

SOCIALIZACIÓN
EJE DE ACREDITACIÓN:
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO – HUILA**

NIT. 891.180.134 – 2

Pitalito, 24 de Junio de 2022

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente

Contenido

JUSTIFICACIÓN	3
1. MARCO NORMATIVO Y CONTEXTUAL.....	4
2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – SOGCS	7
3. EJES TRAZADORES EN EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.....	11
4. PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL	13
5. CONCEPTOS HOMOLOGADOS.....	14
6. EJE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.....	16
6.1 Política del Eje de Gestión de la Tecnología.....	16
6.2 Programa de Gestión de la Tecnología	17
6.3. Líneas de Articulación del Eje de Gestión de la Tecnología	18
6.3.1 Planeación y Adquisición de la Tecnología.....	18
6.3.2 Gestión de Equipos Biomédicos.....	18
6.3.3 Gestión de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia	18
6.3.4 Gestión de las Tecnologías de la Información.....	19
6.3.5 Gestión de las Tecnologías de Soporte	19
6.3.6 Gestión de Manejo Seguro de la Tecnología con Enfoque del Riesgo	19
6.4. Estrategias Implementadas.....	19
6.5. Plan de Acción del Eje de Gestión de la Tecnología	20
6.6. Principales Logros y Resultados	25

JUSTIFICACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento al Plan de Gestión Institucional para el período 2020-2024 **“Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana”** de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, al igual que al procedimiento de formación continua, se presenta ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad el documento denominado “Socialización – Eje de Acreditación: Gestión de la Tecnología”.

La presentación y análisis de éste documento le permitirá a los Honorables Miembros de la Junta Directiva, a la alta dirección, a los equipos de trabajo de las diferentes áreas, y nuestra comunidad en general, comprender un poco más el por qué implementamos en nuestra institución el Eje Transversal de Gestión de la Tecnología.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se encuentra en el proceso de ejecución de estándares superiores de calidad basados en la normatividad Colombiana del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, el cual hace parte la Acreditación, donde se han desarrollado diferentes intervenciones con los colaboradores al interior de la institución; de manera tal que, bajo el reconocimiento de la importancia del Eje de Acreditación Gestión de la Tecnología, donde ha sido fundamental ejecutar actividades que permitan dar herramientas de competencias técnicas para el despliegue de cada uno de los estándares relacionados con nuestra Gestión de la Tecnología, que va inmersa en el modelo de atención y la gestión institucional a los grupos vulnerables, grupos de interés, Colaboradores y comunidad en general.

Por último, se hace extensiva la invitación a los Honorables Miembros de Junta Directiva de nuestro Hospital, para continuar con el acompañamiento y apoyo incondicional, en la búsqueda del logro de los objetivos Institucionales con éxito, en especial la meta macro de la Acreditación Institucional.

1. MARCO NORMATIVO Y CONTEXTUAL

De acuerdo al **ICONTEC**. El manual de adquisición de tecnología biomédica del Ministerio de Salud y Protección Social establece que a nivel de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), se requiere de una planeación en tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que las beneficie e igualmente que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido.

Con políticas y mecanismos para controlar la tecnología debe prevenirse la elevación de los costos de la atención médica; los hospitales compiten adquiriendo alta tecnología debido a que los pacientes la consideran como señal de calidad. Es necesario entonces que las instituciones de salud implementen mecanismos de control para la evaluación y adquisición tecnológica señalando los criterios a considerar y las fuentes de información disponibles.

Nuevas tecnologías médicas de incuestionable eficacia diagnóstica o terapéutica, se incorporan progresivamente a los servicios asistenciales, configurando una serie de tecnologías médicas con gran potencial para mejorar o reemplazar algunos procedimientos invasivos. El concepto de tecnología médica ha partido de las definiciones de la Office of Technology Assessment (OTA) de los Estados Unidos de Norteamérica desde los años setenta. Conforman la tecnología médica los medicamentos, los equipos, los dispositivos, los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizativos con los que se presta la atención. Por lo tanto, la tecnología médica no son sólo los equipos o medicamentos, sino también la propia práctica clínica y el modo en que esta se organiza. Es un error identificar la tecnología médica solamente con “alta tecnología, nuevas tecnologías y tecnologías de alto costo”.

En las instituciones de salud la alta dirección debe tener definidas sus prioridades, tales como el control de infecciones, la preparación para emergencias; incluir a los médicos, personal, pacientes y sus familias en el diseño y mejoras del flujo de trabajo del personal y la seguridad de los pacientes. Se deben establecer los aspectos para el diseño y construcción del ambiente físico, que permita dar cabida a los avances de la medicina y la tecnología y cómo se incorporan los aspectos del ecosistema. La institución con base en la seguridad del paciente define el diseño

por ejemplo de las habitaciones, las estaciones de enfermería, la reducción de ruido y el uso de materiales.

Es necesario tener definido el apoyo y financiamiento a la adopción general de la tecnología de la información en salud, el rediseño de procesos, la utilización de tecnología digital para apoyar la atención del paciente no solo centrado en el ámbito intrahospitalario sino extramural.

Además de la evaluación de la tecnología, las inversiones y su adopción, establecer la tecnología que requiere mano de obra y el ahorro proporcionado a través de la integración del hospital.

Finalmente, las instituciones deben tener implementado el programa de tecnovigilancia, el comité de tecnovigilancia y de evaluación de tecnología en funcionamiento y la integración de la tecnovigilancia en la identificación, reporte, análisis y seguimiento de eventos adversos, entre otros.

Ley 100 de 1993

“Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”. Artículo 189 establece que “Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria” dando un marco financiero desde hace 20 años para mejorar el estado de la dotación hospitalaria.

Decreto 1769 de 1994

Reglamenta el artículo 189 de la ley 100 para el mantenimiento hospitalario.

Resolución 434 de 2001 Tiene como objeto establecer metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica, así como aquellos que permitan determinar la más eficiente localización, de tecnología biomédica y determinar los criterios para la importación o adquisición y adecuada incorporación a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que garantice la calidad de la atención en salud, basado en criterios de calidad y costo efectividad.

Decreto 4725 de 2005 Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano, donde se incluye el concepto de Tecnovigilancia.

Decreto 2200 de 2005 y Resolución 1403 de 2006

Los cuales reglamentan los Servicios Farmacéuticos, proponiendo un modelo de gestión y estableciendo las funciones de esta área, entre otras se encuentra la de “Participar en la creación y desarrollo de programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos”.

Resolución 4002 de 2007 Por el cual se adopta el Manual de Condiciones de Capacidad de Almacenamiento y/o Acondicionamiento, donde se establecen los mecanismos que permiten clasificar y evaluar las quejas y los reportes de Tecnovigilancia.

Resolución 4816 de 2008

Mediante la cual se reglamentó el Programa Nacional de Tecnovigilancia, por medio del cual se define y se clasifican los eventos e incidentes adversos, los niveles de operación, así como las responsabilidades para cada uno de ellos, la obligación de reportar, inspección de vigilancia y control, entre otros.

Ley 1341 de 2009

Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Aprobación 31 de julio de 2013

Manual de procesos y procedimientos de seguridad de la información.

