Requisitos legales, estatutarios, reglamentarios y contractuales que debe cumplir la organización, contratistas, proveedores de servicios en relación con las historias clínicas, 8. Conjunto particular de principios, objetivos y requisitos de la institución para el procesamiento de las historias clínicas.

Fase II: Priorización de los riesgos:

La priorización de los riesgos la realizan todos los integrantes del grupo del estándar de gerencia de la información. Actualmente la Fundación Valle del Lili está utilizando una matriz para la priorización de los riesgos. (Ver Figura 4)

Los criterios para la priorización que han establecido en la Fundación Valle del Lili son los siguientes: riesgo, costo y frecuencia, la calificación que cada riesgo obtenga, se basa es la Tabla 4.

Esta matriz es diligenciada en presencia del grupo que conforma el estándar de gerencia de la información.

La situación se califica dentro del los siguientes parámetros:

Riesgo \geq 6, la situación representa una No Conformidad que requiere ser reportada y analizada. Se genera un plan de acción cuando NR \geq 330

NR = (RIESGO X COSTO X FRECUENCIA)

Además de la tabla de priorización y la tabla de clasificación del riesgo, se debería considerar como factor de priorización el incumplimiento legal, la historia clínica representa una gran importancia en el mundo jurídico, porque es el único documento médico-legal donde se reflejan las condiciones de salud del paciente desde sus nacimiento hasta su muerte, demás registros que evidencian la relación del médico con el paciente, todos los actos y actividades medicas realizadas, es un documento integro y tiene que estar siempre disponible por que puede ser utilizada por otras instituciones de salud; y el cumplimiento de alguno de los principales deberes del personal médico, como por ejemplo el deber de informar, derecho de asistencia médica de calidad. La historia clínica es la prueba física que evalúa el nivel de la calidad asistencial en el momento de reclamaciones de responsabilidad a los médicos y/o a la institución. La historia clínica se encuentra respaldada por algunas normas jurídicas como la ley 23 de 1981, el Capitulo III: LA PRESCRIPCION MEDICA, LA HISTORIA CLINICA, EL SECRETO PROFESIONAL Y ALGUNAS CONDUCTAS, y la resolución 1995 de 1999, que le dan la importancia a la historia clínica como un instrumento básico para el buen ejercicio medico.

Fase III: Identificación de causas:

Se debe generar un análisis por macroproceso, para identificar por que pueden ser generadas esas causas. Las herramientas para identificación de las causas serian las siguientes:

- a) Se establece el panorama del riesgo y cada uno de los integrantes del grupo del estándar de gerencia de la información da ideas de posibles causas que ocasionaron ese riesgo.
- b) Al tener una lista de causas, se usaría la herramienta de espina de pescado, en donde su pueda organizar las casusa, de tal forma que muestre claramente cuáles de esas causas son las causas raíz y cuáles son las sub-causas.

Para esta fase, es necesario un compromiso de todos los integrantes de casa área, porque ellos serian los que informarían acerca de los riesgos en la seguridad de la información que estarían pasando.

Fase IV: Análisis de causas:

El análisis de las causas de riesgo, se realiza para calcular la posibilidad de que ocurran cosas negativas.

Para realizar el análisis, se debe:

- obtener una evaluación económica del impacto de estos sucesos para la organización. Este valor se podrá utilizar para contrastar el costo de la protección de la información en análisis, versus el costo de volverla a reproducir.
- Se debe tener en cuenta la probabilidad de que sucedan cada uno de los problemas posibles. De esta forma se puede calificar los problemas según el criterio de frecuencia y su costo (económico y reputación) potencial, con el fin de desarrollar un plan de acción adecuado.
- Los integrantes del estándar de gerencia de la información deben de conocer que se quiere proteger, donde y como, asegurando que con los costo que se incurran se obtengan beneficios. Para lograr esto se debe identificar los recursos (hardware, software, información, personal, etc.) con que se cuenta y las amenazas a las que está expuesto.

Fase V: Diagnostico:

En esta fase se debe establecer la situación actual de la Entidad de salud en el manejo de Historias Clínicas. Actualmente la entidad de salud se encuentra implementando un sistema integra de información ERP con SAP, en las Historias Clínicas esto ha impactado a la Entidad porque se debe cambiar la operación del personal asistencial a una cultura de integración de la información, cambiar lo físico por lo digital, adoptar una cultura de seguridad y confidencialidad de la información, entre otros cambios. La entidad no estaba preparada para digitalizar la Historia Clínica, pues según un consolidado de planes de mejoramiento que realizo la Entidad de Salud y se nos fue mostrado en marzo del 2011, la Entidad de Salud aun tiene muchas oportunidades de mejora por la falta de cumplimiento en el estándar que exige la existencia de un plan de un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información. Este estándar es una de las prioridades del equipo de evaluaciones del estándar de gerencia de la información en este momento pues se encuentran generando planes de acción para atacar las oportunidades de mejora, debido a que en mayo del 2011 vuelve el ente acreditador para una visita para la re acreditación en salud. Las historias clínicas electrónicas son mucho más peligrosas que las físicas, pues esta

Algunas preguntas que ayudar para el análisis del diagnostico de las causas que originan el problema serian:

- ⇒ ¿Qué puede ir mal?
- ⇒ ¿Con que frecuencia puede ocurrir?
- ⇒ ¿Cuáles serian sus consecuencias?
- ⇒ ¿Se está preparado para abrir las puertas de la Fundación Valle de Lili sin sistemas, por un día, por una semana, cuánto tiempo?
- ⇒ ¿Cuál es el costo de una hora sin procesa, un día, una semana...etc.?
- ⇒ ¿Se tiene forma de detectar un empleado deshonesto en el sistema?
- ⇒ ¿Cómo se actuara si la seguridad es violada?
- ⇒ ¿A quién se le permite usar que recurso?
- ⇒ ¿La seguridad actual cubre los tipos de ataques existentes y está preparada para adecuarse a los avances tecnológicos esperados?
- ⇒ ¿Qué pasa si se cae SAP?
- ⇒ ¿Se tiene control sobre la operación los distintos sistemas?
- ⇒ ¿A que se le llama información confidencial?

El análisis de acusas se agrupan en una tabla según la priorización de las mismas y se toman las medidas pertinentes de seguridad para cada caso en particular. La tabla 5, muestra un ejemplo de la tabla que la Entidad de Salud diligencia para el análisis de riesgo y priorización, la información que se encuentra contenida en la tabla se desarrollo para el proceso de atención del paciente en hospitalización, la actividad que se evaluó fue acceso-registro e ingreso. Los criterios de priorización que maneja la Entidad de Salud son: Riesgo, Costo y Frecuencia, NR es la multiplicación de los valores de calificación de cada criterio.

ACTIVIDAD	RIESGO / NO CONFORME	CAUSA	ACCION	RESPONSABLE	PRIORIZACION				CARACTERISTIC A QUE SE VE AFECTADA POR EL RIESGO
					RIESGO	COSTO	FRECUENCIA	NR	
ACCESO-REGISTRO E INGRESO	Fallas en el cumplimiento de los Dy D	Desconocimiento del personal Fallas identificación de barreras: culturales-idioma-limitaciones fisiologicas	Establecer método de divulgación a pacientes con limitaciones cognitivas, auditivas y visuales. Evaluar a comprensión de los Deberes y Derechos del paciente y resolver dudas si así se requiere.	GESTION HUMANA JEFES DE SERVICIO	6	6	4	144	Educación

Tabla 5. Análisis de riesgo y priorización de acciones por etapa del proceso

Fase VI: Plan de acción:

En esta fase se debe formular la siguiente pregunta: ¿Existe un plan de acción que ataque la causa del riesgo?, si la respuesta es negativa, se debe diseñar un plan de acción, que ataque las causas que generaron o generaran el riesgo.