Ley 1438 de 2011 (capítulo 5, artículo 22–96) El ministerio de protección social crea el instituto de evaluación tecnológica en salud como una corporación sin ánimo de lucro encargada de la evaluación de las tecnologías basadas en la evidencia científica, teniendo en cuenta el análisis de costo-efectividad, costo- utilidad, y costo-beneficio.

Decreto Nacional 1377 de 2013

Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos personales.

Decreto 415 de 2016

Definición de los lineamientos para el fortalecimiento institucional en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones.

Buenas prácticas de manufactura de dispositivos médicos 2017

Guía de Reprocesamiento de Dispositivos Médicos

2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – SOGCS

Para nuestro País, se estableció a través del Decreto No. 1011 de 03 de abril de 2006, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo campo de aplicación son los Prestadores de Servicios de Salud, las EPS (contributivo y subsidiado), las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. El citado Decreto contiene unas definiciones claves para su operatividad, las características de dicho sistema, sus componentes, las entidades responsables para el funcionamiento del SOGCS, la explicación de cada uno de sus sistemas, los diferentes reportes, las medidas de control y seguimiento.

Dentro de las principales definiciones de la norma, tenemos:

El **SOGCS**, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.¹

CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS: Las acciones que desarrolle se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales sólo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

¹ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, pág. 2)

COMPONENTES DEL SOGCS



1. Sistema Único de Habilitación - SUH



Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

Regulado por la Resolución 3100 de 2019, que a su vez define el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, que se convierte en el instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos, en este sentido las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar su cumplimiento, a partir de los estándares de habilitación. Los estándares aplicables son 7, descritos de la siguiente manera:

- a). **Talento Humano:** Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.
- b). **Infraestructura:** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

c). Dotación: Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

d). Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos: Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, que condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

e). Procesos Prioritarios: (Manuales, guías procedimientos, protocolos etc.) Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

f). Historia Clínica y Registros: Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos, propios de la prestación de servicios.

g). Interdependencia: Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados.

2. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC.

Se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los servicios que presta la Institución y hace parte de la estrategia de mejoramiento de la eficiencia y la eficacia de los procesos de atención consagrada en la política de Calidad hacia la búsqueda de la satisfacción del usuario.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

3. Sistema de Información para la Calidad - SIC

Es un método organizado para recolectar, almacenar y reportar la información sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud, a través de la medición de indicadores que evalúan el desempeño y resultado de los procesos, con el fin de ayudar a los tomadores de decisiones en todos los niveles.

Son objetivos del SIC:

a). Monitorear: Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

b). Orientar: Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

c). Referenciar: Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. Sistema Único de Acreditación - SUA

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 de 2014, reglamentó el nuevo esquema de operación del Sistema Único de Acreditación en Salud. Con la Resolución No. 5095 de 19 de noviembre de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptó el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.

¿Qué es la Acreditación en Salud?

Es un proceso voluntario y periódico de Autoevaluación interna y revisión externa de todos los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de la salud, a través del cumplimiento de una serie de estándares factibles de alcanzar, independientemente de su estado de desarrollo, razón social o nivel de atención.²

² (<http://www.acreditacionensalud.org.co>, 2016)

3. EJES TRAZADORES EN EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

La implementación del SUA gira en torno a unos ejes que deben ser abordados sistemática e integralmente cuya finalidad es convertirse en la gestión trazadora de los mejoramientos emprendidos por la Institución.



a). Seguridad del Paciente: Se trata del conjunto de elementos, metodologías y procesos basados en la evidencia científicamente probada que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud de mitigar sus consecuencias. La Política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los incidentes para identificar las causas y acciones para intervenirlos. A partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras.

b). Humanización: Humanizar es un asunto ético relacionado con los valores. Dentro de la Calidad de la atención, se deben practicar valores y principios encaminados en garantizar el respeto, la dignidad del ser humano, mejorar la relación con el usuario y con el personal de la Institución. Esto incluye una atención respetuosa, apoyo emocional y el desarrollo de habilidades comunicativas. La Humanización contempla los siguientes elementos:

- Privacidad
- Apoyo emocional
- Respeto por las creencias
- Información a la familia

- Manejo del duelo
- Tecnología

c). Responsabilidad Social Empresarial: Es la obligación de dirigir las actividades educativas, investigadoras y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación, tiene como meta la reducción de las inequidades en salud.

d). Enfoque de Riesgo: En enfoque del riesgo se establece la protección a los usuarios, de los principales riesgos en la prestación de servicios, por parte de los prestadores, haciendo énfasis en el cumplimiento de requisitos para evitar la presentación del riesgo. La calidad es uno de los tres ejes de la política de Prestación de Servicios y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establece en sus componentes, un conjunto de normas que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

Principales riesgos:

- **Gestión de Riesgos Clínicos:** identificación de riesgos del paciente al ingreso, planeación del cuidado y tratamiento, integración e intervención de los riesgos clínicos del paciente identificados.
- **Gestión de Riesgos Administrativos:** Prevención y control de recursos.
- **Gestión de Riesgos del Ambiente Físico:** Identificación y respuesta a necesidades del ambiente físico.
- **Gestión del Riesgo del Talento Humano:** Procesos de Salud Ocupacional y Seguridad Industrial.
- **Gestión de Riesgos Tecnológicos:** Identificación prevención de la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten la totalidad o parte de la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes, equipos biomédicos, etc).
- **Gestión de Riesgos Financieros:** Identificación y prevención de la posibilidad de ocurrencia de eventos que afecten los Estados Financieros y todas aquellas áreas involucradas con el proceso financiero como presupuesto, tesorería, contabilidad, cartera, costos, etc.

e). Transformación de la Cultura Organizacional: Se refiere a la “manera de vivir juntos” entendiendo que en las organizaciones se generan múltiples relaciones de poder y reglas no escritas, donde se presentan comportamientos que se configuran a partir de intereses, relaciones, actitudes y modos de ser, a partir de comportamientos individuales y colectivos.

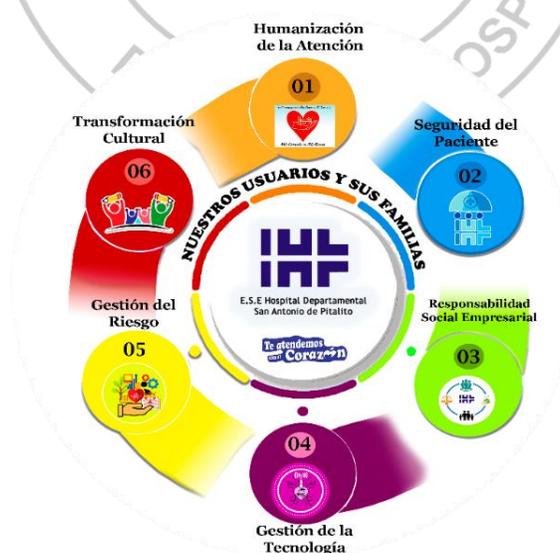
La cultura de una organización es visible en el ambiente físico, mobiliario, confort, equipos, vestuario, patrón de comportamiento, documentos, etc. Igualmente se puede evidenciar en el nivel de los valores que rigen a la organización y en el comportamiento de sus miembros.

Cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de la Institución y del personal que labora, aportando al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.

f). Gestión de la Tecnología: Consiste en la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y al sistema en general. Propone adoptar metodologías de adquisición, prevenir el desbordamiento de los costos que puede producir la compra indiscriminada de alta tecnología y realizar esfuerzos en este sentido.