Si la respuesta es afirmativa, se debe complementar el plan de acción existente según las nuevas necesidades que se presenten y establecer indicadores que permitan evaluar y realizar el seguimiento al proceso con el fin de tener bajo control el riesgo, si bien el riesgo siempre va a existir, pero lo que se busca con el plan de acción el minimizar la posibilidad de ocurrencia.

Debe quedar documentar todas las actividades que se han realizado que han llevado a avances o retrocesos, con el fin de retroalimentar el plan de acción que se está ejecutando.

Fase VII: Implementación del plan de necesidades:

La implementación de medidas de seguridad de la información, es un proceso que abarca toda la organización, y debe estar fuertemente apoyado por la alta gerencia, ya que sin ese apoyo, las medidas que se tomen no tendrán la fuerza necesaria.

Para la implementación no se puede dejar de lado la notificación a todos los involucrados en las nuevas acciones que deben realizar y darles a entender la importancia que tiene su labor para el control del riesgo. También hay que darle a conocer al resto de la organización los planes que se van a realizar, como va el proceso y el resultado del plan, con el fin de darles visibilidad a los actos que está realizando la administración.

Debe haber un trabajo de apoyo continuo entre gestión humana, comunicación y el grupo de gerencia de la información, con el fin de establecer:

- La responsabilidad de cada uno de los servicios, recursos y responsables en todos los niveles de la organización.
- La responsabilidad de los usuarios con respecto a la información que generan y a la que tiene acceso.
- Definición de violaciones y consecuencias del no cumplimiento de las políticas de seguridad de la información.

Fase VIII: Verificación:

En esta fase se evalúa toda la información recolectada en la fase VI. Luego se formula la pregunta: ¿se eliminó la(s) causa(s)?, si la respuesta es negativa se debe devolver a la fase III, ya que probablemente esa no era la causa raíz.

En caso de ser afirmativa la respuesta, se debe continuar con el ciclo de mejoramiento continuo (fase I) para ver que nuevos riesgos han surgido.

Por lo tanto el documento debe ser dinámico, debe haber un proceso de actualización periódica.

d) Identificar los riesgos

Los activos de la Fundación Valle del Lili dentro del alcance del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información son:

- ⇒ Datos e información: son los que se manipulan dentro de la organización suelen ser el núcleo del sistema mientras el resto de activos suelen darle el soporte de almacenamiento, manipulación, etc.

- ⇒ Hardware: podemos encontrar equipos informáticos y soportes de información o soportes físicos, los cuales permiten el almacenamiento de la información durante un largo periodo de tiempo. Dentro de estos activos también se encuentran el equipamiento auxiliar, son los que dan soporte a los sistemas de información como por ejemplo: los equipos de destrucción de destrucción de los documentos.

- ⇒ Software: los programas que ayudan a dar soporte para un eficiente manejo de los datos e información. Por ejemplo: Daruma, SAP, GIGACS, Renata, entre otros.
- ⇒ Servicios administrativos y asistenciales: los procesos de negocio de la organización que ofrece al exterior o que ofrece internamente como por ejemplo la gestión de la historia clínica.
- ⇒ Instalaciones: lugar donde se alojan los sistemas de información como lo son las oficinas, laboratorios, edificios y vehículos.
- ⇒ Recursos humanos: personal interno y subcontratados, clientes, proveedores
- ⇒ Redes de comunicaciones: las cuales dan soporte a la organización para el movimiento de la información, pueden ser propias o subcontratadas a terceros.

Cada uno de estos activos debería tener la descripción, su localización y Quien lo maneja (propietario), este debe ser quien defina el grado de seguridad que

requiere su activo teniendo en cuenta que este puede ser o no el usuario del mismo. Los activos se deben valorar en función de la relevancia que tenga para el negocio y su impacto si se llegase a dañar o perder algún activo. Se puede realizar una valoración cuantitativa y cualitativa. En la cuantitativa se estima el valor económico del activo y en la cualitativa se establece una escala donde se dé un tipo de valoración, alto, medio, o bajo. Es importante que deba haber un criterio homogéneo de valoración que permita comparar entre activos. Estos criterios se basan en las principales características de la información (integridad, confidencialidad y disponibilidad). Ejemplo: Si consideramos la base de datos la historia clínica de los pacientes como un activo de la organización, su valoración tiene que hacerse de acuerdo a los tres parámetros principales; integridad, confidencialidad y disponibilidad, para eso se debe responder a preguntas como: ¿Qué impacto tendría para la fundación que alguien tuviese acceso a la base de datos la historia clínica de los pacientes y modificase alguno de ellos?

Una vez identificados los recursos que se deben proteger, es necesario identificar las amenazas y vulnerabilidades que pueden causar los riesgos. Existe una relación directa entre amenaza y vulnerabilidad a tal punto que si la una no existe, la otra tampoco. Se realiza una valoración del impacto que la amenaza puede causarle en el caso de que se materialice

Se suelen dividir las amenazas según su ámbito de acción:

- Amenazas de origen natural (seguridad física): inundaciones, terremotos, tornados, incendios, tormentas eléctricas, sismos, entre otros.
- Amenazas del sistema (seguridad lógica): software malicioso (virus), bugs, fallas por obsolescencia o mal funcionamiento del equipamiento.
- Amenazas en la red (comunicaciones): caída del sistema o fallas en la red. causadas por interrupciones prolongadas de servicios eléctricos o de comunicaciones.
- Amenazas de origen humano: eventos que son permitidos o causados por seres humanos, estas amenazas pueden ser causadas por actos involuntarios como: errores de la persona que está operando, errores de programación, ausencia de personal capacitado para el manejo de información confidencial; o acciones causadas por actos voluntarios como: robos, fraudes, acceso no autorizado a la información, la suplantación de identidad, entre otros.

En la siguiente tabla se resumen los impactos que la pérdida de confidencialidad, integridad y disponibilidad puede tener sobre los activos dentro del alcance del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información.

IMPACTO EN LOS PARAMETROS PRINCIPALES DE LA INFORMACIÓN			
Activos	Confidencialidad	Integridad	Disponibilidad
Datos e información	Si no hay un manejo adecuado, ni exactitud, ni disponibilidad de los datos e información, es posible que haya una pérdida de confianza, de clientes, de seguridad de la fundación misma; lo que podría adicionalmente , tratándose de historias clínicas, problemas legales, pérdida de imagen, es posible además generar fallas en la toma de decisiones debido a información errónea; o si hablamos de facturación se puede observar un impacto generando un incremento en costos de la prestación del servicio: entre otros.		
Hardware	Si no hay un manejo adecuado, ni exactitud, ni disponibilidad del uso de los equipos (computadores, impresoras, fax, etc.) genera un incremento en el costo, y paralelamente disminuye la eficiencia en el desarrollo de actividades debido a la falta de este recurso, y en el peor de los casos la impresión de documentos confidenciales sin autorización, generando también problemas legales para la fundación, viéndose como por ejemplo la impresión de historias clínicas si previa autorización.		
Software	Si no se puede acceder, ni hay información completa y tampoco están los datos necesarios cuando se accede a un SW, el impacto causaría un rompimiento del flujo continuo de la información, disminución de la eficiencia, aumento de costos por cantidad de tiempo en que el sistema o la red fallan.		
Servicios	Si los procesos que se tienen definidos no son los más eficientes para la seguridad de la información, puede haber pérdidas en el flujo de la información, cayendo información confidencial en manos maliciosas (hackers), si no hay restricciones de seguridad efectiva, fácilmente se podría adulterar la información por manos maliciosas o personas que por ignorancia adulteran información.		

Instalaciones	Si no se encuentran disponibles las instalaciones o no son las indicadas o están en malas condiciones, generaría un impacto negativo sobre la imagen que el cliente interno y externo tiene de la institución, percibiendo aspectos de mala calidad e inseguridad para la prestación de los servicios.
Recursos humanos	Si no está el personal adecuado o si lo hay pero no está bien capacitado, pueden surgir problemas en el flujo continuo de la atención al usuario y puede dar información errónea. Si el servicio no se realiza bien, habría un aumento en las quejas de los usuarios e incremento de las oportunidades de mejora si se realiza una auditoria.
Redes de comunicación	Una falla en la red de comunicación, ocurriría un efecto dómimo afectando la disponibilidad del software, la prestación del servicio, disponibilidad de información, entre otras.

Identificación de vulnerabilidades:

- Falta de capacitar y concientizar al personal de la Entidad de Salud (Administrativo y Asistencial) sobre el manejo de información confidencial
- Falta divulgación de los esquemas de seguridad y de confidencialidad
- Falta de manuales de procedimientos para el adecuado manejo de Backups para garantizar la seguridad y veracidad de los mismos
- Falta de capacitación para el adecuado manejo de Backups para garantizar la seguridad y veracidad de los mismos
- Falta de políticas de acceso a los sistemas informáticos
- Falta de divulgación o utilización de contraseñas de contraseñas inseguras
- El acceso es libre para el personal autorizado llámese asistencial o todo aquel que necesite el acceso ya sea por facturación u otros aspectos relacionados
- La eliminación insegura de la información
- Falta ajustar y divulgar las normas para el manejo de información confidencial en SAP
- Definir el manejo de información impresa (normal para papel reutilizables)
- Implementar la impresión confidencial
- Falta fortalecer políticas de impresión
- Chismes de cocina o corredor, por ejemplo que una enfermera le este contando a otra enfermera no autorizada para saber la patología de un paciente.

e) Analizar y evaluar los riesgos

La disponibilidad, integridad y confidencialidad, son unas de las características más importantes de las historias clínicas y la violación de alguna de estas conllevaría a las instituciones prestadoras de salud a serios problemas legales.

La historia clínica es un secreto profesional entre médico y paciente, de esta relación se derivan deberes y deberes, y la violación de estos conllevaría a serios problemas legales a la institución, desencadenando una imagen negativa para la institución.

Desde el punto de vista asistencial: Dentro del contexto médico legal, la historia clínica es de gran importancia en el mundo jurídico, porque es el único documento médico-legal donde se reflejan las condiciones de salud del paciente desde su nacimiento hasta su muerte, demás registros que evidencian la relación del médico con el paciente, todos los actos y actividades médicas realizadas, documento íntegro y tiene que estar siempre disponible por que puede ser utilizada por otras instituciones de salud; y el cumplimiento de alguno de los principales deberes del personal médico, como por ejemplo el deber de informar, derecho de asistencia médica de calidad. La historia clínica es la prueba física que evalúa el nivel de la calidad asistencial en el momento de reclamaciones de responsabilidad a los médicos y/o a la institución. La historia clínica se encuentra respaldada por algunas normas jurídicas como la ley 23 de 1981, que le dan la importancia a la historia clínica como un instrumento básico para el buen ejercicio médico.

Desde el punto de vista administrativo: la historia clínica es el elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos y del personal médico de la institución. Es uno de los documentos que respalda el pago de costas y los sobrecostos por la mala calidad, ejemplo mal diligenciamiento de la historia clínica. Al activo de la institución de datos e información hay que invertirles mucho dinero para el control de los riesgos en la seguridad de la información, unos de los más frecuentes es revisar sin autorización las historias clínicas y modificar la historia clínica.

Desde el punto de vista médico-legal: La historia clínica es un documento confidencial, privado, respaldado por el derecho al acceso limitado, debido a que únicamente puede ser conocido por terceros por previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley, pues es un elemento de prueba de la responsabilidad médica profesional, tiene un gran valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, de allí la importancia de la disponibilidad. Es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de diligenciar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial. Es el Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional, debido a que por medio de la historia clínica se realiza un informe médico-legal, donde se analiza de forma individual todos los actos médicos realizados en el paciente, personal que intervinieron durante el proceso asistencial, medicamentos suministrados, etc.

Características de la historia clínica:

- ⇒ Confidencialidad: todo lo que se registra en la historia clínica es un secreto médico y pertenece a la privacidad del paciente, guardar ese secreto es uno de los principales deberes del ejercicio médico. El quebrantamiento de la confidencialidad y la intimidad del paciente es el problema médico legal que mas importante y el que más casos presenta. violar esta importante característica hoy en día es mucho más fácil por la era de la informática, la historia clínica electrónica tiene muchas más posibilidad de ser modificada por personal no autorizado, basta sino que un personaje no autorizado (dentro de la Entidad de Salud o un hacker), ingrese a la base de datos de historias clínicas con un login autorizado y puede borrar, revisar o modificar la(s) historia(s) clínica(s).

- ⇒ Seguridad: en la historia clínica debe constar la identificación del paciente y la identificación del personal que intervinieron en el proceso asistencial.

- ⇒ Disponibilidad: debe ser un documento muy controlado para no violar la privacidad de este, pero a su vez la historia clínica debe estar disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados

- ⇒ Única: la historia clínica debe ser única para cada paciente

- ⇒ Legible y completa: los registros en la historia clínica deben de aparecer en forma organizada y legible, para no dificultar la labor asistencial y no perjudicar a los pacientes por los errores que pueden derivarse por una inadecuada interpretación de los datos registrados en la historia clínica. La historia clínica debe ser lo más explícita posible para no generar malas interpretaciones, debe contener los datos suficiente y sintéticos sobre la patología del paciente, los protocolos asistenciales y administrativos realizados.

La historia clínica electrónica facilita muchos procesos médicos, facilita la investigación, la asistencia médica y la gestión administrativa. Pero a la vez la historia clínica electrónica es demasiado vulnerable a que se violen algunos de los derechos fundamentales del paciente, como lo son la el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la salud del paciente. Otro inconveniente sería la pérdida total o parcial de los datos, un ejemplo puede ser un incendio que dañe los activos físicos y virtuales donde se encuentra guarda la información de las historias clínicas. Otro ejemplo sería que le entrara un virus muy fuerte que dañara el software donde se encuentra la historia clínica.

f) Tratamiento de los riesgos de seguridad

Al iniciarse un tratamiento de un riesgo, es porque previamente se ha determinado y aceptado que es un riesgo, recordemos que en la Fundación Valle del Lili se priorizan los riesgos por medio de una matriz que evalúa el riesgo según tres criterios: Riesgo (Gravedad e impacto), Costo (Económico y reputación) y Frecuencia.

Para cada uno de los riesgos identificados que pueden ocurrirle a las historias clínicas, se procede a tomar una decisión sobre el tratamiento que va a tener cada uno de estos riesgos, las opciones para el tratamiento de los riesgos incluyen:

- En primer lugar se debe aceptar objetivamente que la historia clínica electrónica tiene riesgos y se deben priorizar esos riesgos, según los criterios de aceptación del riesgo establecidos en la Institución.

- Aplicación de controles apropiados que garanticen la reducción de los riesgos hasta un nivel aceptable. Ejemplos de los posibles controles que se pueden utilizar para la protección de la confidencialidad las historias clínicas se ven en el anexo del archivo de Excel.
- Por medio de las políticas de seguridad de la información, se puede establecer acciones que no permitan que se presenten ciertos riesgos. Ejemplo, política de acceso restringido del uso de dispositivos extraíbles, Usb´s, en ningún computador de la institución.