4. PLAN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

“Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana”



Para el período proyectado 2020 a 2024, se continua con el compromiso de todo el personal de la institución en todos sus niveles hacia la meta de la Acreditación, con la observancia de los resultados obtenidos anualmente tanto cualitativamente como cuantitativamente que nos motiva a continuar en esa ruta, por cuanto cada vez estamos más cerca de dicho logro. Con base en la síntesis expuesta anteriormente, se viene trabajando en éste nuevo período de gerencia en los seis (6) Ejes Trazadores del Sistema Único de Acreditación, para desarrollarlos sistemática e integralmente con la finalidad de ser la base de la gestión trazadora de los mejoramientos emprendidos por el Hospital; de esta manera se han consolidado en

los pilares de nuestro Plan de Gestión “Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana” 2020-2024.

5. CONCEPTOS HOMOLOGADOS

El uso adecuado de la terminología para el diseño, gestión e implementación de la Política y el Programa del Gestión de la Tecnología, es de vital importancia, por cuanto de éstos dependerá la adherencia e implementación de las diversas estrategias y acciones del programa, como la homologación para los colaboradores, y grupos de interés; para esto han sido tenidos en cuenta los siguientes conceptos:

Atención Farmacéutica: Es la provisión responsable de terapia farmacológica con el propósito de obtener resultados precisos que mejoren la calidad de vida del paciente.

Base de Datos: Una base de datos es un conjunto de datos pertenecientes a un mismo contexto y almacenados sistemáticamente para su posterior uso.

Buena Práctica Clínica (BPC): Estándar para el diseño, conducción, realización, monitoreo, auditoría, registro, análisis y reporte de estudios clínicos que proporciona una garantía de que los datos y los resultados reportados son creíbles y precisos y de que están protegidos los derechos, integridad y confidencialidad de los sujetos del estudio.

Dispositivo Médico: Instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico, utilizado solo o en combinación, incluyendo sus componentes y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, destinado por el fabricante para uso en seres humano.

Efectividad: Grado en el que una intervención, servicio, proceso, procedimiento, prueba diagnóstica o tratamiento, produce el resultado deseado; incluye por tanto el nivel de adecuación de la provisión asistencial, en la medida en que ésta se presta a las personas que pueden beneficiarse de ella.

Equipo Biomédico: Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Equipo de comunicaciones e informática: Hacen parte del equipo de comunicaciones e informática: El equipo de cómputo, las centrales telefónicas, los equipos de radiocomunicaciones, los equipos que permiten el procesamiento, reproducción y transcripción de información y todos aquellos que conforman el sistema de información hospitalario.

Equipo Industrial de uso Hospitalario: Hacen parte del equipo industrial de uso hospitalario, las plantas eléctricas, los equipos de lavandería y de cocina, las calderas, las bombas de agua, las autoclaves, el equipo de seguridad, el de refrigeración y aquellos equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario.

Factor de Riesgo: Situación, característica o atributo que condiciona una mayor probabilidad de experimentar un daño a la salud de una o varias personas.

Mantenimiento: Se define el mantenimiento como todas las acciones que tienen como objetivo preservar un artículo o restaurarlo a un estado en el cual pueda llevar a cabo alguna función requerida. Estas acciones incluyen la combinación de las acciones técnicas y administrativas correspondientes.

Programa institucional de tecnovigilancia: Se define como un conjunto de mecanismos que deben implementar internamente los diferentes actores de los niveles Departamental, Distrital y Local, para el desarrollo del Programa Nacional de Tecnovigilancia.

Red Nacional de Farmacovigilancia: La red nacional de Farmacovigilancia es el conjunto de personas e instituciones que mantienen contacto entre sí a través de reportes de eventos adversos, comunicaciones e información en relación con problemas de seguridad o uso correcto de medicamentos. La red incorpora personas o instituciones que han establecido contactos permanentes con el programa de Farmacovigilancia del INVIMA.

Reporte: Es el medio por el cual quien reporta notifica a la institución hospitalaria, el fabricante y la entidad sanitaria, sobre un incidente o riesgo de incidente asociado a un dispositivo médico o un medicamento.

Riesgo: Posibilidad o probabilidad de que pueda producirse un daño, para el paciente y para el personal que lo manipula.

Seguridad de la Información: Es el conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones y sistemas tecnológicos que permiten resguardar y proteger la información buscando mantener la confidencialidad, la disponibilidad e integridad de dato.

Tecnología: Es la ciencia aplicada a la resolución de problemas concretos. Constituye un conjunto de conocimientos científicamente ordenados, que permiten diseñar y crear bienes o servicios que facilitan la adaptación al medio ambiente y la satisfacción de las necesidades esenciales y los deseos de la humanidad.

Tecnologías de la Información: La tecnología de la información (TI) es la aplicación de ordenadores y equipos de telecomunicación para almacenar, recuperar, transmitir y manipular datos.

TICS: Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) es un término extensional para la tecnología de la información (TI) que enfatiza el papel de las comunicaciones unificadas y la integración de las telecomunicaciones.

6. EJE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

6.1 Política del Eje de Gestión de la Tecnología

La E.S.E. Hospital departamental San Antonio de Pitalito se compromete gestionar soluciones tecnológicas biomédicas y no biomédicas, centrados en la prestación de servicios de alto nivel calidad y técnico científico, que brinden seguridad y confianza a los usuarios; identificando las necesidades tecnológicas de cada uno de los procesos hasta la disposición final; adquiriéndola y manteniéndola en condiciones operativas, eficientes y adecuadas para el cumplimiento de los requerimientos dentro del contexto normativo y el mejoramiento continuo de la institución. Resolución No. 094 del 28 de enero de 2019.

Alcance de la Política: La Política de la Gestión de la Tecnología abarca los lineamientos estratégicos de evaluación para la adquisición de nueva tecnología biomédica y no biomédica con enfoque a la vigilancia y control, orientada a la atención de los pacientes dentro de un proceso de gradualidad para su adquisición, incorporación, puesta marcha, monitorización, control, renovación, reposición y disposición final conforme a lo establecido en las normas vigentes y bajo los parámetros definidos por la institución con el fin de garantizar procesos y contrataciones eficaces, transparentes y confiables.

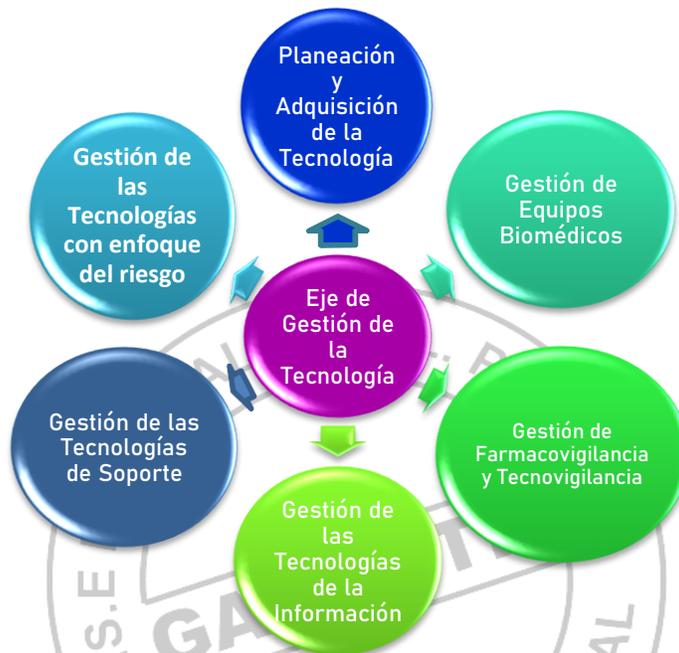
6.2 Programa de Gestión de la Tecnología

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito implementa el Programa de Gestión de la Tecnología, como pieza clave en los procesos de planeación, optimización de recursos y seguimiento al ciclo de vida de la tecnología médica y no médica.

El objetivo del programa: Integrar las líneas de acción de gestión de la tecnología del hospital, con el fin de hacer un uso más inteligente, eficiente y efectivo de éste, que nos permita proteger frente a posibles riesgos, prevenir daños, agilizar diagnósticos, aportar en los tratamientos de los pacientes, facilitar los procesos administrativos y agilizar el servicio a los pacientes. Con lo anterior se fortalece en forma integral la capacidad de respuesta a las necesidades de los pacientes y puede desarrollar un análisis sistémico de los diferentes componentes del proceso tecnológico. “Por una tecnología al servicio de la vida”.

Alcance del programa: El programa del Eje de Gestión de la Tecnología de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito enmarca todos los procesos definidos en la institución, que van desde la planeación, evaluación, ejecución y mejora, hasta la disposición final de los elementos tecnológicos, teniendo como referencia las políticas de gestión de la tecnología biomédica y no biomédica y seguridad del paciente, enfocándonos en los programas de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia y seguridad de la información, para garantizar la continua prestación de servicios de salud con garantías de calidad.

6.3. Líneas de Articulación del Eje de Gestión de la Tecnología



6.3.1 Planeación y Adquisición de la Tecnología

Permitir un proceso racional para la utilización de la tecnología del hospital, de tal manera se previene el desbordamiento de costos y evita la compra indiscriminada de tecnología, iniciando con la identificación de necesidades por parte de los usuarios de la tecnología, priorizando dichas necesidades, finalizando con la puesta en funcionamiento.

6.3.2 Gestión de Equipos Biomédicos

Están definidas en el proceso de gestión de la tecnología clínica que consiste en todas las actividades realizadas para garantizar que la tecnología adquirida cumpla con las necesidades clínicas, técnicas, además de ser tecnologías aprovechables y de operación segura mediante estrategias de capacitación, planes de mantenimiento y metrología, orientados a la gestión del riesgo, proporcionando un entorno seguro.

6.3.3 Gestión de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

El programa de Tecnovigilancia juega un papel primordial en el uso seguro de la tecnología biomédica, previniendo eventos e incidentes adversos asociados al uso de dispositivos médicos.

En relación con el programa de Farmacovigilancia se promueve el uso racional y seguro de los medicamentos. Establece los lineamientos para la identificación,

notificación, análisis y gestión de las reacciones adversas y riesgos asociados con medicamento.

6.3.4 Gestión de las Tecnologías de la Información

La gestión de las tecnologías de la información cuenta con estrategias dirigidas a la identificación de necesidades de información, priorización de las necesidades, realización de minería de datos, análisis de información, implementación de acciones de mejora, seguimiento a la mejora y por último transmisión de la información.

6.3.5 Gestión de las Tecnologías de Soporte

Esta línea incluye un conjunto de mecanismos tecnológicos que facilitan la identificación y respuesta a las necesidades tecnológicas, también provee planes y estrategias destinadas a proteger la tecnología biomédica y no biomédica mediante el plan de contingencia hospitalario ante posibles daños, corte en el suministro de servicios, para de la tecnología biomédica, desabastecimiento de medicamentos, entre otros.

6.3.6 Gestión de Manejo Seguro de la Tecnología con Enfoque del Riesgo

De acuerdo con el modelo de gestión de seguridad del paciente del Hospital se cuenta con herramientas blandas, las cuales permiten el fomento de la cultura de seguridad del paciente las cuales se encuentran articuladas al eje de gestión de la tecnología, a su vez, se realiza seguimiento a los dispositivos médicos mediante el programa de tecnovigilancia y la política de reúso de dispositivos médicos.

6.4. Estrategias Implementadas

6.4.1. Fortalecimiento de los procesos de evaluación e incorporación de tecnología en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

6.4.2. La E.S.E Hospital departamental San Antonio de Pitalito, dispone y mantiene la infraestructura tecnológica de la información y las comunicaciones, de manera eficiente y segura, a través de un adecuado mantenimiento, reposición, adquisición y entrenamiento para la generación de conocimiento para la toma de decisiones.

6.4.3. La E.S.E Hospital departamental San Antonio de Pitalito desarrolla el plan de adquisición para la unificación y normalización de procesos y demás requerimientos para la gestión de la tecnología.

6.4.4. La E.S.E Hospital departamental San Antonio de Pitalito, dentro de su direccionamiento estratégico incorpora a la seguridad del paciente como sistema integral de vigilancia y control orientados a la reducción de riesgos clínicos, del cual se articulan las líneas de acción (Farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia, atención segura, entorno seguro y prevención de infecciones), para garantizar a los pacientes una atención segura y de calidad en cada uno de los servicios

6.4.5. La E.S.E Hospital departamental san Antonio de Pitalito, garantiza de manera oportuna los insumos para tratamiento de los pacientes, realizando stock de acuerdo a las necesidades de los servicios hospitalarios, recopilando la información de los consumos por medio de los sistemas de información.

6.4.6. La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, implementa el plan de mantenimiento anual de la tecnología biomédica para garantizar las condiciones de operatividad y continuidad en la prestación de servicios de salud.

6.4.7. La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, implementa el programa anual de capacitación y entrenamiento para el talento humano de la institución en el uso adecuado de las tecnologías como una de las garantías de seguridad para el paciente.

6.4.8. La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, implementa el plan de contingencia hospitalario para proveer continuidad en la prestación de servicios de salud ante posibles fallas que puedan presentarse con la tecnología

6.5. Plan de Acción del Eje de Gestión de la Tecnología

Se tiene establecido un Plan de Acción, donde se relacionan las actividades y estrategias a desarrollar durante la vigencia, el objetivo de éstas e indicadores, que permiten evidenciar el impacto de cada una de las líneas de acción.

Entre las principales actividades para el 2021, tenemos:

- Realizar la difusión de la política, a través del Grupo Primario de Gestión de la tecnología, para da mayor alcance en los conocimientos sobre el eje de gestión de la tecnología a las áreas administrativas, asistenciales y alta dirección.



- Difusión mediante el boletín informativo de las actividades que se realizan trimestralmente por los líderes de las líneas de acción del eje de gestión de la tecnología.



Contenido

- ▶ **Actividades Realizadas en el Eje de Gestión de la Tecnología**
- ▶ **Avances Obtenidos**
- ▶ **Relación de Actividades Propuestas**

31 de mayo de 2021
Primer Semestre de 2021

Boletín informativo

EJE DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

1. Actividades Realizadas por el eje de Gestión de la Tecnología

Para generar el Plan de acción, se realizó una encuesta evaluativa conceptual al grupo del eje de gestión de la tecnología y a partir de éstos hallazgos se planteó el Plan de acción bajo la metodología SWI2H.