- Transferir algunos de los riesgos asociados a terceros, ejemplo aseguradoras o proveedores. En cuando a proveedores SAP tiene la obligación de capacitar al personal sobre los aplicativos que tiene, si a SAP se le pasa explicar un aplicativo y este aplicativo era vital para la confidencialidad de las historias clínicas, SAP debe responder por parte en los daños que pueda ocurrir la Institución por haber violado la confidencialidad de las historias clínicas.

7. CONCLUSIONES

El modelo de mejoramiento para el cierre de brechas que se diseñó, consta de diez (10) fases que están en constante seguimiento, con el fin de realizar acciones correctivas, de continuidad o de mejora, durante y después, para garantizar el correcto flujo del ciclo PHVA. Cada fase del modelo integra uno de los pasos que se requieren para el seguimiento de la ruta crítica empleada por el PAMEC. De esta ruta de crítica, el paso más importante comienza con la autoevaluación, donde se identifican los problemas de calidad, los aspectos que se deben vigilar y los problemas de calidad, los cuales se pueden consultar a partir de diversas fuentes que permitan obtener información que ayude a delimitar las brechas de calidad; para el diseño del modelo también consideramos como la fase más importante, la fase 1, en la cual se establecen las fuentes para la identificación de las oportunidades de mejora, en las cuales consideramos algunas ya establecidas en la entidad como; Informe de auditorías internas que ellos realizan, Información recolectada por el resultado de los indicadores de gestión, Informe de visita de acreditación, la entidad actualmente está en proceso de una re acreditación nacional en salud, Informe de autoevaluación de los grupos que conforman cada estándar, Los planes de acción propuestos por las áreas, Escuchar al paciente y su familia, las no conformidades con los servicios prestados, las quejas, reclamos, eventos adversos presentados. y otras que aportamos nosotras como tener en cuenta como fuente, los requisitos legales, estatutarios, reglamentarios y contractuales que debe cumplir la organización, contratistas, proveedores de servicios y tener en cuenta el conjunto particular de principios, objetivos y requisitos de la entidad. Esta información nos ayuda a definir los procesos prioritarios y así comenzar con un buen fundamento el proceso.

El modelo cuenta con las siguientes características; accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, estas características caracterizan el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud. El modelo genérico por lo tanto aplicable a todos los estándares de calidad identificados para la entidad de salud nos permite identificar brechas entre lo observado y lo esperado; para poder enfrentar los problemas y apuntar hacia el mejoramiento continuo. Con la utilización de un modelo accesible, oportuno seguro y pertinente los usuarios pueden utilizar y obtener un mejor servicio, porque se ha tenido en cuenta para la ejecución del modelo muchas fuentes de información para la identificación de oportunidades de mejora, una de esas fuentes es escuchar al paciente y su familia a través de sugerencias, encuestas, quejas y eventos adversos que se pudieron ocasionar con ellos. Además el modelo asegura continuidad, la entidad no va a

esperar a que el usuarios emita una queja o se ocasione una oportunidad de mejora en alguna de las fuentes para la obtención de oportunidades de mejora, establecidas en la fase 1 del modelo de mejoramiento para el cierre de brechas, para mejorar con el evento adverso ocasionado, sino que continuamente se va ejecutando el modelo identificando para prever nuevas oportunidades de mejora.

Adicionalmente el modelo de mejoramiento para cierre de brechas para que cumpla su propósito de mejorar la calidad en la atención en salud, la entidad debe tener en cuenta que la calidad en la atención en salud se logra con la orientación e integración de esfuerzos entre los integrantes del equipo de evaluación y entre equipos de evaluación, que lleven a la promoción de actividades que ayuden a cumplir los estándares mínimos y los obligatorios para la prestación de servicios de salud. El compromiso por lograr una acreditación en salud nacional e internacional, no se lograr si no hay un compromiso de todos, si todos no van encaminados por lograr el mismo propósito, además el trabajo de realizar este modelo de mejoramiento en la calidad no es un trabajo solo por lograr una acreditación, para que sea exitoso este modelo o cualquier otro modelo, es necesario que todos desde la gerencia hasta el nivel más bajo del organigrama entiendan que el trabajo por mejorar la calidad es un trabajo continuo .

La implementación del modelo de mejoramiento para el cierre de brechas será enfocada a la seguridad de Historias Clínicas. Lo que se realizo en el establecimiento de la norma técnica colombiana NTC-ISO/IEC 27001 y 27002, se va a enlazar a la fase 2 del modelo genérico para el mejoramiento, en esta fase se establece la priorización de las oportunidades de mejora.

Como se ha mencionado a través del establecimiento de la norma técnica colombiana NTC-ISO/IEC 27001 y 27002, la seguridad de la información en las historias clínicas no es opcional, debería ser una decisión estratégica para la entidad, es muy aplicable en estos momentos en que están migrando de la una historia clínica física a una historia clínica electrónica, los directos responsables de la implementación de esta norma son el grupo del estándar de gerencia de la información, debido a que las historias clínicas son un documento legal que puede ser causalidad de demandas la violación de la integridad, confidencialidad, privacidad, disponibilidad y única para cada paciente de la historia clínica.

La norma ha sido elaborada como un modelo PHVA, donde hay un establecimiento, implementación, seguimientos, revisión, mantenimiento y mejora de un sistema de gestión de la seguridad de la información (SGSI), para el desarrollo de este objetivo solo nos hemos enfocado en la parte del establecer el sistema de gestión de seguridad de la información para las historias clínicas electrónicas, porque la implementación es una decisión de la Institución. Lo que deseamos recordarles es que la elaboración de este modelo no es un trabajo de pocos, es un compromiso de cooperación entre los integrantes de los grupos de gerencia de la información y gestión humana, las directrices de la institución deben apoyar y facilitar la elaboración de esta norma y debe haber colaboración entre los grupos de los diferentes estándar asistenciales y administrativos porque las historias clínicas o en general el activo información, es un activo muy sensible a amenazas y vulnerabilidades, así que se necesita de la cooperación de toda la organización,

Tener presente en el desarrollo de los objetivos estratégicos de la institución, que el estándar de gerencia de la información es la columna vertebral que apoya el funcionamiento de todos los estándares (asistenciales y de soporte), por lo tanto hay que hacer un esfuerzo despliegue y entendimiento a todos los niveles de la institución, para que los trabajadores tenga presente en sus actividades diarias una cultura de seguridad de la información, que no sea una cuestión solo del tema de acreditación, sino que de verdad comprendan el rumbo que está tomando la institución y que su labor es muy importante para que se pueda dar una cultura de seguridad de la información

8. RECOMENDACIONES A LA FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

PLANEACIÓN Y PREPARACIÓN PARA LA EVALUACION DE ACREDITACIÓN

Recomendamos a la entidad establecer una metodología para la planeación y preparación para la evaluación de acreditación, con el fin de reforzar la metodología que la entidad sigue actualmente para la planeación y preparación para la evaluación de acreditación. Al tener unos planes de comunicación, educación y apoyo continuo en todos los niveles de la organización, reforzaran a que el modelo de mejoramiento para cierre de brechas, cumpla su función la función de un ciclo PHVA, en el cual se retroalimente y sea un trabajo de todos los integrantes de la organización, debido a que si el modelo lo retroalimentan solo poco personas porque no hay un correcto flujo de información dentro de la organización, la retroalimentación tendrá información sesgada y no se atacaran las causas raíz. A continuación se muestra una opción para el apoyo de la metodología que la entidad realiza para la planeación y preparación para la evaluación de acreditación.

La acreditación es más que la obtención de un título que mejore la imagen externa de la institución. Las instituciones que en realidad entienden que es la acreditación, la ven como una estrategia que la han incorporado al plan estratégico de la institución y metodología para que armonice sus procesos y oriente la utilización de sus recursos de acuerdo con lo aprendido de los mejores y más exitosos modelos de mejoramiento en salud.