A partir de los resultados se generó un análisis con el equipo, definiendo los responsables temáticos y las actividades de difusión con el propósito de permear a los colaboradores de interés.

Se realizó una mesa de trabajo con los líderes de los procesos de las líneas de intervención del Programa, estableciéndose los indicadores trazables al eje de Gestión de la tecnología, para así poder realizar el seguimiento y velar por las intervenciones a realizar.

Estamos mejorando en:

- La implementación de estrategias para involucrar a líderes de grupos primarios para garantizar la operatividad del eje.
- Se logró involucrar en la temática de inducción, el enfoque y las líneas de intervención del programa del eje de Gestión de la Tecnología.
- Se ha logrado permear a los colaboradores que el tema de adquisición de la tecnología es un trabajo en conjunto y articulado.

No olvides qué...

Al integrar las líneas de intervención del eje de Gestión de la Tecnología, hacemos un uso más inteligente y efectivo, que permite minimizar los riesgos al usuario, agilizando el diagnóstico y aportando tratamientos oportunos.

3. PLAN DE ACCIÓN PARA EL SIGUIENTE SEMESTRE

- Medir el impacto de las actividades realizadas en el despliegue propuesto para las diferentes líneas de intervención del eje de gestión de la tecnología

¡SI VA LO LEÍSTE, COMPÁRTELO!

2. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

- Mesas de Trabajo con los líderes de las diferentes líneas de intervención del eje de gestión de la tecnología.
- Evaluación a los líderes de los ejes para medir la adherencia de conocimiento y conceptos del eje.
- Elaboración de Plan de acción general para su cumplimiento en los meses de junio, julio y agosto.

% DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EVALUADOS Y GESTIONADOS, ASOCIADOS AL USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.

% Porcentaje de Cumplimiento Actividades de Farmacovigilancia

Análisis

Durante el primer trimestre se gestionaron el 100% de las actividades de farmacovigilancia las cuales incluyeron rondas de seguridad, capacitación en el programa de farmacovigilancia y búsqueda activa de eventos o incidentes asociados al uso de medicamentos.

- Capacitación y entrenamiento en reporte de eventos adversos asociados al uso de la tecnología, asegurando su comprensión y entendimiento dentro del programa de tecnovigilancia y publicación de boletines informativos donde se relaciona las actividades realizadas durante el período.

31 de diciembre de 2021
Cuarto Trimestre 2021

Contenido **Boletín informativo**

PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA

1. Actividades Ejecutadas En El Cuarto Trimestre

- Análisis y Gestión de los eventos e incidentes adversos reportados durante el cuarto trimestre.
- Búsqueda activa mediante las rondas de Inspección de la tecnología biomédica.
- Capacitación en el adecuado uso de la tecnología biomédica.
- Capacitación en la limpieza y desinfección de los equipos biomédicos.

El Hospital cuenta con el Programa institucional de Tecnovigilancia, documentado e implementado, un comité que se reúne periódicamente y se articula con el eje de seguridad del paciente, como una de sus líneas de acción. Tecnovigilancia participa activamente en las rondas de seguridad del paciente, las cuales se realizan mensualmente en los diferentes servicios.

Estamos mejorando en:
El Sistema de reporte institucional de eventos e incidentes adversos asociados al uso de la tecnología y su gestión, se empezó a realizar a través de la plataforma de software ALMERA. Con este avance tecnológico se lograrán sistematizar los sistemas de reporte desde los diferentes servicios con el fin de realizar mayor seguimiento. **Sin embargo**, se va a fortalecer en la realización de capacitaciones a los diferentes jefes de los servicios sobre el manejo de la plataforma.

No olvidas qué...
El programa de tecnovigilancia cuenta con la gestión de las tecnologías de soporte que son:

- Cursos de Tecnovigilancia a través de la plataforma E-learning.
- Software de Sistema de Reporte a través de la plataforma ALMERA.

Página 3 de 3

- Video de difusión mediante los monitores institucionales al grupo de usuarios sobre el cuidado de la tecnología.

CUIDAR EL HOSPITAL ES COMPROMISO DE TODOS

Mediante el eje de seguridad del paciente y su línea de acción Tecnovigilancia, aseguramos que el uso de la tecnología sea confiable y de calidad



“Nuestra Misión, Prestar Servicios De Salud Humanizados Y Confiables, Soportados En La Gestión Del Conocimiento De Su talento Humano Y La Mejor Tecnología”

E. S. E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

- Mediante el programa de seguimiento farmacoterapéutico se informó a los médicos sobre las intervenciones realizadas para minimizar posibles interacciones asociadas al uso de los medicamentos, mejorando así la farmacoterapia. A su vez, se realizó la difusión mediante folletos informativos al personal de salud sobre los hallazgos encontrados y como evitar posibles eventos, mejorando la seguridad del paciente.

Tramadol
La dosis debe ajustarse a la intensidad del dolor y a la sensibilidad individual de cada paciente. Se debe utilizar la dosis efectiva más baja para la analgesia. No deben superarse dosis diarias de 400 mg de hidrocóloruro de tramadol, a no ser que se trate de circunstancias clínicas especiales.

Recomendaciones

- Se producirá precipitación si la inyección de hidrocóloruro de tramadol se mezcla en la misma jeringa con inyecciones de diazepam, diclofenaco sódico, indometacina, midazolam y piroxicam.
- Tramadol hidrocóloruro solución inyectable y para perfusión se puede mezclar con los siguientes diluyentes para perfusión en el intervalo de concentración de 0,5 mg/ml a 4,0 mg/ml.

Interacciones Fármaco-fármaco:

- No se debe usar concomitantemente con carbamazepina y sibutramina.
- Los IMAOs se deben suspender por lo menos 14 días antes de iniciar tratamiento con opioides. Su uso concomitante está contraindicado.
- Los efectos depresores del SNC son potenciados por otros depresores como: alcohol, anestésicos, ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos tricíclicos y antipsicóticos.
- El efecto del tramadol es aumentado por: antidepresivos tricíclicos.
- El efecto del tramadol es disminuido por: agonistas/antagonistas mixtos de los opioides, deferasirox e inhibidores fuertes y moderados de la CYP2D6.

Efectos Colaterales:
Se han reportado en forma aislada efectos adversos moderados que no obligan a suspender la terapia con tramadol, pueden aparecer somnolencias, mareos, náuseas, vómitos, sequedad bucal y en forma muy rara cansancio y obnubilación. Raramente se observan alteraciones cardiovasculares como palpitaciones e hipotensión postural. Luego de la administración I.V. rápida de la droga pueden aumentar los efectos adversos y aparecen una sudación profusa, la cual se evita con la administración lenta del fármaco. A nivel de la piel puede aparecer picazón, eritema y sensación de calor.



Farmacovigilancia

**Servicio Farmaceutico
E.S.E. Hospital Departamental
San Antonio de Pitalito
2021**



En farmacovigilancia se realizan actividades relacionadas con... "detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro Problema Relacionado con Medicamentos (PRM)"... con el objetivo de "Establecer el perfil de seguridad de los medicamentos y promocionar el uso adecuado de los mismos".

Tabla de medicamentos causantes de reacciones adversas

Medicamento	Cantidad
Coronavac	4
Cefazolina	4
Dipirona	2
Amoxicilina	2
Ampicilina Sulbactam	2
Tramadol	2
Hioscina	1
Evicef	1
Omeprazol	1
Diclofenaco	1
Esomeprazol	1
Metronidazol	1
Dexametasona	1
Ciprofloxacino	1
Midazolam	1
Fentanilo	1
Ciprofloxacino	1
Metoclopramida	1
Piperacilina tazobactam	1

Ene-Feb-Mar-Abr

Tabla reacciones adversas

Reacción	Cantidad
Prurito	8
Rash Cutáneo	5
Lesiones Habonosas	3
Edema Palpebral	3
Producto Defectuoso	3
Hipertensión	2
Taquicardia	1

Vacuna Covid -19

Las vacunas que adquirió Colombia para iniciar su Plan Nacional de Vacunación son seguras y eficaces, así lo han demostrado los estudios publicados y los análisis desarrollados por las diferentes agencias reguladoras en el mundo.

No obstante, frente a ellas el país tiene garantizado un plan de farmacovigilancia, el cual servirá para identificar posibles o eventuales reacciones adversas tras la aplicación de la vacuna contra el coronavirus.

Efectos secundarios comunes

En el brazo donde recibió la inyección:	En el resto de tu cuerpo:
<ul style="list-style-type: none"> Dolor Enrojecimiento Hinchazón 	<ul style="list-style-type: none"> cansancio Dolor de cabeza Dolor muscular Escalofríos Fiebre Náuseas

Uso seguro de la cefazolina

Recomendaciones: NO se administre este medicamento si es alérgico a Betalactámicos o Cefalosporinas. Este medicamento debe ser administrado por vía intravenosa.

Efectos adversos: Este medicamento puede producir alguna reacción de tipo alérgico en la piel (enrojecimiento, irritación, picor, sensación de quemazón, etc.) y molestias gastrointestinales (náuseas, vómitos, etc.).

Interacciones

Fármaco – Fármaco

- El uso concomitante de las cefalosporinas y la vacuna contra la tuberculosis (BCG) está contraindicado.
- Las cefalosporinas pueden aumentar el efecto de los anticoagulantes antagonistas de la vitamina K.
- Las cefalosporinas disminuyen el efecto de la BCG y la vacuna tifoidea.

Después de la reconstitución: La solución reconstituida con el disolvente es estable durante 8 horas a una temperatura no superior a 25°C.

Diluir el medicamento en 5 ml de agua para inyección, luego diluir en 100 ml de las siguientes diluciones: Solución Salina 0.9%, Dextrosa 5% o 10%, Lactato de Ringer.



- Difusión del plan de contingencia el cual busca disminuir el tiempo de respuesta ante posibles daños ocasionados en los equipos biomédicos y no biomédicos, prevenir alteraciones en la prestación de los servicios de salud y restablecer en el menor tiempo posible las actividades de los procesos institucionales.



La E.S.E. Hospital Departamental de Pitalito cuenta con un Plan de Contingencia el cual comprende:

¿Qué hacer? En caso de alteraciones, cortes o fallas de:

- ✓ **Ruta Externa de RESIDUOS:** Las rutas externas son realizadas por los gestores que realizan la recolección de los residuos en la institución, en caso de alteraciones en las rutas establecidas, el operador debe informar previamente cual será el plan de acción y se debe optimizar el uso de las áreas de almacenamiento central de residuos de acuerdo a sus características.
- ✓ **Servicio de NUTRICIÓN:** Con el fin de prevenir alteraciones en el suministro de las dietas a los pacientes, se cuenta con cuatro (4) cilindros de gas, uno principal y tres (3) auxiliares para garantizar el funcionamiento del servicio. Adicionalmente, en caso de presentarse anomalías para la adquisición de los insumos para la preparación, se tienen establecidos los cambios permitidos en las dietas normales y especiales, con el visto bueno de la Nutricionista.

Te atendemos con el Corazón

Para mayor información, consulta el Plan de Contingencia ubicado en Intranet/Acreditación/Despliegue de Acreditación/Eje de Gestión de la Tecnología

Redes de la RED GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

La E.S.E. Hospital Departamental de Pitalito cuenta con un Plan de Contingencia el cual comprende:

¿Qué hacer? En caso de alteraciones, cortes o fallas de:

- ✓ **Abastecimiento de AGUA:** Se cuenta con 4 tanques subterráneos y 10 aéreos. En caso de que haya corte en los servicios se informa el tiempo de intervención y se priorizan los servicios vitales, para evitar afectaciones en los procesos de atención.
- ✓ **Suministro de ENERGÍA:** Se dispone de tres plantas eléctricas, las cuales reaccionan a los siete (7) segundos, con una autonomía de suministrar energía para toda la institución.
- ✓ **Suministro de VAPOR:** Se cuenta dos calderas duales que funcionan con Gas o ACPM, las cuales suministran el vapor para los servicios de lavandería, nutrición y central de esterilización. En caso de fallas, una de las calderas actúa como suplemente. Adicionalmente, se cuenta con reserva de ACPM.

Te atendemos con el Corazón

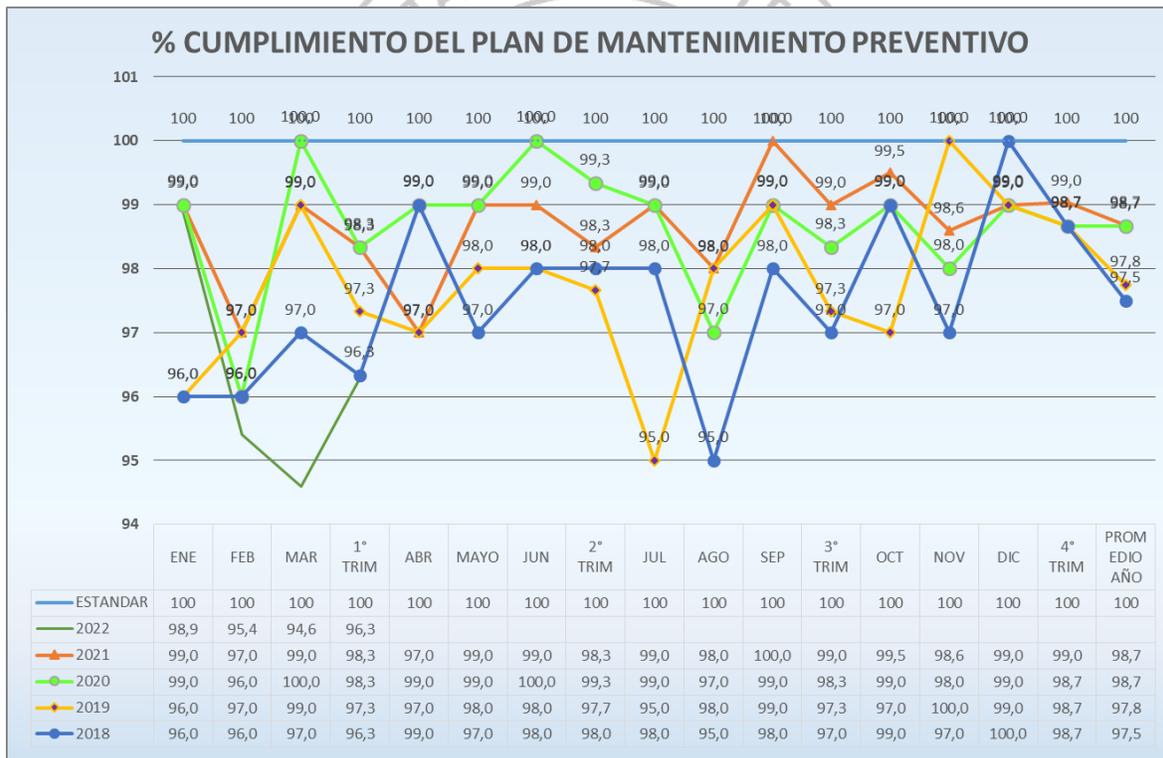
Para mayor información, consulta el Plan de Contingencia ubicado en Intranet/Acreditación/Despliegue de Acreditación/Eje de Gestión de la Tecnología

Redes de la RED GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

6.6. Principales Logros y Resultados

A continuación se dan a conocer los principales resultados de los indicadores establecidos en el Plan de Acción del Programa del Eje de Gestión de la Tecnología en la institución y aquellos resultados trazadores en las respectivas vigencias.