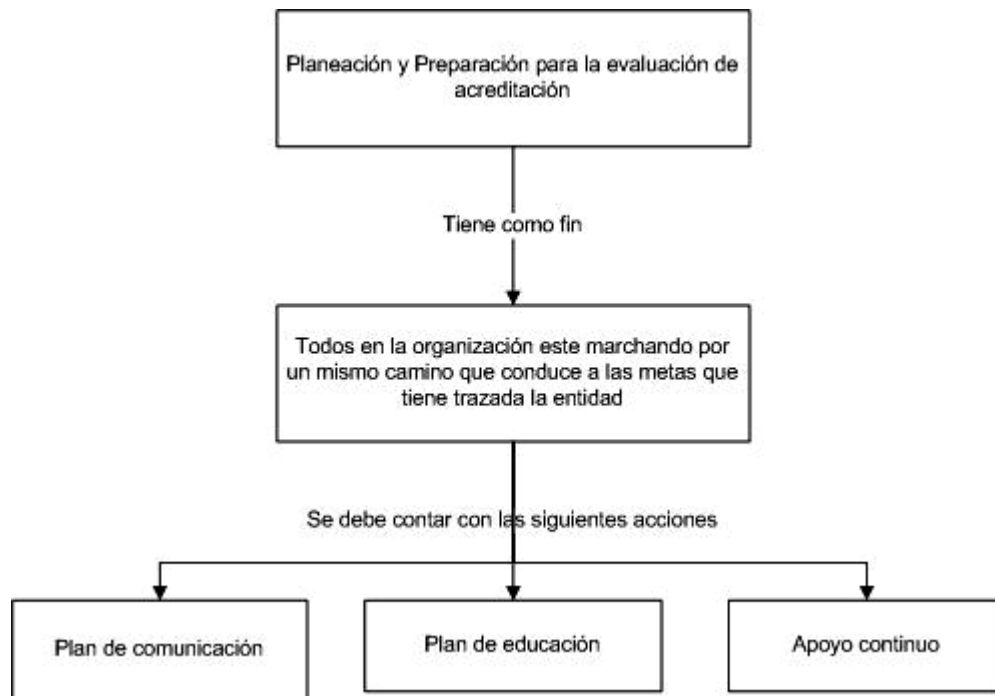


Figura 7. Planeación y preparación para la evaluación de acreditación.

Toda la organización necesita asegurarse que todos en la organización están marchando por un mismo camino que conduce a las metas que tiene trazadas la organización. Para asegurar lo anterior es necesario que la organización cuente con las siguientes acciones:

- Plan de comunicación
- Plan de educación
- Apoyo continuo

Plan de Comunicación

Es muy importante tener un plan de comunicación en marcha para que todos los interesados e involucrados en el proceso de evaluación estén informados de todo lo que ocurre en su equipo, conozcan el papel que desempeñan en el proceso y la importancia de la acreditación para la organización.

El plan de comunicación debe ser una herramienta estratégica para la comunicación para tres equipos principales y la organización:

- Personal y médicos
- Pacientes y familia
- La entidad de acreditación y los evaluadores

El plan de comunicación debe utilizar todas las herramientas necesarias para transmitir la información de una forma efectiva a toda la organización, clientes y proveedores. Las herramientas que se pueden utilizar son: reuniones periódicas con una parte del personal, carteleras internas, publicaciones, correos electrónicos, videos, entre otras.

Plan de Educación

Es necesario establecer un plan de educación, para que todos los empleados conozcan y vean la importancia de su labor en el equipo, para proceso de acreditación para el mejoramiento de la calidad centrado en el cliente. Sería muy beneficioso facilitar la educación para todos o algunos de los siguientes: personal administrativo, personal médico asistencial, equipos de autoevaluación, junta directiva, gerencia, comunidad/clientes.

La idea central en establecer un plan de educación, es asegurar que todos los integrantes del equipo estén con los conceptos claros para desempeñar de la mejor forma su labor en su labor por lograr la acreditación. La formación básica debe incluir conceptos claros sobre el sistema obligatorio de garantía de calidad, normas básicas y requerimientos que deben cumplirse en primer instancia, competencias de la entidad acreditadora (en nuestro caso colombiano, ICONTEC) y todos los aspectos de la acreditación que hacen de esta una herramienta estratégica en el sector salud. Las instituciones que ya han avanzado en los procesos de mejoramiento, deben establecer parámetros de comparación, para el cierre e brechas, esto con el fin de que eviten dobles esfuerzos.

Apoyo Continuo

La gerencia, el grupo de planeación y liderazgo deben dar apoyo continuo a los equipos y a todas las demás personas involucradas en el proceso de acreditación. Además la organización tendrá el apoyo de la entidad acreditadora, para la solución de cualquier duda acerca de los procesos y fechas que ellos tienen programados para realizar la evaluación externa, pero ICONTEC tiene prohibido desarrollar cualquier actividad que puede ser interpretada como asesoría a la institución. Lo anterior porque la entidad debe ser imparcial con todas las organizaciones, para garantizar la transparencia del proceso.

El grupo de planeación tiene un papel vital en el apoyo continuo a los equipos, porque ellos deben asegurar que cada uno de los integrantes se sientan cómodos con la labor que realiza, sientan que su trabajo es importante para lograr la meta y se sientan seguros de que existe apoyo cuando lo necesita. El grupo de planeación debe considerar los siguientes puntos:

- Necesidades educativas del equipo de autoevaluación. Evaluando las necesidades de cada grupo.
- Monitoreo de funcionamiento de los equipos; se debe ofrecer apoyo a aquellos que están desactualizados.
- Aprendizaje de los demás equipos que hay en la organización, de sus fortalezas, debilidades, y de lo que funciona bien como un proceso.
- Contacto con otras organizaciones similares para aprender de sus experiencias y encontrar los aspectos valiosos durante y después de su proceso de acreditación.
- Tiempo de dedicación al proceso

EQUIPOS DE AUTOEVALUACION

El modelo que diseñamos no cumplirá su propósito de cerrar brechas, sino se inicia por cerrar las brechas de conocimiento, actitudes y aptitudes existentes entre los integrantes del equipo de evaluación de los estándares, la metodología para la conformación de un equipo de evaluación en la entidad no la encontramos bien establecida, por lo tanto les recomendamos tener en cuenta el siguiente flujo de actividades para la conformación del equipo. A continuación se muestra una opción de metodología a utilizar.

Un aspecto clave para el mejoramiento en cualquier organización, es conformar equipos de autoevaluación y el trabajo en equipo. Los responsables de áreas son los que conocen en detalle el proceso de su área, así que quien mejor que ellos para evaluar si su equipo está cumpliendo con los estándares.

A continuación se muestra un flujo de actividades que se deben realizar para la conformación de un equipo de autoevaluación

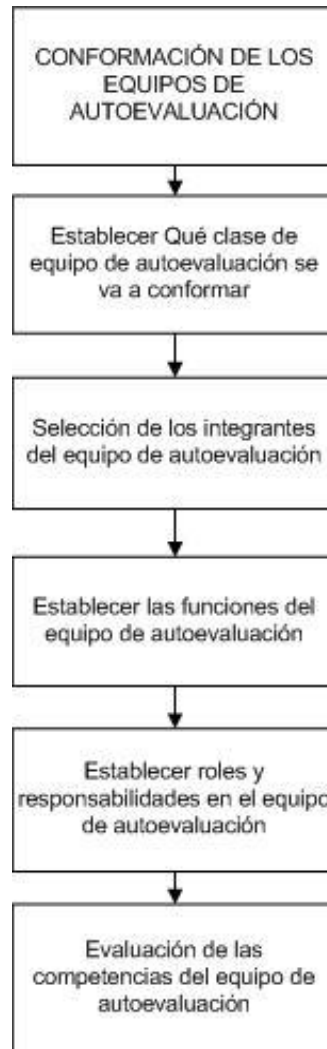


Figura 8. Flujo de actividades para la conformación de un equipo de autoevaluación.