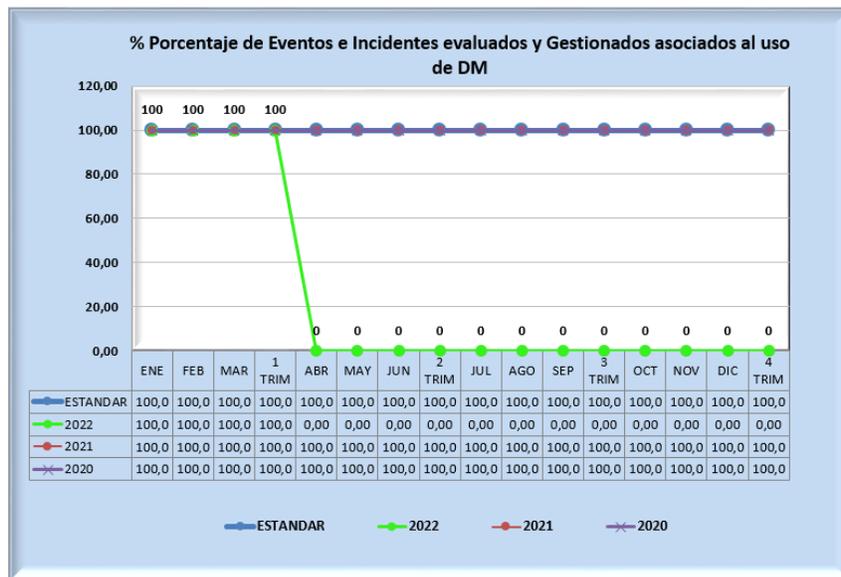
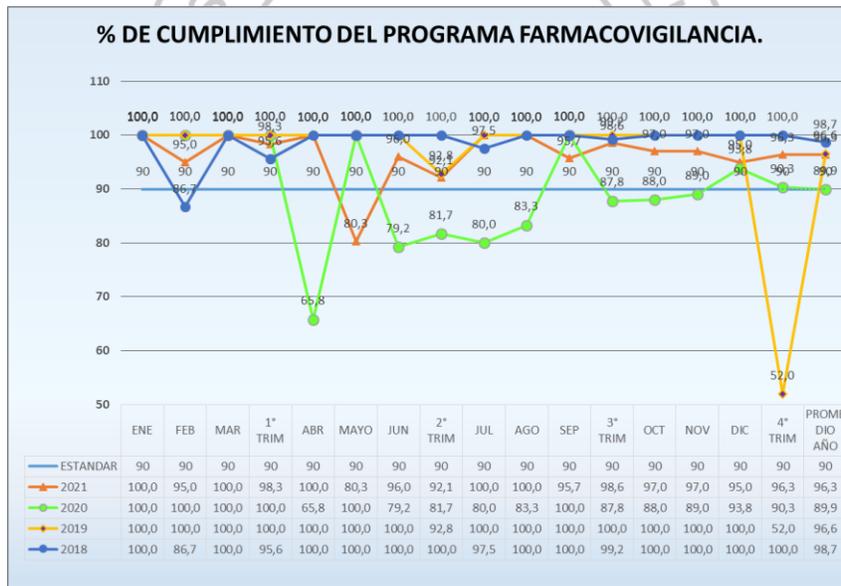
CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA TECNOLOGIA BIOMÉDICA



El porcentaje del cumplimiento en el plan de mantenimiento preventivo se ha mantenido por encima del 90%. Las barreras de remoción que impidieron el cumplimiento de la meta se atribuyeron a equipos fuera de servicio que en su momento estuvieron pendientes repuestos y equipos dados de baja, para los cuales se realizó la respectiva gestión.

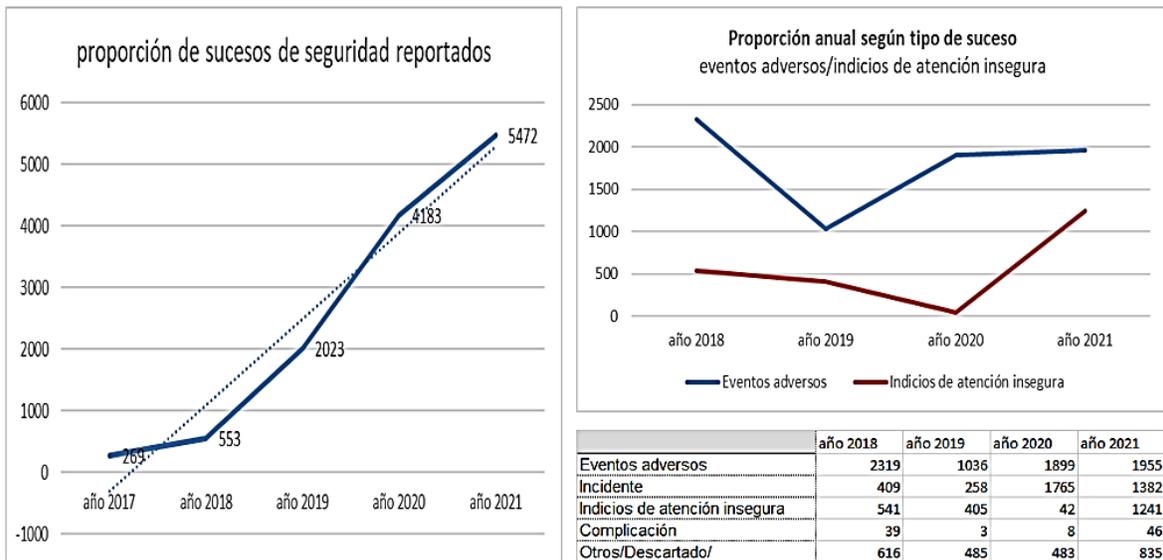
- FORTALECIMIENTO DE LA PROTECCIÓN EN SALUD MEDIANTE EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA Y LA EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE LOS REPORTES DE TECNOVIGILANCIA

Se ha cumplido satisfactoriamente con las actividades del programa de Farmacovigilancia dando un cumplimiento del 96,3% para el año 2021, al igual que el 100% en el análisis y gestión de todos los eventos reportados en el programa de Tecnovigilancia, el cumplimiento de dichas actividades ha permitido fortalecer la protección en salud y las barreras de seguridad para el paciente.