CLASES DE EQUIPO DE AUTOEVALUACION

Puede haber muchos equipos de trabajo dentro de una organización, pero para el propósito de la acreditación, es recomendable que los siguientes equipos preparen la autoevaluación: equipos de servicio/atención al paciente, equipos de apoyo y equipos de liderazgo. Cualquiera de estos equipos puede tener si es necesario sub-equipos de mejoramiento de la calidad para procesos críticos particulares u oportunidades específicas de mejoramiento

Equipos de servicio/atención al cliente:

Los equipos de servicio/atención al cliente, cada uno sirve a un grupo específico de clientes y completa la autoevaluación con los estándares de atención o servicio elaborados para esta clase de equipos

Equipos de apoyo

Los equipos de apoyo se enfocan en el manejar de los recursos humanos, de información, tecnología y de ambiente físico, y se reúnen para examinar los estándares de apoyo o soporte que deben cumplir.

Equipos de liderazgo

Los equipos de liderazgo son los encargados de evaluar el direccionamiento y gerencia e implementar acciones estratégicas. Usualmente a estos equipos se incluyen miembros de la junta y personal de la alta y media gerencia.

SELECCIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALACION

Para la selección de quienes participaran en los equipos, se debe tomar en consideración: las actividades de alto riesgo, alto volumen y la mezcla de servicios suministrados y el grado de compromiso de los individuos.

FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO

Para que los equipos funcionen eficientemente, deben seguir las siguientes reglas básicas:

- Se deben organizar aspectos logísticos como lugar de reuniones, frecuencia, agendas y tiempos en los que estas se deben llevar a cabo.
- También se debe tener en cuenta el manejo del tiempo para la conducción de las reuniones y el cumplimiento de los objetivos de equipo.
- Debe haber discusiones sobre los objetivos de la organización para la autoevaluación y el papel de los equipos en el cumplimiento de estos.
- Los equipos deben acordar un proceso para tomar decisiones del grupo.
- Se deben encontrar métodos para mantener el ánimo y el entusiasmo de los equipos.
- Los equipos crecen y evolucionan para responder a las necesidades cambiantes de los clientes. Este crecimiento puede implicar que los equipos deben cambiar.
- Los equipos deben hacer una pausa y evaluar si están en el camino correcto hacia sus objetivos y metas.
- Los equipos deben demostrar cómo su trabajo está ligado a otras actividades diarias.
- Un proceso para evaluar las necesidades funcionales de los equipos debe ser desarrollado e implementado, por ejemplo, cada seis meses.
- Debe haber un mecanismo para el levantamiento de actas
- Definir en forma explícita las reglas de comportamiento: el inicio oportuno; lo que se discute en el grupo solo se discute allí.
- Todos los integrantes del equipo deben participar y estar actualizado con los cambios en el plan de mejoramiento que se esté realizando en el equipo

En algunas ocasiones es necesario que por equipo haya un líder y un secretario

ROLES Y RESPONSABILIDADES

Los roles y las responsabilidades de los equipos deben estar claramente establecidas y enunciadas desde el principio. Se debe tener en consideración lo siguiente:

- ¿A quién reporta el equipo y qué poder de tomar decisiones tiene?
- Se deben definir los diferentes roles dentro de cada equipo, es decir, facilitador, secretario y recopilador de soportes, lo que puede ser función del secretario.
- Cada miembro del equipo debe contribuir con sugerencias y críticas para alcanzar las metas y objetivos.
- ¿Quién es el responsable de monitorear el crecimiento y la evolución de los equipos?
- ¿Seguirán los equipos funcionando después de que la evaluación de acreditación se termine? ¿Realmente es necesario que continúen?
- ¿Quién verificará que el esfuerzo de los equipos sea reconocido y recompensado?

EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE UN EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

El proceso para asegurar la competencia del equipo de autoevaluación es el siguiente:

1. Identificación y definición de las competencias y comportamientos que se consideran relevantes para el desempeño del puesto. En este punto lo que se busca describir las funciones del puestos y definir el perfil que deberían tener los integrantes del equipo de autoevaluación para llevar a cabo bien sus funciones.

Este punto es muy importante porque dependiendo de las competencias y comportamientos definidos, adquirirán por terceros especialistas en la materia y/o diseñaran las pruebas más adecuadas para su evaluación. Recomendación para este punto son: no definir un número muy elevado de competencias, entre seis y doce, para no generar vacios entre las competencias y comportamientos definidos, que afecten la fiabilidad y validez de las evaluaciones, además si son muchas competencias a evaluar se requerirían muchos recursos.

Algunas competencias que podrían considerar para la evaluación son:

- Aprendizaje: aprender rápidamente técnicas y métodos de trabajo nuevos
- Innovación: desarrollar nuevas formas de trabajo que permitan mejorar el rendimiento, la seguridad y/o la satisfacción de los miembros del equipo; pensar constantemente en modificaciones de los procesos de los servicios prestados que mejoren su calidad o atractivo a los pacientes y sus familiares
- Trabajo en equipo: trabajar en forma eficaz, abierta y colaborativa con sus compañeros
- Planificación/organización: definir prioridades; establecer los planes de acción necesarios para alcanzar los objetivos fijados ajustándose a los presupuestos; definir las metas intermedias y las contingencias que se puedan presentar; establecer las oportunas medidas de control y seguimiento a los planes realizados por el quipo.
- Liderazgo: Guiar al grupo en la realización de una tarea, estructurándola, dirigiéndola y delegando responsabilidades para la consecución de la misma. Establecer y mantener el espíritu de grupo necesario para conseguir los objetivos fijados.

- **Comunicación:** informar clara y consistentemente a personas de distintos niveles, formación o intereses. Expresar claramente la información, tanto de forma oral como escrita
 - **Flexibilidad:** mantener la efectividad en diversos entornos y actividades, modificando su comportamiento en situaciones de cambio y ambigüedad, cuando es necesario.
2. **Diseño de las pruebas;** para cada competencia definir las técnicas más apropiadas para evaluar y diseñar el tipo de ejercicios más adecuados, cada competencia deber ser evaluada, al menos por dos pruebas distintas. Para las pruebas utilizadas, es aconsejable utilizar de dos tipos; clásicas (cuestionarios, entrevistas, test, etc.) y situacionales.

Algunos de los tipos de pruebas más utilizadas que pueden servirle a la Fundación Valle del Lili para evaluar las competencias de sus equipos de autoevaluación son:

- *Entrevistas:* las entrevistas tienen como fin matizar las evaluaciones y evaluar las competencias incluidas en el perfil del puesto. La entrevista de matizar las evaluaciones del comportamiento lo que busca es que los trabajadores expliquen el proceso que cada uno llevo para resolver una situación problema planteada y que den las razones que justifiquen la situación tomada. La entrevista de evaluar las competencias es más larga que la anterior porque el entrevistador necesita recoger información que le permita determinar si el sujeto posee las competencias requeridas para el perfil.
- *Pruebas situacionales:* entre las pruebas situacionales más usadas están; el juego de roles, la bandeja de llegada, el estudio de casos, los juegos de empresa y los ejercicios de presentación.
- *Discusión de grupo:* esta prueba se centra en la resolución de un problema técnico o en el análisis de un problema sin solución, lo que se busca evaluar con esta prueba son las competencias técnicas o de otro tipo como liderazgo, comunicación, etc.
- *Ejercicios de conocimiento:* se utiliza para la evaluación de los conocimientos técnicos de los sujetos en relación con puesto. Este

tipo de evaluación solo permite evaluar el componente del “saber”, por lo tanto es importante complementar esta prueba con una prueba del “ser”.

- *Pruebas psicométricas*: evalúan la inteligencia, aptitudes, rasgos de personalidad, actitudes, intereses y motivaciones.

Algunos ejemplo de pruebas que se pueden aplicar; la competencia de comunicación puede evaluarse a través de una discusión de grupo, un juego de empresa, una entrevista individual, un juego de roles o una presentación. Varias competencias pueden ser evaluadas a través de una misma prueba; por ejemplo la competencia de planificación/organización, comunicación y flexibilidad se pueden evaluar conjuntamente al usar la técnica de juego de roles y juego de empresas.

La formación de los evaluadores es un punto crítico en las evaluaciones. Para garantizar la fiabilidad y validez de las evaluaciones, es imprescindible formar a los evaluadores con el objeto de eliminar o minimizar el efecto de los posibles sesgos que podrían afectar sus juicios, como por ejemplo; las primeras impresiones, dureza en sus juicios, etc. Se considera que el equipo de evaluadores este conformado por personal de recursos humanos y del estándar que se está evaluando.

3. Los resultados de las evaluaciones se recopilan, analizan y se toma la decisión de quienes son aptos para pertenecer al equipo de autoevaluación.

Anexo 1. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

	Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación
Objetivo General	Diseñar un modelo de gestión para una Entidad de Salud basado en los principios de acreditación de la Joint Commission, que incorpore los requisitos legales, de calidad, ambientales y de seguridad SI&SO		
Objetivo del Proyecto	Proponer un modelo de mejoramiento que apoye el control y manejo de las historias clínicas	100% de los objetivo específico cumplido	Entregable aprobado por el comité y el lector
Objetivo Especifico 1	Familiarización con el entorno objeto de estudio	Temas tratados durante la ejecución de proyecto de grado 2/ temas totales que hacen parte del marco de referencia	Chequeo de visitas aprobada por el encargado de recibimos
Actividad 1	Obtener información del estado actual de los estándares asistenciales	100 % de la información obtenida leída	Documentos entregados por la Fundación
Actividad 2	Obtener información del estado actual de los estándares de soporte	100 % de la información obtenida leída	Documentos entregados por la Fundación
Actividad 3	Marco de referencia actualizado	Temas tratados en la ejecución de proyecto de grado 2 / total de temas del marco de referencia	Documento final

Objetivo 2	Análisis del estado actual de cierre de brechas y metodología de mejoramiento	100 % del documento terminado	Documento final
Actividad 1	revisar el informe de evaluación de la segunda visita de seguimiento a la Fundación Valle del Lili, realizada por el grupo evaluador de ICONTEC el 12 de julio de 2010	100 % de la información obtenida leída	Documento final
Actividad 2	Revisar documentos suministrados por la Fundación Valle de Lili que cono ayuden a conocer las metodologías de mejoramiento que están utilizando para la seguridad de las historias clínicas	100 % de la información obtenida leída	Documento final
Actividad 3	programar visitas a la Fundación Valle del Lili con el grupo del estándar de gerencia de la información y mejoramiento continuo	número de visitas realizadas/número total de visitas programadas	acta asistencia de las visitas
Actividad 4	Realizar un informe con el resumen de lo discutido concerniente a la situación actual de la Fundación Valle del Lili en cada visita realizada	numero de informe realizados/Total de visitas a la Fundación Valle del Lili	tutora del proyecto de grado
Actividad 5	analizar lo realizado en las actividades 1, 2, 3 y 4 y documentarlo	100 % del documento terminado	Documento final

Objetivo Específico 3	Diseño del modelo de mejoramiento para el cierre de brechas de los estándares asistenciales y de soporte.	100 % del documento terminado	Documento final
Actividad 1	Identificar y validar los pilares para el modelo a diseñar	100% de los pilares identificados y valorados	tutora del proyecto de grado, el jefe del estándar de gerencia de la información y mejoramiento continuo
Actividad 2	Diseñar modelo de mejoramiento genérico para minimizar las brechas entre las oportunidades de mejora y el estándar que exige ICONTEC	Número de modelo(s) diseñado(s) / total de modelos a diseñar	Personal encargado del estándar asistencial y tutora de proyecto de grado
Actividad 3	Validar el modelo con expertos	100% del modelo aprobado	Personal encargado del estándar asistencial y tutora de proyecto de grado
Objetivo Específico 4	4. Documento con la propuesta de implementación del modelo de mejoramiento de cierre de brechas, enfocado en el manejo y seguridad de la información de las Historias Clínicas	100 % del documento terminado	Entregable aprobado por el comité y el lector

Actividad 1	realizar la parte del establecer de una guía de seguridad a las historias clínicas, basándonos en la norma colombiana NTC-ISO/IEC 27001 y 27002 en la etapa de establecer	100 % del documento terminado	tutora del proyecto de grado, el jefe del estándar de gerencia de la información y mejoramiento continuo
Actividad 1	Aplicar el modelo de mejoramiento para la evaluación y control de riesgos en el manejo de historias clínicas a la guía de seguridad- seguridad de la información de las historias clínicas	Modelo aplicado / total modelos propuestos	tutora del proyecto de grado, el jefe del estándar de gerencia de la información y mejoramiento continuo
Actividad 3	Documentar las mejoras realizadas y las recomendaciones a la guía de seguridad realizada	100 % del documento terminado	Entregable aprobado por el comité y el lector

Anexo 2. CONTROLES PARA EL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION

OBJETIVOS DE CONTROL Y CONTROLES	
Política de seguridad de la información	
Objetivo: brindar orientación y apoyo de la dirección para la seguridad de la información, de acuerdo con los requisitos de negocio y con las regulaciones y leyes pertinentes.	
	Control
documento de la política de seguridad de la información	La dirección debe aprobar, publicar y comunicar a todos los empleados y partes externas pertinentes, un documento de política de seguridad de la información.
revisión de la política de seguridad de la información	Se debe revisar la política de seguridad de la información a intervalos planificados, o si ocurren cambios significativos, para asegurar su conveniencia, suficiencia y eficacia continuas.
Cumplimiento de políticas y normas de seguridad y cumplimiento técnico	
objetivo: asegurar el cumplimiento de los sistemas con las políticas y normas de seguridad organizacionales	
cumplimiento con las políticas y normas de seguridad	los jefes de área deben asegurar que todos los procedimientos de seguridad dentro de su área de responsabilidad se realicen correctamente para lograr el cumplimiento de las políticas y normas de seguridad
verificación del cumplimiento técnico	se debe verificar regularmente el cumplimiento de las normas de implementación de seguridad
controles de auditoría de sistemas de información	planificar cuidadosamente las actividades de auditoría para minimizar los riesgos de interrupciones en los procesos del negocio
Organización de la seguridad de la información	
objetivo: gestionar la seguridad de la información dentro de la Entidad de Salud	

compromiso de la dirección con la seguridad de la información	la dirección debe apoyar activamente la seguridad dentro de la organización a través de una orientación clara, la demostración del compromiso, la asignación y el reconocimiento explícito de las responsabilidades de seguridad de la información
coordinación de la seguridad de la información	Las actividades de seguridad de la información deben estar coordinadas por representantes de diferentes partes de la organización con funciones y roles pertinentes y definidos.
asignación de responsabilidad de seguridad de la información	se deben definir claramente todas las responsabilidades en cuanto a la seguridad de la información
acuerdos de confidencialidad	se deben identificar y revisar regularmente los requisitos sobre acuerdos de confidencialidad o no divulgación que reflejan las necesidades de la organización en cuanto a protección de la información
contacto con las autoridades	se deben mantener contactos apropiados con las autoridades pertinentes
revisión independiente de la seguridad de la información	el enfoque de la organización para la gestión de la seguridad de la información y su implementación (es decir, objetivos de control, controles, políticas, procesos y procedimientos para la seguridad de la información) se debe revisar independiente a intervalos planificados, o cuando ocurran cambios significativos en la implementación de la seguridad
proceso de autorización para las instalaciones de procesamiento de información	se debe definir e implementar un proceso de autorización de la dirección para nuevas instalaciones de procesamiento de la información
contacto con grupos de interés para la seguridad de la información	se deben mantener los contactos apropiados con grupos de interés especiales, con foros especializados en seguridad de la información y asociaciones profesionales

procedimiento para el manejo de la información	se deben establecer procedimientos para el manejo y almacenamiento de la información, con el fin de protegerla contra divulgación o uso no autorizado
fuga de información	se deben impedir las oportunidades para la fuga de la información
control de vulnerabilidades técnicas	se debe tener información oportuna acerca de las vulnerabilidades técnicas de los sistemas de información usados, se debe evaluar la exposición de la Fundación a estas vulnerabilidades, y se deben tomar las medidas apropiadas tomadas para abordar el riesgo asociado
Gestión de activos	
objetivo: lograr y mantener la protección apropiada de los activos organizacionales	
uso aceptable de los activos	se deben identificar, documenta e implementar las reglas para el uso aceptable de la información y activos asociados con las instalaciones de procesamiento de la información
restricción en el manejo de información impresa	el acceso a la información confidencial se debe restringir de acuerdo con la política de control de impresión definida
Seguridad de los recursos humanos	
objetivo: asegurara que el personal (Administrativo y Asistencial) entienden sus responsabilidades y son adecuados para los roles que desempeñan	
roles y responsabilidades	definir y documentar de acuerdo con la política de seguridad de la información de la FVL las responsabilidades y roles de seguridad del personal (Asistencia y Administrativo)
objetivo: asegurar que el personal (Administrativo y Asistencial) tengan conciencia sobre las amenazas y problemas relacionados con la seguridad de la información, sus responsabilidades y obligaciones, y que estén preparados para brindar apoyo a la política de seguridad de la información organizacional en el curso de su trabajo normal , y para reducir el riesgo de error humano	

responsabilidades de la dirección	la dirección debe exigir al personal (asistencial y administrativo) aplicar la seguridad de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por la organización
proceso disciplinario	debe haber procesos disciplinarios para el personal (Asistencial y Administrativo) que cometan violaciones a la seguridad
toma de conciencia, educación y formación en seguridad de la información	Todos el personal (Administrativo y asistencial) deben recibir formación apropiada sobre toma de conciencia y actualizaciones regulares sobre las políticas y procedimientos institucionales, en cuanto sean pertinentes para su función.
responsabilidades de terminación del contrato laboral o cambio de relación laboral	Definir y asignar claramente las responsabilidades relativas a la terminación o cambio de relación laboral.
Planificación y aceptación del sistema	
objetivo: minimizar el riesgo de fallas de los sistemas	
aceptación del sistema	se deben establecer criterios de aceptación para sistemas de información nuevos, actualizaciones y nuevas versiones, y se deben llevar a cabo los ensayos adecuados del sistema, durante el desarrollo y antes de su aceptación
Gestión de la continuidad del negocio	
objetivo: contrarrestar las interrupciones del negocio y proteger sus procesos críticos contra los efectos de fallas o desastres de gran peso en los sistemas de información y asegurar su reanudación oportuna	
incluir la seguridad de la información en el proceso de gestión de la continuidad del negocio	se debe desarrollar y mantener un proceso gestionado para la continuidad del negocio en toda la institución, que aborde los requisitos de seguridad de la información necesarios para la continuidad del negocio
valoración de la continuidad del negocio y del riesgo	se deben identificar los eventos que pueden causar interrupciones en los procesos del negocio, junto con la probabilidad e impacto de estas interrupciones y sus consecuencias para la seguridad de la información
cumplimiento de los requisitos legales	

objetivo: evitar incumplimiento de cualquier ley, obligación estatutaria, reglamentaria o contractual, y de cualquier requisito de seguridad	
identificación de la legislación aplicable	todos los requisitos estatutarios, reglamentarios y contractuales pertinentes y el enfoque de la institución para cumplirlos, se deben definir y documentar explícitamente, y mantenerlos actualizados para cada sistema de información y para la institución
protección de los datos y privacidad de la información personal	se debe asegurar la protección y privacidad de los datos, como se exige en la legislación, reglamentaciones, y si es aplicable, cláusulas contractuales pertinentes

8. GLOSARIO

- *Privacidad*: Deseo individual de limitar la divulgación de información personal (perspectiva del paciente).
- *Confidencialidad*: Condición en la cual la información es compartida o entregada de una manera controlada (perspectiva del personal de la Salud).
- *Seguridad*: medidas tomadas por una organización para proteger la información, no solo para mantener la confidencialidad, sino también la integridad y disponibilidad de la misma (perspectiva de la institución).
- *Riesgo*: estimación del grado de exposición de un activo a que una amenaza se materialice sobre el causando daños en la organización, es decir, indica lo que le podría pasar a los activos si no se protegen adecuadamente.
- *Amenazas*: son los eventos que pueden desencadenar un incidente produciendo daños materiales e inmateriales en los activos
- *Vulnerabilidad*: son las debilidades que tienen los activos que pueden ser aprovechados por una amenaza.
- *Impacto*: es la consecuencia de la materialización de una amenaza sobre un activo
- *Riesgo Intrínseco*: es la posibilidad de que se produzca un impacto determinado en un activo o en un grupo de activos.
- *Salvaguardas*: son las prácticas, procedimientos o mecanismos que reducen el riesgo, estas pueden actuar disminuyendo el impacto o la probabilidad.
- *Riesgo Residual*: es el riesgo que queda tras la aplicación de salvaguardas, debido a que por más de que se proteja un activo o un grupo de activos, es imposible eliminar el riesgo al 100% por lo que siempre quedara un riesgo residual en el sistema que la organización deberá asumir y vigilar.
- *Gestión del riesgo*: Es el proceso por el cual se controla, minimiza o eliminan los riesgos que afecten a los activos de información de la organización

9. BIBLIOGRAFÍA

- GARCÍA, Hernán. "Auditoría en Salud". Medellín: UNIVERSIDAD CES. Facultad de Medicina.
- SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD. Acreditación en Salud. Disponible en:
http://www.icontec.org/BancoConocimiento/A/acreditacion_en_salud/acreditacion_en_salud.asp?CodIdioma=ESP
- SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD. En qué consiste la acreditación en salud como se desarrolla. Disponible en:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/faq.php>
- SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD. IPS acreditadas. Disponible en :
<http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?ldSub=108&ldCat=25&titulo=IPS%20ACREDITADAS>
- JOINT COMMISSION. Acreditación y certificación internacional. Disponible en :
<http://es.jointcommissioninternational.org/enes/about-jci/>
- QUÉ ES LA OECD. Disponible en :
www.oecd.org
- NORMA TÉCNICA COLMBIANA NTC/ISO 27001. Disponible en :
www.iso27000.es/download/doc_iso27000_all.pdf
- NORMAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN. Ing. Carlos Ormella Meyer
<http://www.conocimientosweb.net/dt/article11430.html>
- SOFTWARE ERP SAP. Disponible en :
<http://www.informatica-hoy.com.ar/sap/SAP-R3-Uno-de-los-mejores-ERP-del-mercado.php>
- HISTORIA CLÍNICA. Disponible en:
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8205-ventajas.htm>
<http://www.geosalud.com/malpraxis/historiaclinica.htm>
- LEY 100 DE 1993. Disponible en:

http://www.secretariasenado.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html

- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Disponible en:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20de%202006.pdf>
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1995 de 1999. Disponible en : www.valledelili.org/wp-content/uploads/ManualHC.doc