- INCREMENTO EN LOS REPORTES DE SUCESOS DE SEGURIDAD

El trabajo articulado con el eje de seguridad del paciente y su participación transversal como una de las líneas de articulación del eje de gestión de la tecnología, ha logrado fomentar e incrementar la cultura del reporte de sucesos de seguridad, lo cual se evidencia en la gráfica que se presenta a continuación:

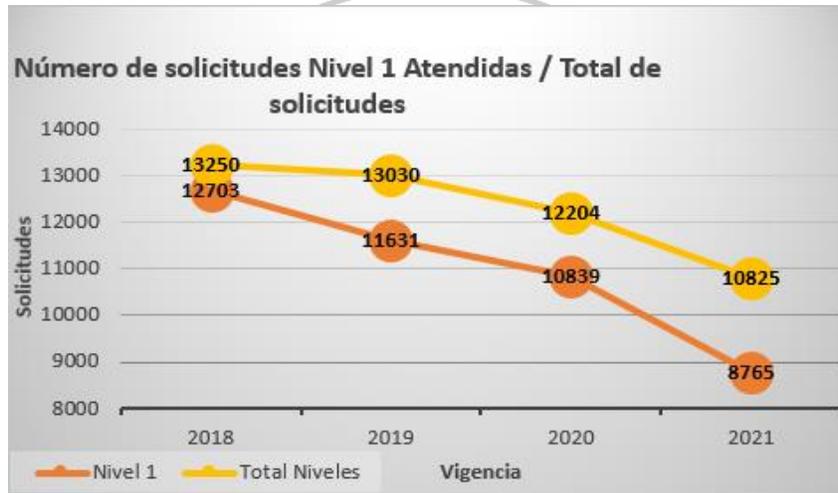


Fuente de información: consolidado de sucesos de seguridad Hospital Departamental san Antonio de Pitalito

El incremento en el reporte de sucesos de seguridad permite a la institución realizar las intervenciones necesarias para mitigar la recurrencia de eventos adversos e implementar acciones de mejora para anticiparse al daño.

- DISMINUCIÓN EN EL NÚMERO DE SOLICITUDES DE NIVEL 1 REPORTADAS

Se ha impactado en la atención del paciente, mediante el programa de capacitaciones en tecnologías de la información, disminuyendo el número de solicitudes que los usuarios realizan a través del software SERVICE DESK (software para el seguimiento y evaluación de las solicitudes de todo el eje de gestión de la tecnología) como se ve reflejado en la gráfica de tendencia Nivel 1.

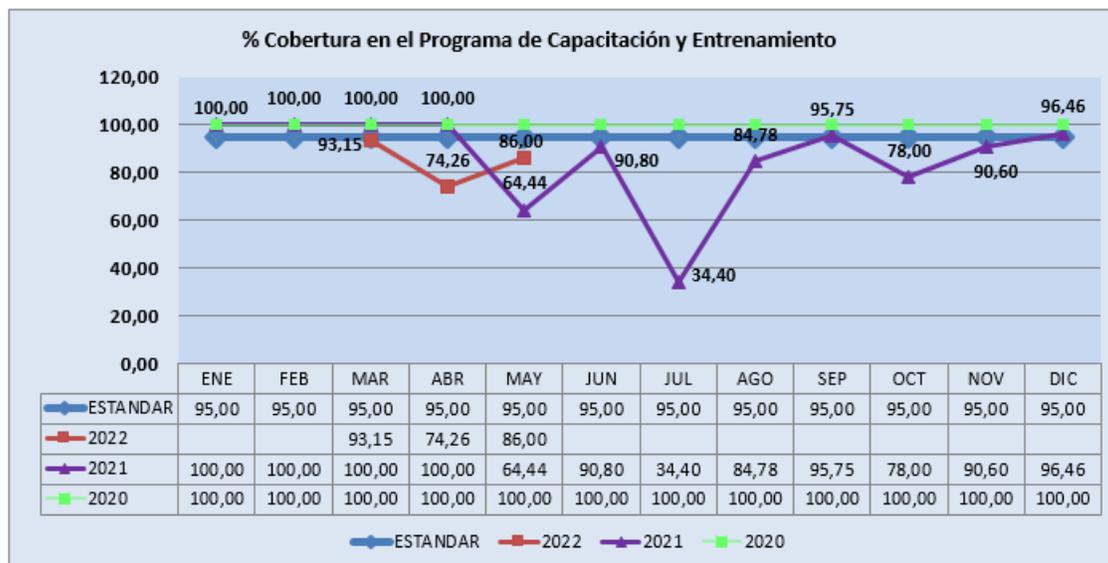


- DISMINUCIÓN DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA

Durante los últimos 4 años se ha realizado análisis causal de la gestión de la operación del servicio de tecnologías de la información, impactando en la eficiencia de las respuestas y soluciones a las peticiones de los usuarios, lo cual se evidencia en la disminución de los tiempos de respuesta a través de los años.



- COBERTURA DE ENTRENAMIENTO EN LAS TECNOLOGÍAS A LOS COLABORADORES DE LA INSTITUCIÓN



Para el segundo trimestre del año 2021, se realizó un ajuste al indicador de capacitaciones, dicho indicador permitía el seguimiento en los entrenamientos a los colaboradores de la institución, sin embargo, no había cobertura del personal, para lo cual se realizó la transición de cumplimiento al número de actividades de capacitaciones al indicador de cobertura por áreas y por perfil profesional.

Los ajustes implementados permitieron llevar un control real del número de colaboradores en los servicios con entrenamiento en las tecnologías biomédicas, haciendo énfasis en los criterios de tecnología que aplican para cada perfil profesional.

Finalmente, recordar que como Política Gerencial se informa permanentemente a través de los canales de comunicación del Hospital a toda la comunidad sobre los avances de las inversiones en materia de tecnología, al igual que en el informe anual de gestión y rendición de cuentas, donde el consolidado para el período 2012 A 2022 reporta una inversión de \$5.479 millones en Sistemas de Información y \$9.516 millones en Tecnología Biomédica.

Los Retos Continúan:

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se evidencia el trabajo continuo y los retos que vienen a continuación con los cuales seguiremos avanzando enfocando nuestros esfuerzos en las siguientes oportunidades de mejora:

- Fortalecer el despliegue divulgación del plan de contingencia asegurando su comprensión, aplicabilidad y entendimiento.
- Fortalecer la difusión del Eje de Gestión de la Tecnología a los colaboradores de la institución.
- Fortalecer la difusión de la política de reúso de la tecnología y realizar seguimiento a los indicadores propuestos.
- Fortalecer los mecanismos de difusión de los programas de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, haciendo énfasis en su articulación con seguridad del paciente.
- Fortalecer la difusión de los logros obtenidos en comité de tecnovigilancia y las barreras encontradas, con las acciones generadas para su remoción.

Es de vital importancia contar con el apoyo y participación como siempre lo han hecho por parte de los Honorables Miembros de nuestra Junta Directiva, al igual que las entidades que nos apoyan en sus diferentes roles, a los proveedores, contratistas, a todos nuestros servidores, a nuestros usuarios y sus familiares, al igual que los diferentes grupos de valor para realizar el trabajo mancomunado que se requiere en nuestro proceso de la Acreditación Institucional, en donde la Gestión de la Tecnología es un eje transversal a todos los procesos de la institución.


DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente