

POLÍTICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CLAUDIA PATRICIA VÉLEZ BERMÚDEZ

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2016

POLÍTICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CLAUDIA PATRICIA VÉLEZ BERMÚDEZ

Monografía de grado para optar al Título de Especialista en Gerencia de Sistemas
de Salud

Director

Dr. DIOMEDES TABIMA GARCIA

Asesor

Dr. ALVARO AUGUSTO AYALA GARZÓN

Director Operativo Prestación de Servicios Secretaría de Salud de Risaralda
Docente Especialización y Maestría Gerencia en Sistemas de Salud

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD

PEREIRA

2016

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

Pereira, Octubre de 2016

Datos de Contacto :

Claudia Patricia Vélez Bermúdez.

Secretaria de Salud de Risaralda.

Pereira, Risaralda, Colombia.

E- mail : claudia.velez@risaralda.gov.co

(57) (6) 3398300 Ext 478

(57) 3217014299

Dedicado a:

Martin Sarmiento Vélez, mi maestro de vida.

A mis padres, Idaly y Germán por su apoyo incondicional.

A los trabajadores del área de la Salud, por su capacidad de entrega y servicio.

A los usuarios del sistema de salud, nuestra razón de ser.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos especiales:

Al Doctor Alvaro Augusto Ayala Garzón, Maestro, Asesor y Jefe, por su permanente apoyo y motivación.

Al Doctor Diomedes Tabima García, Director de la Especialización, por su paciencia.

Al Doctor Andrés Javier López, Médico Referente de Seguridad del Paciente de la Secretaria de Salud Departamental, mi relevo en el cargo, por su valiosa cooperación en la fase final del proyecto.

A la Secretaria de Salud Departamental, por representar fuente permanente de conocimiento y experiencia.

***"Lo peor no es cometer un error,
sino tratar de justificarlo, en vez
de aprovecharlo como aviso providencial
de nuestra ligereza o ignorancia"***

(Santiago Ramón y Cajal)

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	19
1. OBJETIVOS	20
1.1 OBJETIVO GENERAL	20
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	20
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	21
2.2 JUSTIFICACIÓN.....	27
3. MARCO DE REFERENCIA.	30
3.1 MARCO GEOGRÁFICO Y ECONÓMICO	30
3.1.1 Ubicación y extensión	30
3.1.2 Límites	30
3.1.3 División Político Administrativa	30
3.1.4 Subregiones.....	31
3.1.5 Economía.....	33
3.2 MARCO DEMOGRÁFICO	34
3.2.1 Generalidades.....	34
3.2.2 Distribución urbano rural.....	35
3.2.3 Pirámide poblacional.....	36
3.3 MARCO EPIDEMIOLÓGICO	38
3.3.1 Morbilidad atendida.....	38
3.3.2 Mortalidad.	38
3.4 MARCO NORMATIVO Y TÉCNICO	40
3.4.1 Contexto Internacional Mundial.	40
3.4.2 Contexto Internacional Iberoamericano.	46
3.4.3 Contexto Colombiano	47
3.5 MARCO CONCEPTUAL	61

3.5.1 Calidad en Salud y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud	61
3.5.2 La calidad como determinante de la salud	65
3.5.3 Seguridad del paciente	66
3.5.4 Concepto de Política y Política Pública	117
3.6 Marco Institucional	143
3.6.1 Red de Prestación de Servicios de Salud Departamento de Risaralda.	143
3.6.2 Modelo de atención red de prestación de servicios Secretaria de Salud de Risaralda.....	146
4. DISEÑO Y MÉTODOS.....	149
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	151
4.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO	151
4.3 POBLACIÓN OBJETO.....	151
4.4 MÉTODOS.....	152
4.4.1 Metodologías..	152
4.4.2 Herramientas.	155
4.5 RESULTADOS.....	161
4.5.1 Participación de actores.....	161
4.5.2. Matriz de estructura de la política..	164
4.5.3 Observaciones y recomendaciones de los actores.....	168
4.5.4 Documento técnico propuesta política departamental de seguridad del paciente	174
4.6 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	216
5. CONCLUSIONES	216
6. RECOMENDACIONES.....	216
BIBLIOGRAFIA	216
ANEXOS.....	225

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución Geográfica y Demográfica Risaralda 2015	35
Tabla 2. Iniciativas frente a los eventos adversos asociados a la atención	41
Tabla 3. Factores contribuyentes de eventos adversos	111
Tabla 4. Caracterización de prestadores departamento de Risaralda	1119
Tabla 5. Relación de IPS según origen y grado de complejidad de Occidente	146
Tabla 6. Relación de IPS según origen y grado de complejidad del Centro.	146
Tabla 7. Relación de IPS según origen y gado de complejidad del Oriente	147
Tabla 8. Clasificación de prestadores Departamento de Risaralda 2014-2016	147
Tabla 9. Caracterización Prestadores Servicios de Salud Risaralda 2014-2016	148
Tabla 10. Capacidad instalada según prestador 2014-2016	149
Tabla 11. Capacidad instalada (camas) Red pública y privada 2014-2016.	149
Tabla 12. Matriz de actores política departamental de seguridad del paciente	156
Tabla 13. Diagnóstico situacional seguridad del paciente. Risaralda, 2015	157
Tabla 14. Asistentes Jornada de trabajo formulación de política 24/08/2015	162
Tabla 15. Matriz de política pública departamental de seguridad del paciente	165

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámide poblacional Risaralda 2005-2013-2020	39
Gráfica 2. Tasa de mortalidad ajustada por edad Risaralda, 2005-2013	39
Gráfica 3. Modelo para la construcción de políticas públicas.	141
Gráfica 4. Metodología de las 3 E y tres D evaluación de políticas públicas.	141

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. División Político- Administrativa Departamento de Risaralda 2012	31
Figura 2. Subregiones Departamento de Risaralda.	32
Figura 3. Distribución Urbano -rural Risaralda 2012.	36
Figura 4. Modelo de Reason. Modelo del Queso Suizo.	66
Figura 5. Diagrama Espina de Pescado o Ishikawa.	106
Figura 6. Modelo Organizacional de accidentes de James Reason.	108
Figura 7. Procedimiento de investigación de eventos adversos.	109

GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ATENCIÓN EN SALUD: conjunto de servicios recibidos por los individuos o las poblaciones en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

BARRERA DE SEGURIDAD: acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación de un incidente o evento adverso.

BUNDLE O PAQUETE DE CUIDADO: conjunto de intervenciones (usualmente entre 3 y 5) que están sustentadas en la evidencia y dirigidas hacia un daño específico.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

COMPLICACIÓN: daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

CONTINUIDAD: grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

CULTURA DE LA SEGURIDAD: grado en el cual las personas se comprometen individualmente y como grupo, con la seguridad del paciente.

EVENTO ADVERSO: resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

FACTORES CONTRIBUTIVOS: condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso.

FALLAS LATENTES: acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo).

INCIDENTE: evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

OPORTUNIDAD: característica de la calidad de la atención en salud definida como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

PERTINENCIA: grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

POLÍTICA: actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos.

POLÍTICA PÚBLICA: conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, que tienen como objetivo resolver y dar respuestas a la multiplicidad de necesidades, intereses y preferencias de grupos y personas que integran una sociedad.

RIESGO: probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO: conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD: conjunto de herramientas, procedimientos y acciones dirigidos a monitorear la calidad de los servicios.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS: 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.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD: conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de instituciones prestadoras de servicios de salud, destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores.

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: conjunto de normas, requisitos y procedimientos básicos para el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las EAPB.

TALENTO HUMANO EN SALUD: personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.

RESUMEN

Antecedentes: La Seguridad del Paciente es una prioridad de Salud Pública Mundial. Se cuenta con lineamientos técnicos y normativos pero se desconoce el impacto de su implementación a nivel territorial. Métodos: Estudio Cualitativo. Se realiza la búsqueda de información y la revisión bibliográfica y normativa relacionada con la seguridad del paciente y la formulación de políticas públicas. A través de la aplicación de la metodología de marco lógico y la aplicación de una variante en tiempo real de la técnica Delphi para consenso de expertos se elabora y valida una propuesta de política pública de seguridad del paciente conjuntamente con los actores del sistema de salud territorial en el departamento de Risaralda. Resultados: Se obtiene una identificación y caracterización de actores del sistema de salud territorial. Adicionalmente un análisis situacional relacionado con la calidad de la prestación de servicios en Risaralda. Finalmente se construye una propuesta técnica de política pública departamental de seguridad del paciente centrado en 4 ejes: Coordinación de actores, fortalecimiento institucional, gestión del talento humano en salud, participación social y usuarios. Conclusiones: Las políticas en salud requieren la inclusión de las particularidades territoriales en su elaboración. La construcción colectiva y participativa de las mismas constituye una oportunidad de facilitar su posterior implementación. Es necesario incorporar un sistema de seguimiento, a través de indicadores y metas, para conocer los avances obtenidos.

Palabras Clave: *Políticas Públicas en Salud, Organización y Gerencia de Servicios de Salud, Sistemas de Salud, Prestación de Servicios de Salud, Calidad y Seguridad del paciente, Cultura de la Seguridad, Prevención de eventos adverso.*

SUMMARY

Background: Patient Safety is a global public health priority. There is technical and normative guidelines, but the impact of the territorial implementation of these guidelines is unknown. Methods: Qualitative Study. Information search and bibliographic and normative review related to patient safety and the formulation of public policies are carried out. Through the application of the logical framework methodology and the application of a real-time variant of the Delphi technique for consensus of experts, a proposal of public policy of patient safety is elaborated and validated jointly with the actors of the territorial health system in Risaralda, Colombia. Results: We obtain an identification and characterization of actors of the territorial health system. Additionally, a situational analysis related to the quality of service provision in Risaralda. Finally, a technical proposal for a departmental public policy of patient safety, centered on four axes, is being developed: Coordination of actors, institutional strengthening, human talent management in health, social participation and users. Conclusion: Health policies require the inclusion of territorial particularities in their elaboration. The collective and participatory construction of them constitutes an opportunity to facilitate their subsequent implementation. It is necessary to incorporate a monitoring system, through indicators and targets, to know the progress achieved .

Key words : *Healthcare Policies, Health Services Organization and Management, Health care system, Provision of health services, Quality of Care and Patient safety , Safety culture, Prevention of adverse events*

INTRODUCCIÓN

La falta de seguridad de la atención se considera una prioridad en salud pública a intervenir a nivel mundial debido a su elevada carga de enfermedad y muerte y altos costos económicos.

Han sido múltiples los esfuerzos desarrollados en los últimos 20 años en diferentes países del mundo, estando Colombia a la vanguardia en Latinoamérica, a través de la formulación e implementación de lineamientos que promueven la seguridad del paciente mediante la Política Nacional de Seguridad del Paciente. Sin embargo, el componente asistencial de la prestación de servicios de salud, foco de las intervenciones en la seguridad del paciente, directamente se afecta por factores externos al mismo, como son las modificaciones normativas frecuentes que sobrepasan la capacidad de respuesta de las instituciones; el aumento de la deuda EPS- IPS; las debilidades en la formación del talento humano en salud, alta rotación del personal de salud y condiciones de vinculación laboral altamente desfavorables; insuficiente oferta de médicos generales y médicos especialistas y de servicios de salud de alta complejidad, entre otros, los cuales dificultan en alto grado el cumplimiento de los lineamientos de la Política.

Se plantea en el presente trabajo, a partir de la revisión y tomando como base la Política Nacional, la cual cuenta con un sólido respaldo técnico- científico, realizar una adaptación y ajustes que incluyan intervenciones que den solución a las principales dificultades de la prestación de servicios de salud en el Departamento, como fundamento básico de una Seguridad del Paciente acorde a las necesidades reales y actuales y de los recursos disponibles en los actores de salud en el Territorio.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Formular una política pública de seguridad del paciente para el departamento de Risaralda basada en evidencia científica disponible y conforme a las necesidades particulares del sistema de salud departamental.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Presentar revisión normativa y conceptual sobre seguridad del paciente.

Exponer la metodología de formulación de políticas públicas.

Elaborar diagnóstico situacional de la seguridad del paciente en el departamento de Risaralda.

Elaborar propuesta técnica de política pública departamental de Seguridad del paciente.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención en salud. La falta de seguridad en la atención es considerada hoy en día como un problema de salud pública mundial, debido a que los errores médicos y otros efectos adversos de la atención de salud son factores que inciden en forma significativa en la carga de enfermedad y muerte. (1)

En 1999 el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó el estudio “Errar es humano”, el cual mostró que los errores médicos en este país ocasionaban aproximadamente 98.000 defunciones al año —cifra superior a la de decesos causados por cáncer de mama, accidentes automovilísticos o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (2)

Los datos de los países en desarrollo son más escasos. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de la mitad del instrumental médico utilizado en estas regiones no es seguro; además, el 77% de todos los casos notificados de medicamentos falsificados y de mala calidad se produce en los países más pobres. (2)

Las infecciones que se contraen en los hospitales generan enfermedades prolongadas o graves, aumentan la permanencia en el hospital, y llegan a causar discapacidad y muerte en muchos pacientes de todo el mundo.

Un estudio realizado en Tailandia determinó que las infecciones contraídas en los hospitales consumen hasta el 10% del presupuesto total de algunos hospitales. (2)

En Latinoamérica, el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio a gran escala, realizado entre 2007 y 2009, el cual contó con la participación de 58 centros hospitalarios y 11379 pacientes de 5 países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú . Se encontró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en los hospitales estudiados sufrieron daño producido por los cuidados sanitarios. De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes, 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones), 17 quedaron con incapacidad total, 12 con incapacidad severa y 64 con incapacidades leves o sin incapacidad. De cada 100 incidentes, 63 alargaron la estancia en el hospital, 18 dieron lugar a reingreso y sólo 19 no tuvieron efectos sobre los días de estancia hospitalaria. Los incidentes que causaron daño aumentaron la estancia hospitalaria más de 16 días por paciente (una variación entre países que va desde 13 a 19 días). Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%. Y quizás lo más importante, se encontró que “Alrededor de la mitad de incidentes debidos a los cuidados sanitarios que produjeron daño, podrían haberse evitado con los estándares actuales de cuidados sanitarios”. (3)

Existen reportes los cuales demuestran que los eventos adversos debidos a errores en el cuidado médico representan la mayor fuente de morbilidad y mortalidad global (42.7 millones de eventos adversos que representan 23 millones años vida perdidos por discapacidad). (4)

La falta de seguridad para el paciente no sólo ocasiona una enorme pérdida de vidas, sino que tiene también graves repercusiones económicas. Diversos estudios han demostrado que algunos países pierden entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares por año como consecuencia de bajas laborales, demandas legales, ingresos perdidos, discapacidad, internaciones prolongadas, gastos médicos y mayor consumo de recursos (más medicación, más intervenciones quirúrgicas, más pruebas diagnósticas, más cuidados en general).

Desde la publicación del reporte Errar es humano, millones de dólares se han invertido en todo el mundo en investigación y educación alrededor del tema de la seguridad de los pacientes, además de la implementación de múltiples prácticas seguras, buscando disminuir, cada vez más, la posibilidad de tener eventos adversos prevenibles durante la atención médica.

En 2002, la OMS, declaró la seguridad del paciente como prioridad global y en 2004, creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (hoy Programa de Seguridad del Paciente), cuya meta es consolidar y coordinar las iniciativas mundiales y nacionales para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo. (4)

Para el 2006, se reportó que los eventos adversos eran la sexta causa muerte en Estados Unidos, por encima de la diabetes, la influenza, la neumonía, la enfermedad renal y el Alzheimer y que la duración de la estadía hospitalaria y la mortalidad, por eventos adversos asociados a error, contribuyeron a 32.591 muertes por año y a \$US 9.3 billones. (4)

Recientemente se informó que los eventos adversos son la primera causa de morbimortalidad global en algunos países en vía de desarrollo. La explicación al fenómeno de aparición de eventos adversos en la atención en salud es su alta complejidad, traducida en una gran cantidad de factores que intervienen y que cambian constantemente; algunos de los cuales no son de posible control por las personas que atienden al paciente. Se mencionan entre las más importantes, la complejidad propia de cada procedimiento, el diseño del proceso de atención, las condiciones humanas relacionadas con la atención como son el conocimiento y las habilidades individuales de quienes entran en contacto directo con los pacientes, su concentración, su estado de ánimo, el estado actual de los equipos y la tecnología a utilizar, así como la efectividad con que las personas que atienden al paciente se comunican entre sí y trabajan en equipo.

Sin control por parte de los profesionales de la salud están las condiciones clínicas del paciente y la complejidad de su enfermedad. Estos cambios constantes que suceden en la atención en salud le dan a la misma, las características de ser un sistema adaptativo, complejo, con innumerables variables que controlar, las cuales favorecen la aparición de errores y eventos adversos secundarios. (4)

En Colombia en 2006, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 1445 por el cual se estableció el Sistema Único de Acreditación en Salud, e introdujo como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse, la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevó voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente.

El 11 de Junio de 2008 expide la Política de Seguridad del Paciente, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Publica el documento “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” y la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, con el fin de orientar a las instituciones para la implementación de dichos lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención. Los incidentes y eventos adversos alertan la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad.

A pesar de todos los esfuerzos realizados y de la socialización y despliegue de prácticas reconocidas universalmente como seguras, producto de buenos programas institucionales de seguridad implementados en los últimos años y que se recomiendan porque tienen suficiente evidencia científica o son recomendaciones de expertos, la evidencia clínica reciente indica que aún el daño prevenible que ocurre en los hospitales es alto. (4)

Con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en Colombia, se pasó de la implementación voluntaria a la obligatoriedad de tener una estructura exclusiva para la Seguridad del Paciente, constituida por una Política y un Programa Institucionales de Seguridad del Paciente, unos procesos institucionales asistenciales seguros y la implementación de diez buenas prácticas de seguridad del paciente definidas como prioritarias de acuerdo a lo establecido en el Sistema Único de Habilitación. (5)

La Política de Seguridad del Paciente requiere la coordinación entre actores alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, además del incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio a su interior deben tener sus propios procesos de Seguridad del Paciente, ya que se pueden identificar factores atribuibles al asegurador como causas de incidentes y eventos adversos, cuya intervención debe ser coordinada con las instituciones de su red en cuanto a fallas que involucren a ambos actores. En su relación contractual con los prestadores deben evitarse prácticas que puedan incentivar el ocultamiento, como las glosas indiscriminadas de situaciones calificadas unilateralmente como evento adverso sin un previo análisis con el prestador y los procedimientos punitivos o que desincentiven el reporte de los eventos adversos, por parte del prestador. (6) Corresponde a los organismos de vigilancia y control realizar el seguimiento a las situaciones particulares, relacionadas con incidentes o eventos adversos.

Es importante entender que dado el modelo explicativo de la ocurrencia de la atención insegura, a ésta pueden contribuir múltiples factores, algunos atribuibles a un individuo específico, y por lo tanto, en la ejecución de sus procesos debe tenerse en cuenta este tema, evitando el señalamiento prematuro de culpables sin una sólida base probatoria resultante de una evaluación de la situación específica. Debe tomarse en consideración igualmente, la ejecución de las acciones correctivas y preventivas adoptadas por la institución o el individuo frente a los mismos hechos. (4)

A pesar que las instituciones prestadoras de servicios de salud del Departamento de Risaralda han realizado la apropiación técnica institucional de los lineamientos de la Política Nacional de Seguridad del Paciente y cuentan con un sistema propio de notificación de eventos adversos, no se dispone de un sistema de información integrado que permita conocer en tiempo real el comportamiento de éstos a través de un consolidado a nivel departamental. Risaralda carece de estudios de la prevalencia e incidencia de eventos adversos asociados con la atención en salud, una de las bases fundamentales no sólo para la toma de decisiones sino también para el seguimiento y la medición del impacto de la implementación de las Políticas y los Programas Institucionales de Seguridad del Paciente.

El presente trabajo plantea la revisión de los lineamientos de la Política Nacional y el contexto general actual del sistema con el objetivo de elaborar una propuesta que conlleve a unos ajustes acordes a las necesidades de los actores del departamento, estableciendo estrategias de tipo gerencial y administrativo bajo el liderazgo del ente territorial, el cual cuenta con competencias de direccionamiento, coordinación y autoridad sanitaria, con el objetivo de crear un ambiente propicio para el logro de resultados exitosos que impacten en el mejoramiento de la calidad de los servicios y el estado de salud de la población risaraldense.

Se propone la utilización de una perspectiva sistémica en el diseño y desarrollo de una política pública de seguridad del paciente con el objetivo de mejorar y fortalecer la atención en salud en el departamento.

¿Cuál sería la propuesta de política pública de seguridad del paciente que requiere el Departamento de Risaralda?

2.2 JUSTIFICACIÓN

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. (7)

La Constitución y la Ley otorgan a los Entes Territoriales la función de gestionar políticas públicas que propendan por el mejoramiento de las problemáticas sociales que afectan el desarrollo. Se basa en un modelo de gestión pública, de carácter participativo intersectorial, donde los sectores público y privado, la academia, los gremios, los grupos sociales organizados, los grupos poblacionales y la ciudadanía en general son corresponsables en la transformación de la realidad para responder a las necesidades sociales tomando como alternativa la formulación e implementación de políticas públicas. (8)

La Política Pública de Seguridad del Paciente para el Departamento de Risaralda pretende promover la integración social, a través de la participación propositiva, intencional y planeada de los actores que conforman el Sistema de Salud Territorial, en la búsqueda de beneficios en común, orientando las acciones hacia una misma meta, actuando con equidad y respondiendo a las necesidades de la sociedad con criterios de oportunidad, calidad y transparencia.

Se plantea una propuesta, que sirva de línea de base para la consideración de unos ajustes acordes con las modificaciones normativas, los avances tecnológicos en la prestación de servicios, la política de talento humano en salud, el perfil epidemiológico de la población, adaptada a la situación de sostenibilidad financiera del sistema de salud en el territorio en la actualidad.

Con la formulación e implementación de una Política Pública de Seguridad del Paciente para el Departamento de Risaralda se busca (9) :

A nivel del sistema:

El posicionamiento de la calidad en las prioridades y agenda del sector salud.

El fortalecimiento de los marcos reguladores de la calidad tales como las normas y estándares técnicos, los sistemas de acreditación, certificación, habilitación, y el conocimiento de derechos y deberes de los pacientes.

Mejorar la oferta de recursos humanos, de infraestructura y dotación.

La presencia de sistemas de información para la gestión adecuada de los recursos.

Altos estándares técnicos, éticos y humanos en la formación de pregrado y postgrado.

A nivel de la prestación de servicios de salud:

Definir los incentivos que mejoren la motivación de los trabajadores de la salud.

Fortalecer competencias y destrezas técnicas en el personal de salud.

Incentivar la confianza de las relaciones y el trabajo en equipo.

Involucrar al usuario en la toma de decisiones.

Mejorar las condiciones de trabajo .

Promocionar programas de actualización profesional.

A nivel de resultados:

Mejorar la efectividad de los Servicios de salud, es decir, alcanzar los resultados esperados en salud a través de la unificación de guías práctica clínica y una prestación con oportunidad y pertinencia, evidenciados a través de la disminución de las tasas de morbilidad, en especial la materna y perinatal y de infección asociada a la atención en salud.

Mejorar la eficiencia de los Servicios de salud, expresada en una mejor relación costo-beneficio, es decir, sin incurrir en gastos excesivos para obtener el mejoramiento del desempeño de los servicios.

Mejorar la accesibilidad, disminuyendo las barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales en la provisión de servicios de salud.

Mejorar la satisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 MARCO GEOGRÁFICO Y ECONÓMICO (10).

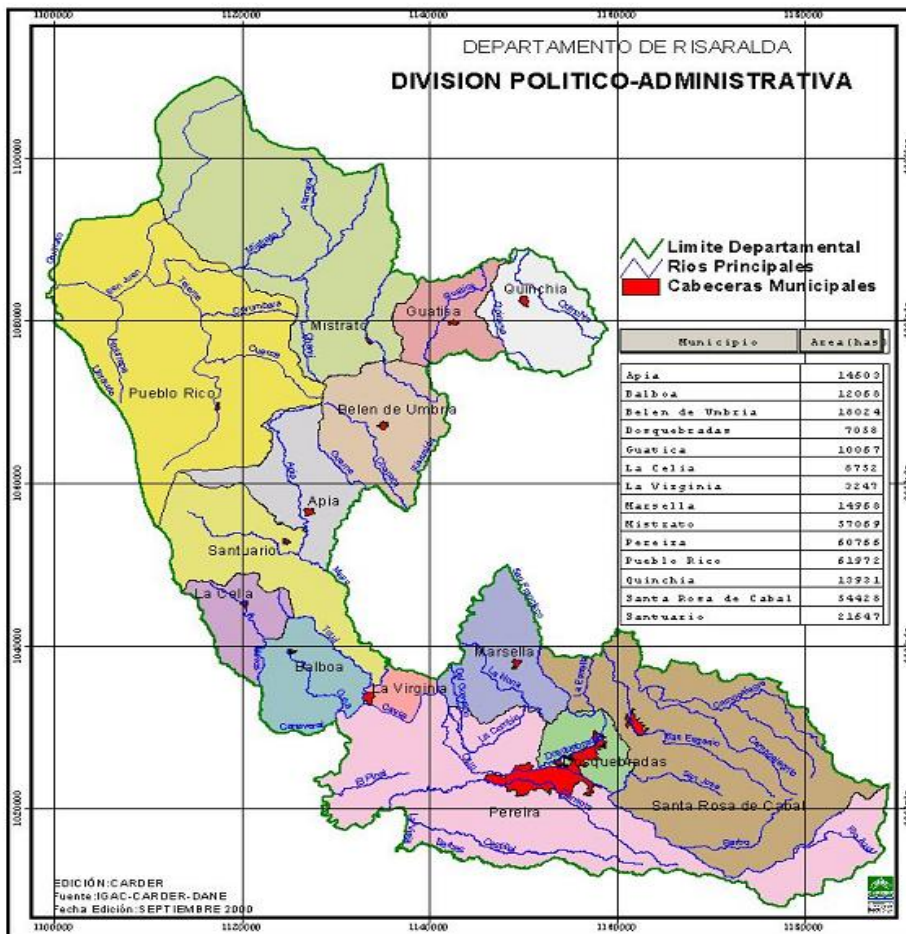
3.1.1 Ubicación y extensión. El Departamento de Risaralda se encuentra ubicado en el sector central de la Región Andina en el Centro Occidente del país, en el conocido "Triángulo de Oro", por su ubicación en medio de las tres principales ciudades de Colombia - (Bogotá, Medellín y Cali). Con una extensión aproximada de 3.653 Km², ocupa apenas el 0.3% del área total del país y el 27% de la extensión total de los departamentos que conforman el eje cafetero. Su extensión territorial en comparación con los otros 32 departamentos es baja, ocupando la posición 28.

3.1.2 Límites. El departamento está localizado en el Centro-Occidente del país, limitando con 6 departamentos: por el Norte con Antioquia, Caldas y Chocó, por el Sur con Quindío, Tolima y Valle del Cauca; por el Oriente con Caldas y Tolima; y por el Occidente con Valle del Cauca y Chocó.

3.1.3 División Político Administrativa (11). El departamento se encuentra conformado por catorce (14) municipios : Apia, Balboa, Belén de Umbría, Dosquebradas, Guática, La Celia, La Virginia, Marsella, Mistrató, Pueblo Rico, Quinchía, Santa Rosa de Cabal ,Santuario y Pereira .

Cuenta además con treinta y seis (36) corregimientos : 2 en Belén de Umbría, 2 en Dosquebradas, 3 en Guática, 1 en Marsella, 2 en Mistrató, 2 en Pueblo Rico, 4 en Quinchía , 7 en Santa Rosa, 1 en Santuario y 12 en Pereira.

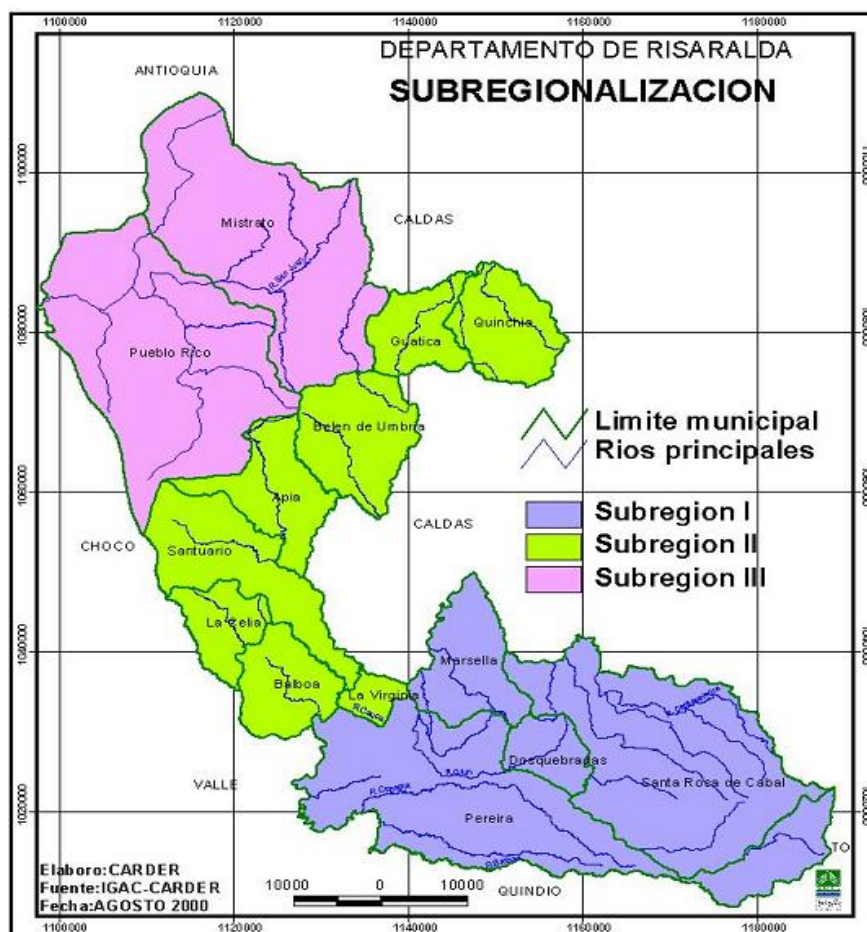
Figura 1. División Político- Administrativa Departamento de Risaralda 2012



Fuente : CARDER - Sistema de Información Ambiental y Estadístico SIAE. Consultado el 20/03/2016.

3.1.4 Subregiones. En el Departamento de Risaralda se identifican tres subregiones naturales que presentan entre sí significativas diferencias de carácter biofísico, socio-económico y cultural, presentando a su interior grandes similitudes en estos mismos aspectos.

Figura 1. Subregiones Departamento de Risaralda.



Fuente : CARDER - Sistema de Información Ambiental y Estadístico SIAE. Consultado el 20/03/2016.

Las características de cada subregión permiten identificar prioridades y formas de intervención institucional, de acuerdo con su problemática relevante y sus potencialidades :

Subregión I, Vertiente Oriental del río Cauca. Conformada por los municipios de Pereira, Dosquebradas, Santa Rosa y Marsella, con una extensión de 1375 km², que corresponde al 38% del área departamental.

Es escenario del desarrollo de los tres centros urbanos más grandes del departamento, Pereira, Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal, los cuales concentran el mayor desarrollo urbano e industrial, así como al 80% de su población.

Subregión 2, Vertiente Occidental del río Cauca. Corresponde a los municipios de La Virginia, Apía, Santuario, Balboa, La Celia, Guática, Belén de Umbría y Quinchía. Definida por una extensión de 1014 Km², es decir, un 28% de la superficie departamental. Su principal desarrollo socio-económico se basa la actividad agropecuaria con énfasis en la caficultura.

Subregión 3, Vertiente del Pacífico Risaraldense. Definida por los municipios de Mistrató y Pueblo Rico, con una extensión de 1.203 Km², que corresponde al 34% del departamento. Forma parte del Pacífico biogeográfico y se caracteriza por la gran riqueza ecológica de sus bosques húmedos tropicales y la diversidad cultural derivada de las tres etnias que conforman su población: indígenas, negros y mestizos. Los Embera están limitados por un territorio que no alcanza las 30.000 has, con una población aproximada de 8.000 indígenas, teniendo una disponibilidad de 3.7 ha/persona. Las comunidades negras se encuentran asentadas especialmente en el corregimiento de Santa Cecilia. Existe un reducido pero importante grupo de población mestiza, como son los madereros, cuyos ingresos dependen de la extracción. Muchos son campesinos con precarias condiciones económicas.

3.1.5 Economía. La economía en el 77% de los municipios del Departamento, excluyendo a Pereira, depende de la agricultura y la ganadería.

La mayor parte de la actividad económica y social del departamento, se encuentra concentrada en la ciudad de Pereira y su área metropolitana, dedicada al comercio, no obstante que Marsella y Santa Rosa de Cabal, tienen una fuerte influencia de la ciudad capital.

El resto de municipios tienen una ubicación geográfica y una dinámica social que fluye hacia el Municipio de la Virginia, estando intercomunicados por vías terrestres principales con dicha localidad, a través de la cual la mayoría de poblaciones en el departamento terminan fluyendo finalmente hacia la ciudad de Pereira. En esta región y hacia el norte del departamento, las poblaciones de Quinchía (cuarto más poblado) y Belén de Umbría (sexto más poblado) se constituyen en dos centros poblacionales de importancia para dicha zona y que tienen influencia sobre los municipios de Mistrató y Guática, aunque su dinámica poblacional termina fluyendo en La Virginia y Pereira.

3.2 MARCO DEMOGRÁFICO (10).

3.2.1 Generalidades. Para el año 2015, la población del Departamento de Risaralda cuenta con 951.945 habitantes, aumentando a más del doble en un lapso de aproximado de 35 años. Pereira, como capital del departamento, concentra el 49% de la población (469.674 personas). El menor número de habitantes (6.331) se ubica en el municipio de Balboa, con el 0.7% de la población del departamento. De otro lado, el 73% de la población (687.041) reside en el Área Metropolitana Centro Occidente – AMCO conformada por los municipios de Pereira, Dosquebradas y La Virginia. Para el año 2015, la mayor densidad de población se situó en el municipio de Dosquebradas con 2726 habitantes por km², mientras que la menor densidad poblacional se localizó en los municipios de Mistrató y Pueblo Rico con 28 y 21 habitantes por km² respectivamente.

El 78% de la población habita en áreas urbanas, y el 22% en zonas rurales, reflejando la predilección por las ciudades, fenómeno que se ha ido acentuando a través de los años. De la población departamental, el 49% son hombres (455.907) y el 51% mujeres (480.003).

Tabla 1. Distribución Geográfica y Demográfica Risaralda 2015.

Municipio	Población Total	% Población Dpto	Área (Km 2)	Índice dispersión poblacional (Área/ Pob Total)	Distancia a capital Depto (Kms)	Distancia a IPS mayor complejidad (Kms)
APIA	18.976	1,98%	146,03	127	65	35
BALBOA	6.331	0,68%	120,68	53	53	23
BELEN	27.721	2,96%	182,42	3 152	75	45
DOSQUEBRADAS	198.874	20,62%	70,8	2726	5	0
GUATICA	15.306	1,65%	100,67	153	93	63
LA CELIA	8.598	0,92%	87,52	99	74	44
LA VIRGINIA	32.039	3,40%	32,47	980	30	0
MARSELLA	23.299	2,43%	149	152	30	25
MISTRATÓ	16.177	1,69%	570,79	28	86	56
PUEBLO RICO	13.283	1,37%	619,72	21	97	67
QUINCHIA	33.754	3,59%	139,31	241	110	80
SANTA ROSA	72.228	7,65%	544,28	132	14	9
SANTUARIO	15.715	1,67%	261,47	60	64	34
PEREIRA	469.674	49,39%	607,66	761	0	0
TOTAL	951.975	100%	3.633	258		

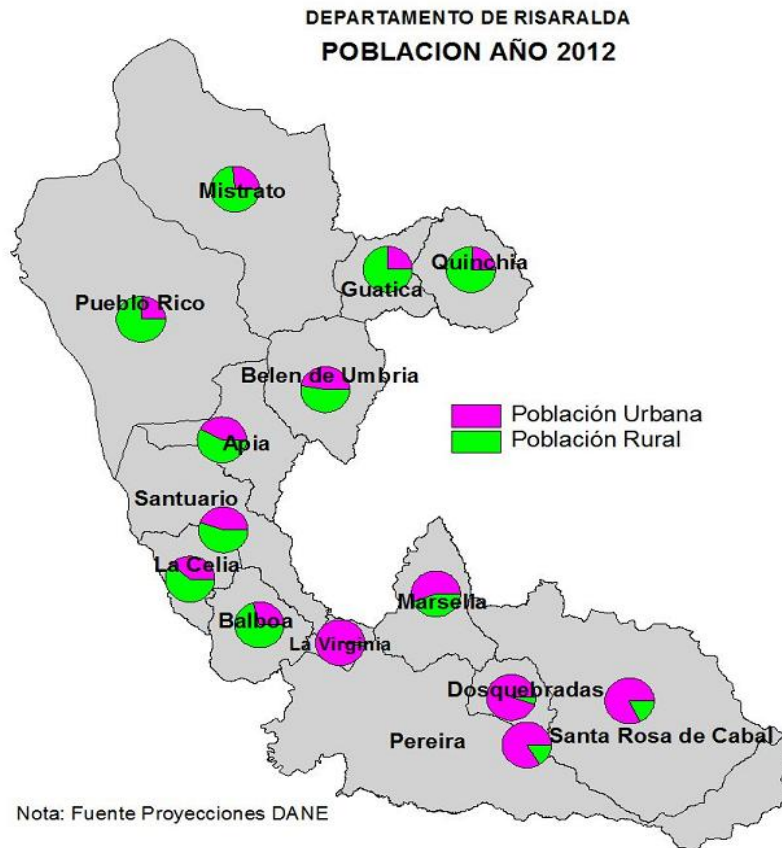
Fuente: Secretaria de Salud de Risaralda. Documento de Red de Prestación de Servicios de Salud.

Proyección DANE 2005- 2020

3.2.2 Distribución urbano rural. Los municipios de Pueblo Rico, Mistrató, Quinchía y Guática son predominantemente rurales contando con 75% de área rural en su territorio, mientras La Virginia presenta el 100% de área urbana.

Le siguen Dosquebradas, Pereira y Santa Rosa de Cabal con una proporción mayor al 75% de área urbana.

Figura 2. Distribución Urbano -rural Risaralda 2012.

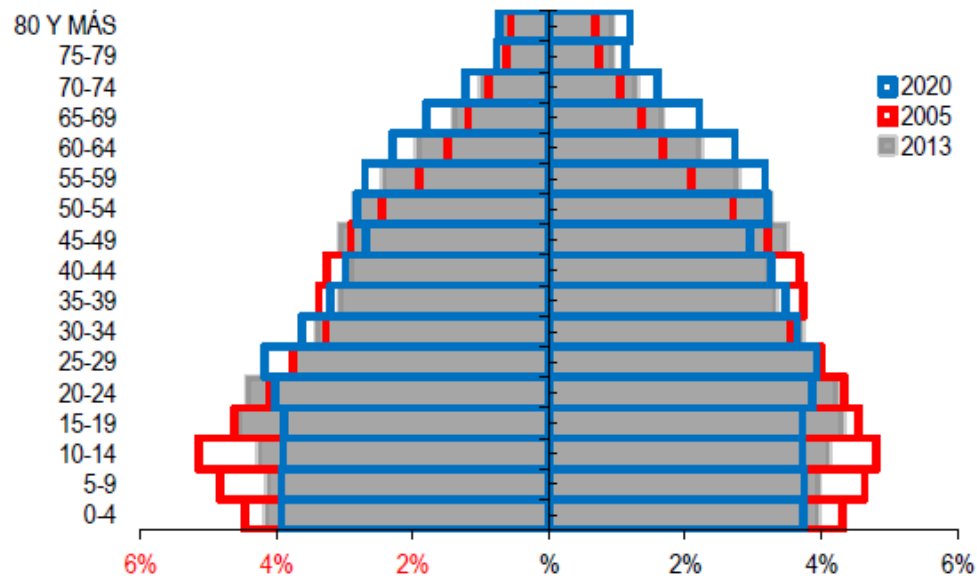


Fuente : CARDER - Sistema de Información Ambiental y Estadístico SIAE

3.2.3 Pirámide poblacional. Se compara la población del Departamento según proyecciones 2005, 2013 y 2020. En 2005, se observa una pirámide de base ancha, con gran porcentaje de población entre 0 y 14 años y una cúspide estrecha. En 2013, se reduce la población en su base, producto de la disminución en la natalidad y la fecundidad; la población entre los 0 y los 14 años se reduce igualmente, aumentando entre los 15 y los 24 años.

Las proporciones se observan iguales entre 2005 y 2013 en el grupo de edad de 25 a 34 años y aumenta significativamente entre 45 años y 80 años y más.

Gráfica 1. Pirámide Poblacional Risaralda, 2005-2013-2020



Fuente : Secretaría de Salud Departamental. Dirección Operativa de Salud Pública. ASIS 2013

Este cambio en la dinámica poblacional es más evidente en mujeres que en hombres. Según proyecciones para 2020, se presentará una disminución significativa en la población infantil y la adolescencia, con gran aumento de la población adulta mayor y las enfermedades crónicas en el departamento.

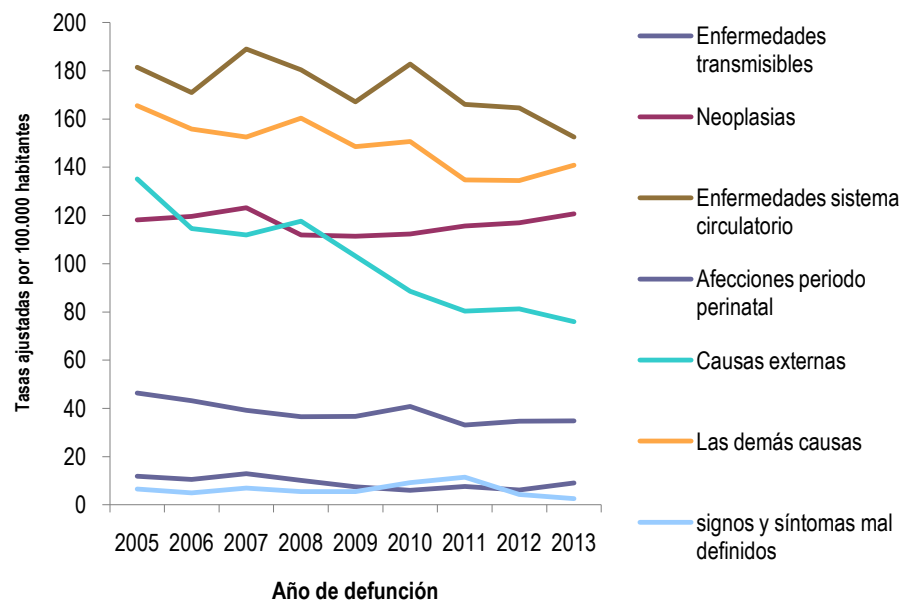
3.3 MARCO EPIDEMIOLÓGICO (12).

3.3.1 Morbilidad atendida. Entre el 2005 y 2013, las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad en todos los ciclos vitales, con una proporción mayor al 60% en el adulto mayor, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales, a excepción de la primera infancia, donde las condiciones transmisibles y nutricionales ocupan el primer lugar. Los signos y síntomas mal definidos son la tercera causa de morbilidad en general, mientras en cuarto lugar en morbilidad están las lesiones. Las condiciones maternoperinatales son la quinta causa de morbilidad en la primera infancia, con una alta proporción en las mujeres durante la adolescencia, juventud y adultez.

3.3.2 Mortalidad. La principal causa de mortalidad en Risaralda entre los años 2005 a 2013 fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Se observan picos en los años 2007 y 2010, donde se alcanzan tasas de 189 y 182 por 100.000 habitantes respectivamente y disminución en los años 2006 y 2009 con tasas de 171 y 167 por 100.000 habitantes respectivamente. Para el año 2011, se observa una disminución en la mortalidad por esta causa, la cual se mantiene en los años 2012 y 2013 al pasar de 164.6 por 100.000 habitantes a 152.6 por 100.000 habitantes respectivamente. La segunda causa de mortalidad la ocupa las demás causas, descendiendo de 165.5 por 100.000 habitantes en 2005 a 134.7 por 100.000 habitantes en el año 2011. Sin embargo en 2013 la mortalidad por esta causa aumentó a 140.8 por 100.000 habitantes. Las neoplasias son la tercera causa de mortalidad en el departamento, con un pico en 2007 de 123 muertes por cada 100.000 habitantes, descendió a 111 muertes por 100.000 habitantes en 2008, para pasar a 115.6 por 100.000 habitantes en 2011. Para los años 2012 y 2013 la tendencia ha sido hacia el aumento, pasando de 117 por 100.000 habitantes en 2012 a 120.7 por 100.000 habitantes en 2013.

La mortalidad por causas externas ocupa el cuarto lugar, con un descenso significativo en todos los años, pasó de 135.1 por cada 100.000 habitantes en 2005 a 80.4 en 2011 y para 2013 bajó a 76 muertes por 100.000 habitantes. Siguen en su orden las enfermedades transmisibles, cuyas tasas de mortalidad ajustada presentan disminución del 2005 al 2009, pasando de 46.3 a 36.7 por 100.000 habitantes, con un leve aumento en el 2010 a 40.7 por 100.000 habitantes, para disminuir significativamente a 33.1 por 100.000 habitantes en 2011. Sin embargo para los años 2012 y 2013 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó a 34.7 y 34.8 por 100.000 habitantes respectivamente. Los signos y síntomas mal definidos y las afecciones del período perinatal representan las dos últimas causas de mortalidad en el departamento. No obstante la tasa de mortalidad por afecciones del período perinatal presentó aumento en el año 2013 al pasar de 6.1 en el 2012 a 9.1 en el año 2013.

Gráfica 2. Tasa de mortalidad ajustada por edad Risaralda, 2005-2013



Fuente : GOBERNACIÓN DE RISARALDA. Secretaria de Salud Departamental de Risaralda. ASIS 2013.

3.4 MARCO NORMATIVO Y TÉCNICO

3.4.1 Contexto Internacional Mundial. En el mundo entero el reporte “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy como el punto de partida del movimiento mundial por la seguridad de los pacientes.

En respuesta a este problema, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes (4), hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles.

En el 2004 la encuesta nacional hecha por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (AHRQ), la misma que fue creada por el gobierno Clinton para que apoyara económicamente todo el trabajo relacionado, evidenció que el 55% de quienes respondieron se sentían insatisfechos con la calidad de atención en salud en su país (11% más que la encuesta 4 años atrás) y de hecho, 40% creían que la calidad de atención había empeorado. Diez años después de la publicación, un nuevo reporte de la misma agencia continua con la misma percepción y evidencia en el 2009 que uno de cada 7 pacientes hospitalizados del Medicare experimenta 1 o más eventos adversos y que miles de pacientes desarrollan cada año infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACC) (4).

La Organización Mundial de la Salud, se ha esforzado en potenciar y desarrollar la calidad en la salud. Ha promovido la utilización de filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo y la administración de la calidad en salud.

Se ha convertido en la impulsora de políticas para el desarrollo de medidas para la prevención de incidentes, para que los Sistemas de Salud de los países miembros de la OMS adopten políticas y programas sectoriales de salud con un marco regulador para la calidad de atención y seguridad del paciente (2).

Tabla 2. Iniciativas para hacer frente a los eventos adversos asociados a la atención sanitaria.

Organismo	Iniciativas
EE.UU	En 1999, se publica “to err is human” que pone de manifiesto la gravedad del problema y sirve de orientación en el desarrollo de las políticas de calidad y seguridad del paciente.
Reino Unido	En el año 2000, se publica “An organization with a memory” que pone en marcha estrategias de seguridad en el Reino Unido. En 2004, “Seven Steps to Patient Safety” que propone 7 pasos para conseguir organizaciones sanitarias más seguras. En 2008 y 2009 se publicaron para salud mental y atención 1°
OMS	<p>En 2004, se crea la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” cuyos retos dirigidos a prevenir riesgos relevantes para los países de la OMS son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una atención limpia es una atención más segura, con el fin de mejorar la higiene de manos en la prevención de las IRAS. • Cirugía segura salva vidas, elaborando el listado de verificación quirúrgica (LVQ) como herramienta para mejorar la seguridad quirúrgica. • Lucha contra las resistencias microbianas. <p>Programas y acciones principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes por la Seguridad del Paciente • Promover la existencia de sistemas de notificación y aprendizaje. • Promover el conocimiento y taxonomía de los EA. • Promoción de prácticas clínicas seguras: Proyecto High 5S y "Nueve soluciones para la seguridad del paciente", a fin de salvar vidas y evitar daños (2007). • Promoción del estudio IBEAS, prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. (2010). • Recomendaciones prioritarias para mejorar la seguridad del paciente en

	atención primaria (2012).
Organismo	Iniciativas
OCDE -Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico	En 2007, se crea un subgrupo para la elaboración de indicadores homogéneos que permitan la evaluación y comparación entre países .
Consejo de Europa	En 2006, en la declaración de Varsovia se recomendaba promover la cultura de seguridad del paciente, con un enfoque sistémico, establecer sistemas de notificación de incidentes e implicar a los pacientes en la mejora de la seguridad
Consejo de Europa Comisión Europea	Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza que, en lo relativo a la calidad y seguridad del paciente, establece que los países miembros deben de esforzarse en mejorar los estándares de calidad y seguridad y proporcionar información sobre la calidad y la seguridad de la asistencia que prestan.
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	<p>Acciones para ayudar a los países miembros a alcanzar una atención más segura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación en 2004 del “Working Patient Safety Group”, con representantes de todos los países de la Unión Europea (UE) y otras organizaciones. Establece recomendaciones para el desarrollo de estrategias en seguridad del paciente situándola en el centro de las políticas sanitarias. • Declaración de Luxemburgo con recomendaciones sobre seguridad del paciente a nivel local, nacional y de la UE. • Proyecto EUNetPaS para intercambio experiencias en seguridad (2008-2010). • Recomendación sobre la seguridad de los pacientes, en particular la lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2009). • European Union Network for Patient Safety and Quality of Care, PaSQ Joint Action (2012). Su finalidad es mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención a través de la implementación de buenas prácticas y del intercambio de información y experiencias entre países europeos. • Redes europeas de referencia dirigidas a mejorar el manejo de patologías raras y de alta complejidad. • Conclusiones del Consejo de la Unión Europea sobre seguridad de los pacientes y calidad asistencial (2014).

Organismo	Iniciativas
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	<p>En colaboración con la OMS y la participación de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo y el Ministerio de Sanidad español.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente (2007). • Estudio IBEAS de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica (2010). • Estudio AMBEAS - OPS/OMS, eventos adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica. • Sistemas de notificación de incidentes en América Latina (2013).

Fuente : Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020

En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó oficialmente la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el fin de “lograr mejoras importantes para los pacientes de países ricos y pobres, desarrollados y en desarrollo, en todos los rincones del mundo”. La Alianza se creó en respuesta a la Resolución WHA55.18, adoptada por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002, que exhortaba a los Estados Miembros a que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establecieran y consolidaran sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria.

La resolución incluye y anticipa llamamientos en favor de que la seguridad del paciente se convierta en una prioridad de salud pública. La Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. El énfasis está puesto en fortalecer y ampliar la capacidad de un modo sostenible, desarrollando la competencia institucional e integrando los programas de investigación a los sistemas de salud existentes. El objetivo es crear competencia en la investigación relacionada con la seguridad del paciente, en particular en países en desarrollo y con economías en transición.

El trabajo se concentra en las tres esferas clave de financiación de las actividades de investigación, capacitación de dirigentes en el campo de la investigación sobre seguridad del paciente y creación de una red mundial para la investigación sobre seguridad del paciente.

En general, este programa de la OMS se concentra particularmente en:

- Facilitar la investigación sobre seguridad del paciente y la difusión de los resultados en todos los sistemas de salud
- Contribuir a establecer la base científica necesaria para el desarrollo de nuevas soluciones y la adopción más eficaz de las soluciones conocidas
- Facilitar los avances en términos de instrumentos y métodos de investigación, en particular en los ámbitos en los que los datos y los recursos son escasos
- Promover el intercambio entre países, médicos, investigadores y especialistas en seguridad del paciente en todas las regiones de la OMS
- Orientar en la determinación de prioridades para la investigación sobre seguridad del paciente
- Contribuir a fortalecer la capacidad de investigación sobre seguridad del paciente, en particular en los países en desarrollo y con economías en transición

Hay numerosos problemas relacionados con la seguridad del paciente que merecen ser investigados. Hasta la fecha, no hay suficientes datos científicos para comprender por qué se producen, cómo y en qué medida perjudican a los pacientes, y cómo se podrían reducir estos problemas y minimizar el daño a los pacientes. La necesidad de determinar prioridades es evidente, en particular en los países en desarrollo o con economías en transición. Las necesidades de investigación son enormes pero los recursos, escasos. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS ha creado un grupo de trabajo internacional, para identificar las prioridades mundiales en relación con la investigación sobre seguridad del paciente.

El grupo trabajó durante un año para crear consenso sobre la base de un examen sistemático de la bibliografía científica y seleccionó una lista final de prioridades clasificadas según la gravedad y frecuencia del problema de seguridad del paciente, la magnitud del daño y su distribución, y la repercusión del problema en la eficiencia del sistema de salud en su conjunto.

Se estableció que en los países en desarrollo y con economías en transición la principal prioridad era la formulación y el ensayo de soluciones locales efectivas y asequibles, y en segundo lugar las estrategias costoeficaces de reducción del riesgo. En los países desarrollados, los problemas prioritarios eran la falta de comunicación y coordinación, y los fallos latentes del sistema.

Se identificaron y seleccionaron 50 tópicos relacionados con problemas de seguridad del paciente. Se clasificaron por separado las prioridades de investigación de los países en desarrollo, en transición y desarrollados. Además, se elaboró un amplio informe sobre los conocimientos actuales y las lagunas en la investigación sobre seguridad del paciente. Se obtuvieron los siguientes resultados en áreas combinadas prioritarias para la investigación :

- Soluciones locales eficaces y asequibles
- Costoeficacia de las soluciones
- Medicamentos falsificados o que no se ajustan a las normas de calidad
- Competencias, formación y conocimientos prácticos
- Atención materna y neonatal
- Infecciones relacionadas con la atención sanitaria
- Alcance y características de la atención insegura
- Traducción del conocimiento
- Prácticas de inyección seguras
- Productos sanguíneos inseguros
- Comunicación y coordinación

- Cultura de la seguridad
- Fallos latentes del sistema
- Indicadores de seguridad
- Factores humanos en los procedimientos
- Tecnología de la información sanitaria y sistemas
- Papel del paciente
- Factores humanos en el uso de dispositivos
- Eventos adversos relacionados con medicamentos

3.4.2 Contexto Internacional Iberoamericano. El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos). Hecho en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina), mostró que en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención (3).

En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. A este punto es importante advertir que, contrario a los demás países, la mayoría de hospitales participantes por Colombia fueron hospitales acreditados.

Posteriormente el estudio AMBEAS (Estudio de prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria), fue hecho en 4 países de Latinoamérica y se basó en la ya demostrada capacidad de los pacientes como informantes de eventos adversos graves. En 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación(13).

3.4.3 Contexto Colombiano

3.4.3.1 Antecedentes

Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud. En su artículo 1º menciona que la prestación de los servicios de salud, es un servicio público administrado en asocio de las entidades territoriales y que tiene entre otras finalidades establecer un sistema de normas de calidad de dichos servicios.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Su artículo 153 menciona la calidad como fundamento del servicio público de salud. Su artículo 227 refiere que el Gobierno expedirá normas del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud con fines de control y evaluación de la calidad de la prestación del servicio de salud.

Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora. Su Anexo Técnico 1 establece los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación, entre los que se encuentran los relacionados con la Seguridad del Paciente, de *voluntario* cumplimiento.

Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entre los que se encuentra la Proporción de vigilancia de Eventos adversos. Incluye lineamientos para la vigilancia y el listado de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Resolución 1441 de 2013 y su anexo técnico. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. El Manual de Estándares de Habilitación para prestadores de Salud, *obliga* a cumplir un grupo de estándares específicos para la Seguridad del Paciente.

Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente. Publicada en 2010; recomienda 30 buenas prácticas para la Seguridad del paciente, diez de las cuales son esenciales y se hicieron obligatorias en el marco del Sistema Único de Habilitación, con la expedición de la Resolución 2003 de mayo de 2014.

3.4.3.2 Marco Vigente

Constitución Política de Colombia. Su artículo 48 refiere que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Ley 715 de 2001. Reglamenta recursos y competencias para Salud y Educación. En su Artículo 43.1 refiere que la dirección del sector salud en el ámbito departamental se enfoca a formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional y adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud 2005. El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario.

Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), orientado a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario. Describe cinco características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Cuatro componentes interrelacionados entre sí: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad. Define la seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias.

Ley 1122 de 2007. Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

Política Nacional de Seguridad del Paciente (7). Expedida por el Ministerio de Protección Social en 2008, en el marco de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGCS.

Sus principios son : El enfoque de atención centrado en el usuario, la cultura de la seguridad, la integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, la multicausalidad, la validez (metodologías y herramientas soportadas en la evidencia científica disponible), alianza con el paciente y su familia, alianza con el profesional de la salud.

Su objetivo principal es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La Política Nacional de Seguridad del Paciente se plantea en coordinación con las estrategias propuesta en la política nacional de prestación de servicios y se operativiza a través de la acción coordinada de líneas de acción, agrupadas en cinco estrategias así: Estrategia educativa, promoción de herramientas organizacionales, coordinación de actores, estrategia de información y articulación con componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, La estrategia educativa comprende 4 líneas de acción que incluyen la formación de multiplicadores de la política de seguridad del paciente; la formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo; promoción en la universidades de la formación y la investigación en seguridad del paciente y acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad.

La promoción de herramientas organizacionales agrupa de 3 líneas de acción conformadas por la promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores; la promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad)y la promoción del reporte extrainstitucional.

La coordinación de actores presenta 4 líneas de acción representadas por la constitución del comité técnico para la seguridad del paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la unidad sectorial de normalización en Salud, la coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente, la promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del sistema obligatorio de garantía de calidad del atención en salud y la coordinación de la acción de los organismos de vigilancia y control con la política de seguridad del paciente

La estrategia de información presenta 3 líneas de acción, a saber: Plan de medios, promoción de experiencias exitosas y difusión de alertas de seguridad del paciente.

La estrategia de articulación con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, se refiere a que se considera que la Seguridad del Paciente es un elemento transversal a todos ellos.

Ley 1438 de 2011. Por la cual se reforma el SGSSS y se dictan otras disposiciones. Esta ley busca fortalecer la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos; incluye además, la universalización del aseguramiento, la unificación del plan de beneficios y la portabilidad o prestación de servicios en cualquier lugar del país, preservando la sostenibilidad financiera del sistema.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Adoptado a través de la Resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. Se constituye en la Política de Salud Pública esencial del Estado que reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental. Comprende tres líneas operativas: 1) promoción de la salud, 2) gestión del riesgo en salud y 3) gestión de la salud pública, reglamentadas para su desarrollo en los territorios. Define la gestión del riesgo en salud como un conjunto de acciones desarrolladas para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo.

Decreto 123 de 2012. Por el cual se modifica el Manual de estándares de Acreditación. Incluye un componente específico para la Seguridad del Paciente.

Decreto 2003 de 2014 (6). A través del cual, el componente de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definió como requisito mínimo a cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud la implementación de programas de seguridad del paciente y de las diez buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias.

El cumplimiento de los estándares de habilitación es obligatorio, dado que si los estándares son realmente esenciales como deben ser, la no obligatoriedad implicaría que el Estado permite la prestación de un servicio de salud a conciencia que el usuario está en inminente riesgo. En este sentido, no deben presentarse planes de cumplimiento. Los estándares deben ser efectivos, lo que implica que los requisitos deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios, entendiendo por ello, que su ausencia, genera riesgos que atentan contra la vida y la salud. Por ello, están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud. Buscan de igual forma atender la seguridad del paciente.

Los estándares aplicables son : Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia.

El Talento Humano comprende las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.

Infraestructura agrupa las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

Dotación incluye las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, se encuentra conformado por procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; 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, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Procesos Prioritarios se refiere a 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.

Historia Clínica y Registros corresponde a 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.

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 por un prestador.

A partir de la Resolución 1441 de 2013, modificada por la Resolución 2003 de 2014, se incorporó en los estándares de los procesos prioritarios el programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:

a. Planeación estratégica de la seguridad: Política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia, con un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.

b. Fortalecimiento de la cultura institucional: Programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución, el cual debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial.

c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: Procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.

Adicionalmente habilitación exige los siguientes requisitos relacionado con los Procesos Seguros:

1. Definición, monitoreo y análisis de los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

2. Acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.

3. Evaluación y retroalimentación del efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos.

4. Definición y documentación de procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, y actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.

5. Procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.
6. Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.
7. Procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.
8. Protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.
9. Protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.
10. Protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.
11. Protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.
12. Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo acciones para prevenir flebitis e infección asociada a dispositivos médicos
13. Procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.
14. Indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.
15. Reporte de eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

16. Reporte de indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.

17. En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:

- Antes del contacto directo con el paciente.

- Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.

- Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.

- Después de contacto con el paciente.

- Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).

18. Procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:

- Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.

- La aplicación de precauciones de aislamiento universales.

- Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.

- Uso y reúso de dispositivos médicos.

- Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.

- Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.

- Protocolo de: Limpieza y desinfección de áreas, superficies, manejo de ropa hospitalaria, descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.

19. Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

20. Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:

Usuario correcto.

Medicamento correcto.

Dosis correcta.

Hora correcta.

Vía correcta.

Procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.

21. Procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.

22. Procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.

23. En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierta con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.

24. Manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.

25. Protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:

Estabilización del paciente antes del traslado.

Medidas para el traslado.

Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:

Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia.

Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.

Resumen de historia clínica.

Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros).

Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.

26. Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuentan con:

Protocolo de sedación.

Protocolo de manejo de emergencias.

Proceso documentado de seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.

Lista de Chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:

Evaluación de la vía aérea.

La determinación del tiempo de ayuno adecuado.

Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.

Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares.

Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.

Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente.

Protocolo que defina atención por anestesiólogo a pacientes con características particulares, poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas; alteración del grado de consciencia, antecedentes de sedación fallida o de efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.

27. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:

Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:

Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012.

Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.

Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Ley 1751 de 2015 ó Ley Estatutaria de la Salud. Tiene por objetivo garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Situó el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud y reconoció además su carácter de derecho social fundamental. Adopta así mismo, un enfoque colectivo de la salud presente tanto en las acciones de promoción y prevención para todas las personas, como en las obligaciones del Estado. Destaca en cabeza de este, la formulación y adopción de políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

Ley 1753 de 2015. Expide el Plan de Desarrollo 2014 – 2018 retoma el marco de la Ley Estatutaria de Salud. Faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud, con el enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial. Dicha Ley especifica que se contará con rutas de atención, se fortalecerá el prestador primario y la operación en redes integrales de servicios. La política de atención integral en salud se convierte en el puente entre seguridad social y Sistema de Salud. Los objetivos de los individuos deben primar sobre los de los agentes y el Estado debe regular desde una norma básica de equidad que plantea la Ley Estatutaria.

Resolución 429 de 2016. Adopta la Política de Atención Integral en Salud. Plantea la preeminencia del Sistema de Salud sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Exige la acción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores y los prestadores de servicios, con la implementación de planes territoriales de salud y de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

3.5 MARCO CONCEPTUAL

3.5.1 Calidad en Salud y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (14). La Calidad de la atención en salud se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, 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.

El Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) y sus disposiciones aplican a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las EPS del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Las acciones que desarrolla se orientan 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 solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Son características del SOGCS las siguientes: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

La accesibilidad es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La oportunidad es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

La seguridad es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

La Pertinencia es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

La continuidad es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Los principios del SOGCS son la gradualidad, la sencillez, la focalización, validez y confiabilidad, participación y eficiencia.

La gradualidad se refiere a la implementación y entrega progresiva de información que se ofrecerá a los usuarios.

La sencillez alude a la capacidad de presentar la información de una manera que sea comprendida y asimilada fácilmente por la población.

Focalización es la información que se concentra en los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

Validez y confiabilidad se refiere a que la información efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

Los componentes del SOGCS son: El Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

Para obtener la calidad de institución habilitada para la prestación de servicios de salud es necesario cumplir con los requisitos mínimos que la normatividad exige: Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y las condiciones de capacidad técnico-administrativa.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, es la realización por parte de las instituciones prestadoras, de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; comparando la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas, y adoptando medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas. En los prestadores de servicios de salud se enfoca en la autoevaluación del proceso de atención de salud en el cumplimiento de las características de calidad y la satisfacción de los usuarios.

En las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Direcciones Territoriales y Municipales de Salud comprende la autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud en términos de suficiencia, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, la garantía de su habilitación, atención con características de calidad y la satisfacción de los usuarios.

El Sistema Único de Acreditación es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación como condición fundamental para acceder a la Acreditación.

Por otra parte, se encuentra el Sistema de Información para la Calidad y los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, los cuales tienen por objeto realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, además de referenciar competitivamente sobre la calidad de los servicios ofrecidos los prestadores y orientar al usuario para la selección de EAPB o IPS de acuerdo a los resultados obtenidos.

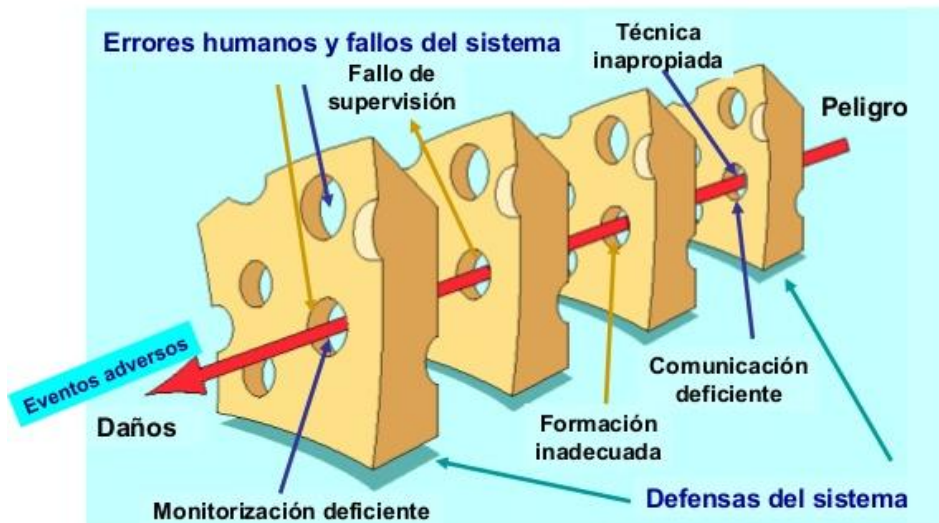
3.5.2 La calidad como determinante de la salud (9) . El concepto de Campo de Salud, presentado en 1974 por Marck Lalonde, Ministro de Salud del Canadá de la época, identifica cuatro grandes elementos : 1) la biología humana, 2) medio ambiente, 3) estilo de vida y 4) la organización de la atención en salud. Esta elaboración conceptual fue desarrollada y sigue siendo válida para analizar la situación de salud de una comunidad y para definir políticas de salud. Desde esta perspectiva, los resultados en salud dependen de la estructura y comportamiento de un conjunto de factores determinantes que interactúan dentro de este campo de fuerzas en salud, con diverso grado de influencia.

Los servicios de salud que hoy se proveen en cada sociedad a través de los sistemas de salud, pertenecen a este grupo determinantes y su contribución a la situación de salud de la población es tan relevante como cualquiera de los demás factores. Dado que los sistemas y servicios de salud tienen como uno de sus atributos fundamentales a la calidad, es posible advertir que la calidad actúa en última estancia como condicionante de la salud de las poblaciones, dada su capacidad de determinar de manera crítica la contribución y los resultados que los servicios deben generar.

3.5.3 Seguridad del paciente (7).

Modelo conceptual. El modelo del queso suizo de causalidad de los accidentes es un modelo utilizado en el análisis de riesgos y gestión de riesgos, usado en la aviación, la ingeniería y la asistencia sanitaria. Implica cuatro dominios de fallo: influencias de organización, supervisión, condiciones previas y los actos específicos. Los tres primeros dominios tienen que ver con fallos del sistema y el último con errores humanos. De allí se derivan los conceptos de fallas latentes y activas. Las fallas latentes abarcan los fallos del sistema, se consideran como factores contributivos que pueden permanecer en estado latente durante días, semanas o meses hasta que contribuyen al accidente. Las fallas activas abarcan errores humanos que conllevan los actos inseguros directamente vinculados a la presentación del incidente o evento adverso, tales como formación inadecuada, técnica inapropiada, comunicación deficiente, monitorización deficiente y fallo de supervisión.

Figura 3. Modelo de Reason. Modelo del Queso Suizo.



Fuente : J Reason (2000) Human error : Models and management

Por tal razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento. Las barreras de seguridad son intervenciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el efecto negativo o la producción del error.

Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente (4). El Ministerio de Salud y Protección social promueve las buenas prácticas de Seguridad del paciente, conformadas por: - Procesos Institucionales Seguros- Procesos Asistenciales Seguros -Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

✓ Procesos institucionales seguros (4). Los eventos adversos son un indicador significativo del resultado final y de la calidad de la prestación de servicios de salud. Una explicación del alto número de eventos adversos, a pesar de los esfuerzos realizados, está en la alta complejidad de la atención en salud: el cambio constante de las condiciones clínicas del paciente, de trabajadores de la salud a su alrededor, de la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, de factores humanos relacionadas con la atención, de los equipos y tecnología a utilizar y de procesos de atención, entre otros factores, que en últimas llevan a errores y eventos adversos secundarios. Por ello, es común en las organizaciones reguladoras estatales, tanto a nivel nacional como internacional, la percepción de que es necesario implementar prácticas seguras, dentro de un contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente, que lleven a reducir en el máximo posible el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente.

El análisis de sus causas permitirá identificar las acciones necesarias a implementar para evitar su recurrencia.

A continuación se describen los contenidos mínimos tanto de la política como del programa institucional de seguridad del paciente a tener en cuenta para su diseño e implementación:

a. Política Institucional. Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la institución debe adoptar a su interior una política de seguridad del paciente inmersa en su política de calidad, la cual debe tener en cuenta entre otras condiciones el cambio constante del entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes, lo cual favorece la aparición de eventos adversos, los que en su mayoría se pueden prevenir. La política institucional debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado, caracterizado por permitir que sea el experto quien haga las cosas, confiando cada vez menos en la memoria, gestionando el riesgo de cada actividad, alertando sin miedo sobre el error, compartiendo el aprendizaje, pidiendo ayuda ante la duda, adhiriéndose a las guías de práctica clínica, guías de procedimientos de enfermería y listas de chequeo para el cumplimiento de prácticas seguras.

b. Programa de Seguridad del Paciente.

Ejes conductores del Programa de Seguridad del paciente.

- Apoyo de la alta dirección. Es fundamental porque implica el involucramiento en la Seguridad de la Junta directiva y la Gerencia. Como resultado de este apoyo, la seguridad es una prioridad gerencial, se convierte en un pre-requisito en el diseño de los procesos y procedimientos institucionales y se materializa en una Política Institucional de Seguridad del Paciente.

La Gerencia asigna un presupuesto para las actividades de seguridad, se conforma un equipo líder de seguridad, se da entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad del paciente, se capacita continuamente a los colaboradores en las prácticas seguras recomendadas y se implementan las acciones de mejora.

- Análisis y gestión de riesgos. La alta dirección de una institución expresa su compromiso permanente de trabajo con la seguridad de sus prácticas clínicas a través de la gestión de riesgos de sus procesos y de los puestos de trabajo.

- Definición de privilegios o credenciales. La definición por parte de la Gerencia de la organización de los privilegios de los profesionales de la salud, en especial de los quirúrgicos, es componente fundamental de la seguridad del paciente. Parte del principio de que los procedimientos deben ser hechos por aquellos que tienen las competencias, habilidades y experticia para hacerlo bien a la primera vez, con lo cual se disminuye la probabilidad de que aparezcan eventos adversos. En este sentido, es importante anotar que la sola certificación o diploma universitario no es sinónimo de tener los privilegios. Aquí cobra importancia fundamental aquel dicho que reza que “la práctica hace al maestro”. Por lo tanto, la gerencia o en su defecto, un comité de privilegios, debe asignarlos a cada uno de los profesionales quirúrgicos en los procedimientos relacionados, basado en su entrenamiento, su actualización constante, y especialmente, a través de la verificación de que dicho profesional ha realizado un número determinado del procedimiento específico que lo vuelven idóneo para su realización.

- Adherencia a guías de práctica clínica. La práctica médica excesivamente basada en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes.

La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos. La guía considera no solo el estado del arte científico para el diagnóstico y tratamiento correctos de las patologías, sino que además incluye las guías de procedimientos de enfermería y de instrumentación quirúrgica. Para el diseño y desarrollo de las guías de práctica clínica la organización debe tener en cuenta las patologías más frecuentes en cada servicio. Las guías de práctica clínica deben estar disponibles en los servicios para fácil consulta por los profesionales. Por ello, una actividad clínica tan importante como lo es el diseño de la guía, es la verificación de su adherencia en la implementación.

- Educación en Seguridad del paciente. La educación continua en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente es fundamental en la creación de cultura. Entre las actividades educativas que se pueden realizar diariamente están las sesiones breves de seguridad y los folletos. Las sesiones breves se presentan cuando el líder o un integrante del equipo aprovecha una entrega de turno, en un comité, o en una revista diaria, para suministrar información relacionada con una práctica segura. Los folletos son documentos ilustrados que se entregan a los colaboradores y a los servicios con alguna periodicidad, y que tienen como fin recordar el carácter prioritario que en la institución se le da a la seguridad de los pacientes, las prácticas seguras, los tips de seguridad, y los actos inseguros.

Actividades institucionales del Programa de Seguridad del Paciente.

- Prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Constituyen en el evento más común que afecta a los pacientes hospitalizados, con un mayor riesgo en aquellos internados en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Con el advenimiento del movimiento global por la seguridad de los pacientes, en la última década a estas infecciones se les denomina ahora como “asociadas al cuidado de la salud”, término el cual sugiere de alguna manera, que no son en sí mismas complicaciones de la enfermedad del paciente, sino inducidas por el cuidado inseguro que reciben los pacientes. Se considera que infecciones como la del torrente sanguíneo, asociada a la colocación de catéter central, (bacteriemia asociada a catéter), la neumonía asociada a la ventilación mecánica y la infección urinaria asociada a sonda vesical, son eventos adversos susceptibles de ser evitables mediante la implementación de prácticas seguras relacionadas con el cuidado del paciente mismo y de los dispositivos insertados en él. Por esta razón, en algunos países desarrollados, una vez se presenta alguno de ellas, sola o en combinación con otra, su tratamiento específico no es cubierto por el organismo asegurador, práctica que dicho sea de paso, se ha ido diseminando peligrosamente a los países en transición como el nuestro.

Evitar por lo tanto la aparición de estas infecciones en los pacientes representa en un reto mayor para los gerentes de clínicas y hospitales, no solo por la gestión clínica en sí, sino también, por la salud financiera de la organización.

- Gestión segura del uso de medicamentos. Los errores en el uso de medicamentos son de los de mayor ocurrencia en la atención en salud. Ellos pueden suceder en cualquier paso de la cadena logística; bien sea desde la selección del medicamento hasta su administración al paciente.

Aunque afortunadamente no todos ellos terminan en eventos adversos (solo en 6% al 10% de todos los pacientes hospitalizados), preocupan grandemente al sistema de atención en salud, pues atenderlos tiene muy alto costo. Recientes publicaciones provenientes de los Estados Unidos reportan que al menos 3.5 billones de dólares, como costo médico extra por año, se gastan en ese país para atender estos eventos adversos.

Algunas prácticas como la orden médica hecha por computador y la identificación y gestión adicional de aquellos de alto riesgo, medicamentos de control y aquellos con nombre similar, han disminuido la frecuencia de eventos adversos por medicamentos.

El uso de medicamentos en los pacientes conlleva diferentes riesgos entre los cuales se puede presentar su incorrecta administración, bien sea porque hay error en la dosis o en el medicamento mismo, el uso de soluciones concentradas directamente en los pacientes, contaminación de mezclas intravenosas, técnica no aséptica al administrar un medicamento a un paciente y la ausencia de conciliación medicamentosa.

Implementar barreras para evitar estos eventos es de vital importancia, más si se tiene en cuenta que a futuro seguramente el riesgo de que estos eventos se presenten aumentará como producto del desarrollo de nuevos medicamentos, del descubrimiento de nuevos usos de los medicamentos ya existentes, del envejecimiento de la población, del incremento en el uso de medicamentos para la prevención de enfermedades y del incremento en el cubrimiento por los aseguradores de los medicamentos prescritos.

En este punto es importante considerar la conciliación medicamentosa. Frecuentemente cuando los pacientes son admitidos en un hospital reciben nuevas medicaciones o les cambian las que previamente venían recibiendo, de tal manera que se les instaura un nuevo tratamiento. En este proceso, en cualquier momento pueden suceder errores, entre los cuales se incluyen omisiones, errores en la dosificación, duplicaciones, o interacciones medicamentosas entre los medicamentos previos y los nuevos. Para evitar estos errores en el uso de la medicación surge la conciliación medicamentosa. Esta consiste en comparar los medicamentos previos que recibía el paciente con los actuales y definir cuales va a seguir recibiendo a futuro. En teoría este proceso debe hacerse al ingreso del paciente, en su traslado de un servicio a otro, o al momento de su egreso.

- Gestión segura de tecnología biomédica. En la atención en salud, en todo momento se utilizan dispositivos médicos y con alguna frecuencia se presentan incidentes o eventos adversos asociados a su uso (EAUDM). El decreto 4725 de 2005 emitido por el Ministerio de Salud y Protección social, definió al dispositivo médico como “cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, que se utiliza para la atención de seres humanos, sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación”.

Los EAUDM no son infrecuentes en los países desarrollados y debido a la alta incidencia y prevalencia a nivel internacional, se han creado agencias reguladoras; dependientes e independientes, las cuales entre sus funciones, tienen la de velar por la seguridad de los dispositivos médicos. Entre las más reconocidas están la FDA (Food and Drug Administration) y la ECRI (Emergency Care and Research Institute), ésta última dedicada a la evaluación y perfeccionamiento continuo de la tecnología del cuidado de la salud. En Colombia esta labor la realiza el INVIMA “Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos”.

Una adecuada gestión tecnológica inicia con la creación del Comité de gestión de tecnología, el cual se encarga de asesorar y recomendar a la Gerencia, la mejor opción de la tecnología que se busca. Es recomendable que del comité haga parte activa quien compra en la institución, el ingeniero biomédico y el director del Programa de Seguridad del paciente.

Una vez definido el tipo de equipo , el ingeniero biomédico debe realizar la investigación de por lo menos 3 proveedores potenciales sobre alertas previas del equipo emitidas por ECRI, FDA, etc. por eventos adversos publicados con ese equipo, al igual que la conectividad de esa tecnología con la existente, la experiencia de otras instituciones con ese equipo, la experiencia del proveedor, experiencia de la institución con el proveedor, la experiencia con los mantenimientos correctivos y preventivos del potencial proveedor, servicio post venta, precio, y condiciones de pago.

La decisión se tomará después de una amplia discusión y se haga consenso sobre la mejor opción. En esta decisión, no siempre el dispositivo seleccionado será el más barato. Una vez el equipo esté en el sitio definido y antes de ponerlo en funcionamiento regular se debe proceder a la capacitación de los usuarios finales en su adecuado funcionamiento asegurando que ningún futuro usador se quede sin la misma.

- Implementación metas de seguridad. La institución debe trabajar en el día a día hacia la obtención de las metas de seguridad. Mejorar la identificación del paciente, la efectividad de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, la seguridad al utilizar medicamentos de alta alerta o riesgo, asegurar la cirugía correcta, al paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención y reducir el riesgo de daños al paciente por caídas.

La identificación del paciente debe considerar los adultos con y sin documento de identidad, los recién nacidos y menores de edad sin número de identificación. Los errores en la comunicación interpersonal y con el paciente son el factor contribuyente más frecuentemente observado cuando se analizan los eventos adversos sucedidos. Para disminuir esta frecuencia en la institución se deben implementar diferentes estrategias entre las cuales estandarizar las abreviaturas.

Las acciones que la institución debe realizar para disminuir al mínimo posible y ojalá evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, incluyen estrategias desde la selección, la compra, la recepción, el almacenamiento, la dispensación, la prescripción y la administración del medicamento, así como la identificación extra de los medicamentos de alto riesgo.

El aseguramiento de la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto, debe iniciar desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la alianza mundial para la seguridad de los pacientes expuestos en la lista de chequeo de cirugía segura.

Para prevenir, detectar y controlar adecuadamente las infecciones, la institución debe desarrollar diferentes estrategias que incluyen el desarrollo e implementación de una guía de profilaxis quirúrgica antibiótica a la cual se le vigile su cumplimiento, realizar campañas institucionales de lavado de manos en los cinco momentos sugeridos por la OMS, hacer vigilancia activa del lavado higiénico de las manos, centralizar en el profesional más competente el uso de antibióticos de máxima potencia, definir las recomendaciones de precaución para el manejo de pacientes aislados y hacer vigilancia a su cumplimiento.

La institución debe implementar en su interior un programa institucional para prevenir que se presenten caídas de pacientes. Para ello debe identificar al paciente con riesgo de caída con un adhesivo de color en manilla de identificación, educar a pacientes, familiares y acompañantes sobre el riesgo y la necesidad de informar al personal del servicio cuando el paciente se va a quedar solo o desea levantarse al baño, realizar una adecuada señalización de toda la infraestructura física sobre los posibles riesgos de caída, en las escaleras, en los desniveles, en los espacios vacíos, etc. Es necesario adecuar la instalación física con los requerimientos necesarios: soportes en los baños, colocación de piso antideslizante, adecuar altura de las camas lo más bajo posible, barreras de espuma que bloqueen espacios de las barandas, retirar las escalerillas a la cama, adecuando las sillas de rueda y camillas para el transporte de pacientes.

- Involucramiento del paciente y la familia. Conscientes de que un paciente más comprometido con su salud es un paciente que ayuda a prevenir eventos adversos, la organización debe estimularlos, a sus familiares y sus acompañantes para que comuniquen o pregunten sobre cualquier inquietud o preocupación que tengan con respecto a la seguridad del cuidado que reciben o que van a recibir.

Para tal efecto, se pueden desarrollar unos folletos ilustrativos sobre el papel activo que cada paciente en la consulta externa, en el que va a ser hospitalizado, o en el que va a ser intervenido quirúrgicamente, debe desempeñar buscando ayudar al personal de salud a que le entregue un cuidado más seguro.

En el caso de pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, la institución le puede hacer entrega de un folleto recordatorio de las preguntas sobre los aspectos más importantes que el paciente y su familia deben conocer para tener un adecuado manejo post-quirúrgico en casa.

De igual manera, para una gran cantidad de procedimientos quirúrgicos es recomendable entregar al paciente, por escrito, las recomendaciones sobre los cuidados que debe tener con las actividades del quehacer diario: bañarse, caminar, alimentación, actividad física, actividad sexual, manejo de drenes, prótesis, cita de control, etc.

Los pacientes y su familia acompañante son también involucrados en su autocuidado y seguridad al momento de las rondas de seguridad. Cuando la misma se realiza, se indaga al paciente sobre cómo le ha parecido la seguridad de su atención y qué aspectos concernientes a la seguridad han notado ellos que se pueden implementar o que ya lo están pero se pueden mejorar.

- Mecanismos de reporte. El reporte institucional de incidentes y eventos adversos es una herramienta fundamental para el aprendizaje institucional y la prevención futura de nuevos eventos. Saber qué pasó, permitirá conocer las fallas institucionales y los errores humanos ocurridos para establecer acciones de mejora. Sin embargo, a pesar de este claro beneficio, múltiples publicaciones muestran que aproximadamente solo se reporta el 6% de los eventos adversos que en realidad suceden.

El miedo a las represalias de orden laboral o jurídico que puedan tener, o a quedar en evidencia en público como aquellos que cometen los errores o simplemente no querer estar involucrado en tareas administrativas, figuran entre otras como las probables causas del no reporte de los profesionales de la salud, en especial de los médicos.

Estudiando las causas de no reporte, en 2002 Shekelle encontró que los médicos son más renuentes que las enfermeras a reportar eventos, incluso en casos de violación de protocolos claramente establecidos.

Una de las razones para el no reporte, es que los médicos no están de acuerdo con los criterios con los cuales la calidad es medida. Otras barreras de los médicos para el reporte encontradas en el estudio fueron la falta de retroalimentación sobre la acción tomada (57.7%), las limitaciones de la forma de reporte (muy larga 54.2%), que no consideran necesario reportar cosas triviales (51.2%), que se olvidan de reportar por estar muy ocupados (47.3%) o simplemente, no creen que reportar sea su responsabilidad (37.9%).

Por todo lo anterior, generar una cultura de reporte que favorezca la disminución de los eventos adversos, es reto importante para los Directores de Programas de Seguridad del paciente e idealmente debe cumplir las siguientes características: que promueva el auto-reporte voluntario, que sea anónimo y confidencial, que los incidentes también sean reportados, que conlleve a análisis, que los colaboradores le perciban un enfoque educativo, no punitivo.

- Implementación de equipos de respuesta rápida. Un equipo de respuesta rápida no es un equipo de código azul. Este último es un sistema de alarma que se activa para el manejo de los pacientes en paro cardio- respiratorio por parte de un grupo entrenado de profesionales, con funciones asignadas previamente, con lo cual el procedimiento se efectúa en el menor tiempo y con coordinación entre todos ellos.

La implementación de “Equipos de Respuesta Rápida (ERR)” las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana en la atención hospitalaria ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar los resultados clínicos, disminuir la mortalidad intrahospitalaria y prevenir las muertes evitables. Su activación fue promovida en 2004 por el IHI (Institute for Healthcare Improvement) de los Estados Unidos a través de la campaña “salvemos 100.000 vidas”, la cual fue acogida por más de 3.000 hospitales de ese país. Ante los buenos resultados, es ahora es una estrategia recomendada para implementación permanente.

El ERR consiste de un equipo multidisciplinario; un médico, una enfermera y el terapeuta respiratorio, los cuales asisten prontamente al llamado para la evaluación y manejo de pacientes hospitalizados en la Unidad de Hospitalización General y que presentan signos o síntomas de deterioro clínico.

El llamado se hace antes de que el deterioro progrese hasta un paro cardio-respiratorio, del cual alrededor del 15% al 20% de los pacientes no salen, a pesar de la atención por el equipo de código azul.

El equipo es independiente del médico tratante y, en el manejo de la situación crítica del paciente, puede ordenarle bien sea, medicación, estudios de laboratorio o de imágenes, e incluso su traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo.

Además de la disminución de la mortalidad hospitalaria, entre otros beneficios de los ERR están el mejoramiento de la calidad de atención, la disminución de los eventos adversos, la disminución de la estancia hospitalaria secundaria a eventos adversos, la optimización de la capacidad de camas, el incremento de la satisfacción del usuario y la disminución de la posibilidad de reclamaciones de orden médico-legal.

Aunque el paciente a quien se le activa un ERR no está en paro cardio-respiratorio, no todos los médicos tienen el entrenamiento para atender a los pacientes con deterioro clínico. Por lo tanto, se recomienda que el llamado al ERR active un equipo en el cual el médico varíe de acuerdo con la especialidad de manejo directo del paciente, es decir, el médico del ERR, activado a un paciente con patología médica exclusivamente, será un internista, el del paciente en un postquirúrgico será un cirujano general, el de un niño será un pediatra y el de una paciente obstétrica será un obstetra.

Los demás componentes del equipo serán siempre el médico general del piso de hospitalización (si existe), la enfermera jefe y la terapeuta respiratoria asignadas al servicio. Esto quiere decir que los ERR son dinámicos y cambiarán de acuerdo con el profesional de turno. Un listado visible en los servicios hará claridad sobre a quién se debe llamar. Una vez definido el equipo, los integrantes del equipo tienen un tiempo máximo (1 hora) para responder al llamado.

Cuando la situación clínica del paciente ha sido definida, el médico del equipo debe establecer comunicación con el médico tratante y acordar entre ambos la conducta clínica de mayor beneficio para el paciente. El llamado al ERR se debe activar ante la aparición de cualquiera de los siguientes signos o síntomas:

Frecuencia respiratoria menor a 10 x minuto o mayor de 24 x minuto

Fiebre mayor o igual a 40°C

Saturación de oxígeno menor de 90% a pesar de la administración de oxígeno

Disminución brusca de la presión arterial sistólica a menos de 90 mm Hg

Incremento sostenido de la presión arterial diastólica a mayor de 110 mm Hg

Frecuencia cardíaca menor de 50 latidos x minuto o mayor de 120 latidos x minuto

Inicio súbito de dolor en el pecho

Una extremidad fría, sin pulso, o cianótica

Paciente confundido o agitado

Paciente aletargado o con estupor sin explicación evidente

Aparición súbita de dificultad para hablar bien

Respuesta pupilar inadecuada

Convulsiones en un paciente sin historia previa de convulsiones

Dolor incontrolable

Diuresis menor de 0.5 cc por kilo por hora en las últimas 4 horas

Hemorragia por heridas, orificios naturales o melenas importantes

Hematoma importante sobre el cuello

- Herramientas para la construcción de cultura de seguridad. La creación de cultura de seguridad debe ser el objetivo primordial de cualquier Programa de Seguridad del Paciente, por ese motivo, fue la primera práctica recomendada a implementar por el National Quality Forum en el año 2003.

Esta recomendación se fundamenta en el hecho de que siempre que sean los seres humanos quienes provean la atención en salud, ocurrirán fallas y errores. De la misma manera, en el 2008 la Joint Commission de los Estados Unidos publicó en su sitio web una alerta de seguridad relacionada con aquellos comportamientos que disminuyen la cultura de seguridad en las organizaciones. Se refiere específicamente a que los comportamientos intimidantes pueden facilitar los errores médicos, contribuir a una pobre satisfacción del paciente y a eventos adversos prevenibles.

Crear cultura organizacional es algo difícil de lograr en el corto y mediano plazo debido fundamentalmente a que, como lo dice su definición, se trata de alinear comportamientos individuales en torno a unos pocos objetivos, en este caso, el de la seguridad.

La cultura de seguridad tiene cuatro componentes fundamentales, sobre los cuales se debe trabajar al interior de cada organización para lograrla. Estos componentes son: Seguridad psicológica, liderazgo efectivo, transparencia y cultura justa. La seguridad psicológica hace referencia a la convicción que tiene el colaborador de un servicio de que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores. Por el contrario, sabe que sus preocupaciones acerca de la seguridad serán recibidas de manera abierta y tratadas con respeto.

En presencia de seguridad psicológica, las personas no evalúan sus inquietudes en términos de lo que es correcto o incorrecto, sino que simplemente ven esto como una oportunidad para verificar que el equipo, en realidad, está haciendo lo correcto para el paciente sin tener que estar absolutamente en lo cierto para hablar. Una estrategia recomendada es tratar de desjerarquizar la práctica médica, lograr grupos de trabajo llenos de camaradería y apoyo mutuo donde cada profesional de la salud valora el aporte al equipo del otro.

El liderazgo efectivo significa que en cada servicio el líder o los líderes del mismo creen un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad. El liderazgo efectivo requiere humildad. El líder efectivo es aquel que se hace accesible a sus colaboradores, comparte información con ellos, los invita a contribuir con su experticia y preocupaciones y evidencia en su comportamiento preocupación por la falla, en el sentido de que si un colaborador cree que existe un problema, el problema es real hasta que se demuestre lo contrario.

La transparencia hace referencia a que la organización hace visible a sus colaboradores los eventos adversos presentados. Se basa en el concepto de que una organización transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares. Significa también que en la reunión de análisis, todos los participantes hablan con sinceridad sobre lo ocurrido. Dicho de otra manera, una organización transparente utiliza no oculta los eventos adversos, en vez de esto, los utiliza para mejorar.

La cultura justa tiene como principio el hecho cierto de que cualquier profesional competente involuntariamente comete errores.

Se refiere a que al momento de tomar decisiones sobre un evento adverso sucedido, se distingue entre los eventos adversos que son producto de errores de las personas, de aquellos que son producto de fallas en el sistema. Si bien las personas son responsables por sus comportamientos, la justicia está en que se reconoce que las personas individualmente no pueden ser responsables por fallas en el sistema sobre las cuales ellos no tienen control.

La cultura justa se relaciona con actos involuntarios y de ninguna manera, tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que colocan en claro riesgo a los pacientes (ejemplo, violar frecuentemente una guía de atención, falsificar un registro, trabajar bajo efectos de alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva, etc.). En estos casos, el castigo se hace necesario.

- Búsqueda activa de eventos adversos. Conociendo que la gran mayoría de los eventos adversos que suceden realmente se reportan, claramente los hospitales necesitan una manera más efectiva de identificar eventos que causan daño a los pacientes para determinar la severidad del daño e iniciar las acciones para minimizar sus consecuencias.

En 2009 el Institute for HealthCare improvement publicó una herramienta para medir eventos adversos, la cual provee un método fácil para identificar efectivamente eventos de este tipo, cuantificar el daño y medir la tasa de eventos adversos sobre el tiempo. Consiste en una revisión retrospectiva de una muestra de historias clínicas de pacientes hospitalizados en busca de pistas de posibles eventos adversos.

Existen en el día a día de la atención hospitalaria situaciones clínicas detrás de las cuales podría estar un evento adverso.

Una buena recomendación para quienes lideran un programa de seguridad del paciente es que una vez ocurra una de estas situaciones, se revise la historia clínica. Estas situaciones son:

Reingreso al servicio por la misma causa en menos de 72 horas

Daño a un paciente ocurrido en el hospital (caídas, quemaduras, úlcera presión)

Sepsis

Paro cardio-respiratorio

Apgar score bajo

Reacciones adversas a medicamentos

Traslado no planeado a la UCI

Traslado no planeado a otra unidad de cuidado agudo del hospital

Reingreso no planeado a cirugía

Déficit neurológico no presente al ingreso

Procedimientos adicionales no planeados en cirugía

Muerte no esperada

Existen otras alternativas para monitorear la calidad y la seguridad de la atención no muy acudidas por los auditores, en las cuales se pueden identificar eventos adversos a los esperados. Ellas son: el contacto confidencial con los clínicos, los registros de auditoría, los comités de morbi-mortalidad, el resumen de egresos, las quejas de pacientes y familiares, las rondas de seguridad, la observación discreta, las autopsias.

✓ Procesos Asistenciales Seguros (Buenas prácticas de seguridad). La inclusión de las buenas prácticas para la seguridad del paciente como requisitos mínimos obligatorios, fortaleció la gestión para evitar eventos adversos en el país, además de contribuir en la extensión del compromiso por mitigar los riesgos en todos los prestadores de servicios de salud.

Desde el Ministerio de Salud y Promoción Social se promueven los siguientes procesos asistenciales seguros (4).

- Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.
 - Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
 - Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
 - Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
 - Prevenir úlceras por presión.
 - Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
 - Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
 - Reducir el riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares.
 - Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.
 - Reducir riesgo de la atención del paciente crítico.
 - Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
 - Prevención de la malnutrición o desnutrición.
 - Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido.
 - Atención de urgencias en población pediátrica.
 - Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
 - Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos.
- ✓ Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales (4).
- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
 - Prevenir el cansancio en el personal de salud.

Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado.

El manejo del Entorno Legal (4). La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos básicos:

- ✓ El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales.
- ✓ Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con éste, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.
- ✓ Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

Se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia:

- ✓ Estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte.
- ✓ Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención.
- ✓ Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos.
- ✓ Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica.

Evaluación de la frecuencia de los eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente (5).

✓ Sistemas de notificación (15). Conocer con detalle la cadena de acontecimientos que culmina con un incidente para la seguridad del paciente, representa una oportunidad para prevenir posibles ocurrencias de situaciones similares en otros pacientes y, por tanto, debiera contribuir a reducir los eventos adversos. Los Sistemas de notificación tienen su origen en sectores industriales con alto riesgo de accidentes cuyas consecuencias son catastróficas para la vida de las personas y la economía, como es el caso del transporte aéreo, ferroviario y marítimo, así como la industria petroquímica o las centrales nucleares, donde estos sistemas son casi siempre de carácter obligatorio.

En el sector sanitario la experiencia de los sistemas de notificación tiene un recorrido histórico menor que en las industrias y suelen citarse como países con mayor experiencia a Australia, Canadá, Estados Unidos de América y el Reino Unido. En Australia, en 1993, se implantó un sistema de notificación de incidentes conocido como Australian Incident Monitoring System. En 2001, el Reino Unido puso en marcha un sistema de notificación al que los centros podían sumarse de forma voluntaria subrayando su carácter de prevención de la ocurrencia de fallos. Casi de forma simultánea, Canadá acordó impulsar el *Canadian Adverse Event Reporting and Learning System*.

La máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos, la eliminación de los *riesgos innecesarios* y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable. Porque seguridad no es igual a *ausencia de riesgos*, sino llevar a cabo las medidas necesarias para reducirlos al máximo posible.

Los sistemas de notificación no pretenden hacer una estimación de la frecuencia de los eventos adversos, sino que son formas de obtener una valiosa información sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de un evento adverso. Deben ser sistemas no punitivos y con el objetivo de la mejora continua.

Se ha constatado que los sistemas de notificación suelen lograr mayor implicación de los profesionales cuando son voluntarios y anónimos, aunque se requiere de mayor información y evidencias para confirmar si efectivamente contribuyen a la seguridad de los pacientes. Los sistemas de notificación que se han implementado en los centros de diversos países no sustituyen a otras estrategias de análisis de la frecuencia de eventos adversos, estudios epidemiológicos o a los sistemas de información de infecciones nosocomiales o reacciones adversas a medicamentos tradicionalmente utilizados. Muchos incidentes tienen su freno en las barreras que el sistema, los procedimientos o los propios profesionales son capaces de poner en práctica para evitar la ocurrencia de un evento adverso.

Si bien los sistemas de reportes/notificación son diseñados con la finalidad de que a partir de la información obtenida de los reportes, su análisis y la implementación de cambios que ayuden a atenuar las fallas y prevenir los daños den como resultado una mayor seguridad del paciente, muchas veces no llegan a cumplir su objetivo debido a la falta de alimentación del sistema por parte de los profesionales sanitarios con la información adecuada.

Esta falta de participación activa de los profesionales, aun sabiendo que estas informaciones pueden ser de mucha utilidad, puede deberse, entre otras, al temor de que la información pueda ser utilizada en contra del profesional involucrado o la institución para procesos legales (penales, civiles, disciplinarias o éticas).

Al respecto es importante hacer cinco consideraciones:

a. Los programas de seguridad del paciente ayudan a:

- Mejorar la comunicación y relación con el paciente y su familia que se describe en los protocolos cuando ocurre el evento adverso. La comunicación limita a que se llegue hasta instancias legales.
- Disminuir la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos y su severidad, disminuyendo y previniendo que se generen acciones legales.
- Atenuar la situación cuando la acción legal se genera; la no existencia u observancia de un programa de seguridad del paciente, en cambio, es un factor agravante.

b. Es necesario entender que la metodología de análisis del evento adverso está dirigida a los procesos y no a los individuos, y por lo tanto no es una herramienta para establecer la responsabilidad del individuo, ya que no aporta los elementos periciales y probatorios requeridos por estas instancias.

c. La simple identificación de un incidente o suceso no significa que efectivamente se haya producido el evento adverso, para lo cual es necesario desarrollar el proceso establecido de reporte y análisis. Una denuncia puede llevar a acusaciones infundadas.

d. Ante el hecho del incremento de las demandas a profesionales e instituciones en salud, se prefiere no generar mecanismos de reporte para evitar poner al profesional o a la institución en situación de riesgo de ser demandado.

La evidencia científica demostró que los programas de seguridad del paciente producen impactos importantes, particularmente en temas como la infección asociada a la atención en salud, la comunicación, la educación y el trabajo en equipo, generando ahorros importantes por la reducción en la ocurrencia de los eventos adversos y disminuyendo gastos por posibles demandas.

e. Llegado al extremo de enfrentarse a procesos judiciales, la responsabilidad del profesional de la salud se atenúa por lo señalado en los puntos 1, 2 y 3; además se debe recordar que no todos los eventos adversos son prevenibles, y por el contrario, en aquellos en los cuales no se pueden prevenir su ocurrencia, podría ser más riesgoso no desarrollar el procedimiento o la atención en salud, por lo cual no se darían las condiciones de dolo, impericia o imprudencia necesarias para configurar una responsabilidad legal.

✓ Estructura de un sistema de monitoreo del programa de seguridad del paciente (5). Se refiere a los programas y a las actividades de monitoreo que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de los eventos adversos.

Programas de Monitoreo

- *Tecnovigilancia*. Reglamentada en Colombia por la Resolución 4816 de 2008. Tiene como objetivo fundamental garantizar la seguridad de los pacientes y operadores por medio de la identificación, recolección, gestión y divulgación de los incidentes o eventos adversos que presenten los dispositivos médicos durante su uso. Para ello, la institución debe determinar los factores de riesgo con el uso de dispositivos médicos, educar a sus colaboradores para garantizar la seguridad de dicho uso, hacer seguimiento a la incidencia y frecuencia de los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos, e implementar las acciones de mejora necesarias.

Existen, en teoría, dos tipos de vigilancia: pasiva y activa. La primera hace referencia a la recepción de reportes de eventos e incidentes adversos. La segunda, a la búsqueda de factores de riesgo, enfocada, principalmente, al seguimiento de los dispositivos médicos clase III en áreas donde existen altas posibilidades de riesgo para los pacientes.

Los dispositivos médicos más asociados a eventos adversos son: las bombas de infusión (debido a sobredosis de medicamentos), los catéteres (debido a complicaciones infecciosas, hemorragia o ruptura en cuerpo del paciente), los desfibriladores (debido a que el equipo no entrega la carga programada), los dispositivos implantables e invasivos (debido a las complicaciones infecciosas), los equipos de monitoria (debido a problemas con las alarmas) y los monitores (cuando no registran los parámetros reales del paciente).

Anualmente el ECRI9 publica los 10 riesgos más comunes con el uso de la tecnología biomédica; para 2014 fueron: 1. Alarmas. 2. Errores en la administración de medicamentos usando bombas de infusión. 3. Exposición innecesaria a quemaduras por radiación en procedimientos de diagnóstico radiológico. 4. Fuego en cirugía. 5. Peligros debidos a incompleta inspección de máquinas de anestesia. 6. Errores en la conexión de tubos de alimentación enteral. 7. Falla inter-operabilidad entre equipos médicos y la tecnología de información. 8. Pobre usabilidad de equipos médicos utilizados cuando el paciente es cuidado en su casa. 9. Daños por agujas y elementos corto-punzantes.

Como una estrategia de trabajo en conjunto que articula y compromete a los profesionales de la salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y entes territoriales, nuestro país cuenta con la Red Nacional de Tecno Vigilancia del INVIMA que debemos reportar todos los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos conocidos.

- *Farmacovigilancia.* Es la actividad específica que monitorea el uso de medicamentos en los pacientes. La Organización Mundial de la Salud la define como la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos. Cualquier medicamento que se le suministre a un paciente tiene el efecto potencial de desencadenar eventos adversos, por lo tanto, es necesario que se implementen acciones para el mejoramiento de la seguridad en su utilización y se vigile el efecto de la misma.

El origen y desarrollo de la fármaco-vigilancia tuvo lugar en la década de los 60, cuando se asoció a la “epidemia” de malformaciones congénitas la administración de Talidomida durante el embarazo. Desde entonces, la farmaco-vigilancia es una responsabilidad que comparten la industria farmacéutica, las autoridades sanitarias, el personal clínico y los pacientes. Se encarga del seguimiento de la seguridad de los medicamentos desde su creación y desarrollo, su selección y adquisición, el almacenamiento, la formulación, la preparación y dispensación, la administración y el monitoreo de su efecto. Así, el éxito de la farmaco-vigilancia es el continuo reporte, seguimiento y monitoreo a las reacciones adversas (RAM) y eventos adversos (EAM) que presenten nuestros pacientes con su tratamiento farmacológico.

- *Hemovigilancia.* Término que se utiliza para definir el conjunto de acciones de vigilancia epidemiológica que permiten la detección, registro y análisis de la información relativa a los eventos adversos e indeseables derivados tanto de la donación, como de la transfusión de sangre.

Una reacción adversa transfusional, RAT, es una respuesta indeseada asociada a la transfusión de sangre o hemo-componentes que se presenta durante o después de la transfusión y afecta la seguridad del paciente que la recibe. Las RAT se pueden asociar directamente con la calidad de los componentes sanguíneos, o bien, con factores idiosincrásicos de cada paciente. En el primer caso, la RAT está causada por una desviación en los procedimientos operativos estándar, usualmente por errores humanos o de los sistemas o dispositivos empleados en la cadena transfusional. El segundo caso lo constituye la respuesta inesperada que se presenta en el paciente, sin que hayan existido errores en el proceso. Estas RAT pueden ser agudas o crónicas e infecciosas o no infecciosas y deben ser informadas mediante un registro específico que para tal fin ha dispuesto el Instituto Nacional de Salud.

Actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos

- *Rondas de Seguridad.* Diseñadas por Frankel en el 2003 con el objetivo de conocer la percepción de los colaboradores sobre la seguridad de la atención en el servicio y de paso contribuir a la creación de una cultura de seguridad. Consiste en que el grupo central de ejecutivos del hospital, incluyendo al director general, el director médico, el director de calidad, el director del programa de seguridad, etc., asistan juntos a cada servicio en un periodo de tiempo determinado, usualmente una vez al mes, y en un día y hora acordados previamente con los jefes de los servicios asistenciales. Allí interactúan con los colaboradores y les hacen unas preguntas que han sido previamente preparadas.

Posterior a la realización de la ronda, usualmente dentro de la semana siguiente a su terminación, el grupo de ejecutivos se reúne para analizar las oportunidades de mejora detectadas, priorizar su ejecución y acordar el día y hora de visita al

servicio siguiente y así sucesivamente, hasta terminar el ejercicio con la totalidad de servicios del hospital.

- *Método trazador.* El método trazador es una forma efectiva de rastrear la calidad de atención de un paciente, utilizando la historia clínica como guía. Consiste en evaluar el cumplimiento de la atención al paciente con los estándares y el cumplimiento de la política de la organización. Existen dos tipos de método trazador:

a. Paciente trazador, en el cual se sigue la trayectoria de tratamiento de un paciente desde que ingresó a la institución hasta el momento en que se está evaluando

b. Sistema trazador, en el cual se sigue un proceso desde el principio hasta el final. Ejemplo: sistema de manejo de medicamentos, sistema de administración de control de infecciones, sistema de manejo de datos, entre otros.

Como resultado del método trazador se hace una revisión integrada e interdisciplinaria de las áreas más críticas para la calidad y la seguridad del paciente y se analiza el grado de cumplimiento del estándar y la información resultante con el fin de ser utilizada para diseñar e implementar acciones de mejoramiento. Para trazar pacientes es recomendable seleccionar un paciente que tenga un diagnóstico médico muy frecuente o que haya sido sometido a un procedimiento muy frecuente en la organización. En el servicio se revisará la historia clínica y se entrevistará a los colaboradores que cuidan al paciente e incluso al paciente mismo y a sus familiares. El trazado de pacientes hecho en la revisión de la historia y en la entrevista de colaboradores, debe buscar identificar el cumplimiento de las políticas y estándares de los atributos de calidad definidos por la organización.

Después de terminar el trazado, es trascendental evidenciar los hallazgos importantes a los líderes de los servicios. Algunos ejemplos de los que se puede trazar incluyen:

Servicio de urgencias

- Proceso de triage
- Evaluación del paciente

Radiología

- Proceso para la identificación del paciente
- Proceso de la comunicación para compartir resultados críticos

Angiografía

- Evaluación del paciente pre-procedimiento
- El uso y la seguridad de la sedación y la anestesia

Unidad de cuidados intensivos

- Comunicación en las situaciones de emergencia
- Control de la infección

Farmacia

- Proceso de identificación para los medicamentos de alto riesgo
- Datos sobre uso de los medicamentos de alto riesgo

Terapia física y rehabilitación

- Proceso de referencia y evaluación
- Planeamiento de alta y evaluación de las necesidades domiciliarias

✓ **Herramientas que facilitan la monitorización.**

Uso de listas de chequeo. El origen de las listas de chequeo como un elemento para mejorar la calidad y evitar eventos adversos, parte de 1935 cuando se convirtió en un estándar de la aviación internacional y de allí su uso se expandió a otras industrias. En la actualidad el uso de listas de chequeo es ampliamente recomendado en la literatura médica como una herramienta valiosa para gestionar el riesgo y prevenir eventos adversos o resultados no esperados. Ellas ayudan a reducir la ambigüedad sobre qué es lo que se debe hacer, qué es lo prioritario a hacer y a clarificar los comportamientos que son más útiles. En la literatura hay claros reportes de cómo, utilizando una lista de chequeo, se lograron disminuir las complicaciones en las cirugías en un 36% y el número de muertes en el 47%. Por otro lado, en el Hospital John Hopkins el uso de la lista de chequeo ayudó a reducir sustancialmente las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter central, de tal manera que ésta práctica está hoy ampliamente diseminada en todos los hospitales de los Estados Unidos. El alcance del uso de estas listas ha tocado a una amplia variedad de procesos y procedimientos que buscan evitar errores en muchos otros procesos. Ejemplo: en la identificación de pacientes, para evitar caídas, para evitar trombo embolismo venoso, errores en la comunicación, entre otros. Un aspecto importante del uso de listas de chequeo es que son de simple implementación y sí los datos son tabulados y analizados, de ella se obtiene información valiosa para el mejoramiento continuo.

Comparación externa en el monitoreo de la seguridad del paciente. Para una institución que trabaja en pro del mejoramiento continuo, es recomendable referenciar sus resultados con los de otros, de preferencia los mejores, no solo a nivel nacional, sino también internacional. Es muy importante anotar que tal referenciación no significa, en consecuencia, que la institución sea mejor o peor en el ítem referenciado, que aquella con la cual se referencia.

Algunos referentes son requerimientos de ley y es obligación cumplirlos; ejemplo: oportunidad de la cita médica general a 3 días. Otros no son de ley pero tienen valores promedio nacional e internacional; ejemplo: bacteriemia asociada a catéter central, estancia promedio en UCI, entre otros. Aunque ésta referenciación no es una comparación, sí permite saber en dónde se ubica el prestador con respecto al ítem en referencia y por ello mismo es muy importante hacerlo.

✓ **Indicadores.** Independiente del nivel de complejidad, cada institución debe evidenciar que efectivamente entrega una atención de buena calidad y para ello, es necesario monitorizar, constantemente, la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática, mediante indicadores. Donabedian definió que en todo proceso de atención médica intervienen factores estructurales y del proceso mismo que se traducen en un resultado, los cuales se conjugan para ofrecer un resultado que siempre se espera que sea el mejor, es decir, la cura de la enfermedad o al menos, el mejoramiento de las condiciones del estado funcional del enfermo. Por ello, en la búsqueda del mejoramiento, en todo proceso de atención, se pueden obtener indicadores de estructura, de proceso y de resultado.

Características de un indicador. Los indicadores son poderosas herramientas de gestión que permiten mantener una mirada permanentemente actualizada de la situación, tomar decisiones y verificar si éstas fueron o no acertadas. Un indicador ideal seleccionado debe tener diferentes atributos, entre los cuales los más importantes son:

Simple: De fácil elaboración.

Válido: Debe medir realmente lo que se quiere medir.

Sensible: Debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones en las cuales hay un problema.

Específico: Debe ser capaz de identificar solo los casos donde hay un problema de calidad.

Confiable: Los mismos resultados pueden ser reproducidos por observadores diferentes. Sin confiabilidad no hay validez.

Útil: Debe servir para tomar decisiones que lleven a la mejora

Interpretable: Los resultados son fácilmente comprensibles por quienes los utilizan.

Disponible: Los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo.

Controlable por los proveedores: El proveedor debe tener la capacidad de influenciar el proceso o los resultados que se miden.

Tipos de Indicadores.

Indicadores de estructura. Miden la calidad de los recursos que se requieren para poder brindar la atención (recurso humano, recurso físico y recurso tecnológico). Incluyen los aspectos institucionales de la gestión (la documentación existente relacionada con procesos y la organización), los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal). Son ejemplos de indicadores de estructura: el número de camas de hospital, el número de médicos de urgencias, entre otros.

Indicadores de proceso. Enfatizan en cómo se entrega la atención a través de la medición de la calidad de las actividades realizadas durante la atención misma. Para el monitoreo de las actividades que la institución realiza para prevenir y reducir la ocurrencia de eventos adversos, buscando evidenciar que tales actividades sí se hicieron bien hechas.

Se mencionan como indicadores de proceso los siguientes:

a. Para prevenir el riesgo de infecciones asociadas a la atención.

- Adherencia total a las acciones sugeridas en el bundle o paquete de atención (bacteriemia, neumonía e infección urinaria).

- Adherencia a la profilaxis antibiótica recomendada.

- Adherencia a la higiene de manos.

b. Para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos de alta alerta.

- Proporción de medicamentos de alta alerta identificados.

- Proporción de fallas en el etiquetado de medicamentos de alta alerta.

- Proporción de pacientes con adecuada conciliación medicamentosa.

- Proporción de pacientes sobreanticoagulados.

c. Para prevenir caídas.

- Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas.

d. Para prevenir úlceras de presión.

- Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de úlceras de presión.

e. Para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.

- Adherencia a la lista de chequeo de cirugía segura.

- Proporción de pacientes con marcaje del sitio operatorio.

f. Para prevenir eventos adversos asociados a la inadecuada identificación de pacientes.

- Proporción de pacientes identificados correctamente.

- Proporción de fallas en la identificación de pacientes.

- Proporción de fallas en la identificación de muestras de laboratorio.

- Proporción de fallas en la identificación de placas de imágenes.

g. Para reducir el riesgo en la atención de pacientes con infarto de miocardio.

- Proporción de pacientes con tiempo puerta balón menor de 90 minutos.
- Proporción de pacientes remitidos a rehabilitación cardíaca.
- Prescripción de beta bloqueador al egreso.
- Uso de beta-bloqueadores para prevenir eventos cardíacos peri-operatorios.

h. Para prevenir eventos adversos asociados al uso de sangre y hemo componentes.

- Proporción de pacientes trasfundidos con grupo y Rh correctos.
- Proporción de fallas en la identificación de sangre y hemo-componentes.

i. Para reducir el riesgo en la atención de pacientes críticos.

- Proporción de pacientes con prescripción de medicamentos para prevenir trombosis venosa y pulmonar.
- Proporción de paciente con prescripción de medicamentos para prevenir úlceras de estrés.
- Proporción de pacientes con valoración nutricional.

j. Para mejorar la seguridad en procedimientos radiológicos.

- Proporción de pacientes con solicitud de creatinina previa a la realización de estudios con medio de contraste.
- Proporción de estudios de imágenes radiológicas con doble lectura por pares.
- Reporte de discordancias entre informe radiológico y hallazgos quirúrgicos .

k. Para mejorar la comunicación entre el personal que atiende al paciente.

- Proporción de órdenes verbales que son transcritas en la historia clínica.
- Proporción de resultados críticos de exámenes de laboratorio que son informados verbalmente al servicio.

l. Para garantizar la funcionalidad del procedimiento de consentimiento informado.

- Proporción de consentimientos informados adecuadamente diligenciados.
- Medición del entendimiento del paciente del consentimiento informado.

m. Para promover el autocuidado.

- Proporción de pacientes hospitalizados a quienes se les entregó información sobre autocuidado.

n. Para evitar problemas de nutrición en pacientes hospitalizados.

- Proporción de pacientes hospitalizados con valoración nutricional al primer día.

ñ. Para evitar daños en atención de urgencias pediátricas.

- Proporción de cumplimiento de la oportunidad en la valoración por pediatra.

o. Para evitar daños en pacientes con enfermedad mental.

- Proporción de pacientes hospitalizados en la unidad mental con valoración diaria del riesgo de autodaño o agresión.

p. Prevenir el cansancio del personal.

- Proporción de colaboradores con más de 12 horas de trabajo continuo.

q. Identificación del paciente y muestras de laboratorio.

- Proporción de pacientes adecuadamente identificados.
- Proporción de muestras de laboratorio adecuadamente identificadas.

Indicadores de resultado. Son los Indicadores más usados en el sistema de salud. Miden el grado en el que la atención otorgada al paciente produjo o no el efecto deseado. De cualquier forma, este indicador evidencia un cambio en la salud atribuido a la atención recibida y además, genera otras consecuencias.

Los indicadores de gestión deben estar claramente definidos y cumplir con las características de definición establecidas por la organización. Estas características dan claridad al personal para interpretar y documentar los indicadores a evaluar. La lista de indicadores de resultado es:

a. Eventos adversos asociados a la infección.

- Infecciones asociadas a la atención en salud.
- Bacteriemia asociada al uso de catéter central.
- Neumonía asociada al uso de ventilador mecánico.
- Infección urinaria asociada al uso de sonda vesical.
- Infección nosocomial.
- Infección de herida limpia.

b. Eventos adversos asociados a los cuidados.

- Ulcera por presión.
- Daño al paciente por caídas.
- Flebitis química.
- Lesión de tejidos blandos por extravasación de medio de contraste.
- Daño por auto-retiro de sondas/tubos/catéteres.
- Daño al paciente por pérdida del espécimen de patología.

c. Eventos adversos asociados a la cirugía.

- Lesión abandonada en órgano no objeto de la cirugía previa.
- Daño durante una cirugía.
- Evisceración post-quirúrgica.
- Embolismo aéreo intravascular en el intraoperatorio.
- Quemadura del paciente.
- Re intervención no planeada por hemorragia/hematoma.

d. Eventos adversos asociados al manejo.

- Daño por error diagnóstico.
- Reingreso al servicio en tiempo menor del indicado por la misma causa.
- Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar post-operatorio.
- Neumotórax iatrogénico.
- Falla renal aguda post-operatoria que requiere diálisis.
- Depresión respiratoria por sobredosis de medicamentos.

e. Eventos adversos asociados en la atención de la gestante y recién nacido.

- Desgarro perineal grado 3-4.
- Trauma del neonato en el nacimiento.
- Atención instrumentada del parto.

f. Otros eventos adversos.

- Daño del paciente por el uso incorrecto de medicamentos.
- Daño del paciente por falla del equipo biomédico.
- Daño al paciente por errores en el informe diagnóstico de imágenes o de laboratorio.

g. Eventos centinela. Se llaman centinela porque debido a su gravedad, deben ser vigilados e investigados cuando se presentan. La organización Leapfrog, que aglutina a las empresas aseguradoras en los Estados Unidos, considera como eventos centinela a los siguientes:

- Discapacidad o muerte por reacción transfusional.
- Transfusión de elemento sanguíneo con grupo/Rh equivocado.
- Lesión por cirugía en paciente/lado/órgano incorrecto.
- Lesión por realización de procedimiento incorrecto.
- Lesión por colocación de implante incorrecto.
- Lesión por cuerpo extraño dejado abandonado dentro del paciente.

- Muerte del paciente o daño serio asociado con el uso de drogas, equipos o biológicos contaminados provistos por la institución.
- Muerte del paciente o daño serio asociado con el uso o función de un equipo que ha sido usado para un objetivo distinto para el cual fue creado.
- Muerte del paciente o daño serio asociado con embolismo aéreo intra vascular que ocurre durante la atención.
- Muerte del paciente o daño serio asociado al uso de medicamentos, en cualquiera de sus correctos.
- Muerte materna o daño serio asociado con el trabajo de parto o el nacimiento en un embarazo de bajo riesgo.
- Muerte intra-operatoria o inmediata post cirugía o post procedimiento de un paciente con riesgo anestésico (ASA).
- Muerte del paciente o daño serio asociado con su fuga o desaparición.
- Suicidio del paciente o intento suicida o auto daño que resulta en una discapacidad mientras es atendido en la institución.
- Homicidio intra-institucional.
- Asalto físico o violación intra-institucional.
- Robo, rapto o secuestro de un paciente de cualquier edad.
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff como resultado de un asalto físico o agresión.
- Inseminación artificial con espermatozoides de donante equivocado o el huevo equivocado.
- Muerte del paciente o daño serio asociado con una caída.
- Úlceras de presión en cualquier estadio que aparecen después de la admisión del paciente.
- Muerte del paciente o daño serio que resulta de la pérdida irrecuperable o irremplazable de tejido biológico.
- Muerte del paciente o daño serio que resulta de la falla al hacer seguimiento o en la comunicación de un examen de laboratorio, patología o radiología.

- Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff asociado con un shock eléctrico durante el proceso de atención.
- Cualquier incidente en el cual una línea diseñada para entregar un gas a un paciente, no contiene gas, o el gas equivocado, o el gas está contaminado por sustancias tóxicas.
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff por quemaduras provenientes de cualquier fuente de energía.
- Muerte o daño serio del paciente asociado a la limitación de los movimientos del paciente o amarres.
- Muerte o daño serio del paciente o de alguien del staff asociado con la introducción de un objeto metálico.

Métodos de análisis de eventos adversos e incidentes. En la actualidad existen diferentes métodos para el análisis de eventos adversos e incidentes. La elección del método a utilizar debe estar basada en la facilidad de uso por el equipo de trabajo, la integración a las metodologías de gestión ya implementadas en la organización y la utilidad en la eliminación del problema de origen que evite la ocurrencia, nuevamente, de evento.

✓ Análisis de causa raíz. Es una metodología de análisis basada en los múltiples factores que pueden llevar a la ocurrencia de un error. Parte del principio de que todo evento adverso se origina en una causa raíz que da origen a los demás factores que se identifican en el análisis. Su práctica se basa en el supuesto de que los problemas se resuelven mejor al tratar de corregir o eliminar las causas raíz, en vez de simplemente tratar los síntomas evidentes de inmediato y por lo tanto, al dirigir las medidas correctivas a las causas primarias, se espera que la probabilidad de la repetición del problema se minimizará.

Por esto, aunque es un método reactivo, pues el evento ya pasó, al ganar experiencia en este tipo de análisis se convierte, con el tiempo, en un método pro-activo pues la implementación de las acciones de mejora crea una reducción de la variabilidad y disminución de los riesgos. Sin embargo, se reconoce que la prevención total de la recurrencia de una sola intervención no es siempre posible. La metodología recomendada para su implementación es partir del resultado final y preguntarse sucesivamente ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué?.

El diagrama de Ishikawa o de causa - efecto considera 6 factores que contribuyen a la ocurrencia del error: mano de obra, materia prima, método, máquina, medio ambiente y medida. En cada factor se debe establecer la misma metodología. Es consideración general que aproximadamente no más allá del quinto porqué, se llega a la causa raíz. Para ser eficaz, este tipo de análisis debe realizarse de forma sistemática, con conclusiones y causas respaldadas por pruebas documentadas.

Figura 4. Diagrama Espina de Pescado o Ishikawa.



Fuente : <http://aprendeypiensa.com/2012/06/el-metodo-ishikawa.html/>

✓ Análisis de modo y efecto de falla- AMEF. Es una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una potencial falla. Describe un grupo sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Por lo tanto, el AMEF completo y bien hecho, debe ser una acción antes del evento y no un ejercicio posterior a los hechos.

Para elaborar un AMEF Se hace una lista de todas las posibles causas de falla asignables a cada modo de falla potencial y se tiene en cuenta:

Ocurrencia. Qué tan frecuentemente se proyecta que ocurra la causa.

Mecanismo de falla específico. Se estima la posibilidad de ocurrencia en una escala de 1 a 10.

Severidad. Es una evaluación de la seriedad del efecto del modo de falla potencial en el cliente.

Controles actuales del proceso. Se describen los controles que previenen que en cierto grado ocurra el modo de falla o que detectan el modo de falla que se presentará; detección, evalúan la probabilidad de que los controles de proceso que se proponen detecten una causa potencial o el modo de falla subsecuente; se usa una escala de 1 a 10. Si bien un AMEF debe tener un responsable de la preparación, debe también basarse en el esfuerzo de un equipo de expertos; en diseño, manufactura, en materiales, en servicio, en calidad, los proveedores y líderes del área responsable.

✓ Protocolo de Londres (16). El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”. Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.

No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas. La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason.

Figura 5. Modelo Organizacional de accidentes de James Reason.



Fuente : <https://elblogdelaaafh.wordpress.com/2013/06/09/protocolo-de-londres/>

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión. Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizacionales.

Figura 6. Procedimiento de investigación de eventos adversos.



Fuente : <https://elblogdelaaafh.wordpress.com/2013/06/09/protocolo-de-londres/>

La primera actividad del proceso de análisis es la identificación de las acciones inseguras. Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. La institución debe decidir si inicia o no el proceso, teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional.

Para la selección del equipo investigador, se requiere conocimiento y experiencia en investigación de incidentes tanto como conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Un equipo debe contar con: Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos, punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico), autoridad administrativa senior (Director Administrativo, Jefe de Enfermería, etc), autoridad clínica senior (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, especialista reconocido, etc) y miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente. Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.

A continuación se realiza la obtención y organización de información. Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible. Estos incluyen como mínimo: Historia clínica completa, protocolos y procedimientos relacionados con el incidente, declaraciones y observaciones inmediatas, entrevistas con los involucrados, evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc); otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas como complemento y para precisar la cronología del incidente. Son útiles para precisar las cronología: La narración, a través de las entrevistas y de la historia clínica, y el diagrama, a través de un dibujo esquemático que represente movimientos de personas, materiales, documentos e información.

Tabla 3. Factores contribuyentes de eventos adversos.

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUYENTE
PACIENTE	Complejidad y gravedad Lenguaje y Comunicación Personalidad y Factores sociales
TAREA Y TECNOLOGÍA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura Disponibilidad y uso de protocolos Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas Ayudas para toma de decisiones
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia Salud física y mental
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de soporte Estructura de equipo
AMBIENTE	Personal suficiente, mezcla de habilidades, carga de trabajo, patrón de turnos, diseño y disponibilidad y mantenimiento de equipos, soporte administrativo y gerencial, clima laboral, ambiente físico (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas, estándares y metas, prioridades y cultura organizacional
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio Contactos externos

Fuente : <https://elblogdelaaafh.wordpress.com/2013/06/09/protocolo-de-londres/>

El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos, tal y como se muestra en la tabla 2.

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal. Por este motivo es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos. En la práctica diaria las fallas activas –acciones u omisiones– que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “acción insegura”. La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas estableciendo un plan de acción.

Seguridad del Paciente en la Atención Primaria (17). En la atención primaria hay que afrontar una enorme agenda – un auténtico cambio en la complejidad del volumen de trabajo que tendrá un impacto sobre la cultura de seguridad de cada organización. Factores como cambios en planes de trabajo, avances en tecnología, desplazamiento de volumen de trabajo desde la atención secundaria a la primaria, cambios en el personal tales como enfermeras que puedan prescribir y priorizar (seleccionar), crecientes necesidades de atención sanitaria y social de los pacientes (incluyendo tratamientos farmacológicos más complejos y exigentes estándares clínicos nacionales), así como un mayor examen externo.

En los últimos años también se han observado cambios en la gestión de pacientes con enfermedades crónicas, impulsados por mejores terapias farmacológicas y conocimiento. Estos pacientes gradualmente van pasando a ser atendidos en áreas de atención primaria en lugar del hospital.

Hasta ahora la gestión del riesgo ha estado enfocada en intervenciones tecnológicas hospitalarias, y está menos desarrollada en atención primaria, pero es claro el empeño por aprender de incidentes de seguridad del paciente.

Existe una gran variedad de prácticas en el sector de atención primaria, y las prácticas generales están tratando con una creciente y amplia gama de síntomas, muchos de los cuales no pueden ser clasificados con facilidad o diagnosticados con claridad. Los cambios en atención sanitaria, tal como adelantar el alta hospitalaria, la prescripción y seguimiento de medicamentos con un potencial de alto riesgo (ej. metotrexato para el tratamiento de artritis reumatoidea), y una creciente variedad de distintos servicios y áreas que recaen bajo la competencia de la atención primaria, todo ello aumenta el riesgo de daño involuntario al paciente. Sin embargo, el conocimiento sobre seguridad del paciente en esta área es limitado.

Aunque existen algunos estudios académicos relativos a la seguridad del paciente en atención primaria, la mayor parte de la investigación en el Reino Unido y en otros países ha sido dirigida al sector hospitalario. Una valiosa revisión de estudios fue publicada por investigadores de Manchester, los cuales mostraron grandes diferencias en los índices de error, entre 5 y 80 por cada 100.000 consultas. En esta revisión los errores relacionados con diagnósticos fueron consistentemente la categoría más común. Sin embargo, el bajo índice de error parece reflejar la falta de evidencias en este área, más que una verdadera indicación sobre el nivel de errores en la atención primaria.

Un estudio publicado en 2004, sobre la epidemiología de errores utilizando un análisis sobre bases de datos relacionados con litigios por negligencia clínica, encontró que:

- Con diferencia, el error más común en atención primaria (50% de casos) fue un fallo o retraso en el diagnóstico. Otros errores comunes incluidos fueron errores de prescripción de medicación, fallo o retraso en derivar al paciente, y fallo para alertar de, o reconocer, efectos secundarios de la medicación (cada uno de ellos alrededor del 5%). No todos estos errores dan como resultado un daño grave.
- El resultado más común de dichos errores registrado en atención primaria fue el fallecimiento del paciente (en el 21% de casos). Otros resultados mencionados con frecuencia incluyen deterioro en la condición clínica (6%) y dolor innecesario (4%).

Esta investigación también evaluó los índices de incidencia de errores tipificados en relación con el total de consultas en atención primaria. Los resultados muestran que el índice de incidencia de errores era más elevado para pacientes en grupos con neoplasmas, problemas congénitos, y complicaciones del embarazo. Análisis más detallados revelaron que una serie de afecciones, tal como septicemia, infección meningocócica, apendicitis y diversos neoplasmas estaban relacionadas con elevados índices de incidencia de errores/reclamaciones.

En otro estudio del Reino Unido sobre diez prácticas médicas generales en 2003, fueron registrados 940 errores en un periodo de dos semanas. El índice total de error fue del 7,5% (75,6 por cada 1.000 citas).

Los errores se clasificaron en un 42% asociado a prescripciones, un 30% asociado a errores de comunicación (siendo el caso más frecuente la pérdida de anotaciones del caso) y un 3% de errores denominados como clínicos (con un mantenimiento incorrecto de anotaciones como fuente principal).

En un estudio internacional comparando la seguridad del paciente en práctica general, el daño al paciente fue apreciado en alrededor del 30% de los incidentes, entre el 3% y el 9% de ellos los daños fueron “muy graves o extremadamente graves”; en el 4% de casos los errores tuvieron como consecuencia un ingreso hospitalario; y fallecimiento en el 1% de casos.

Un estudio de investigación clave en los Estados Unidos demostró que la mayor parte de errores en práctica general se puede atribuir a dos categorías principales:

- a) aspectos de los sistemas de prestación de atención, por ejemplo, errores administrativos, fallos al investigar, comunicación inadecuada o poco clara; y
- b) falta de habilidad y/o conocimiento clínico, por ejemplo, un recepcionista equivocándose al efectuar una cita urgente para un niño sumamente enfermo.

Las áreas cruciales para mejorar la seguridad del paciente en práctica general parecen ser diagnóstico, prescripción, dispensación y administración de medicación; y comunicación entre prácticos, entre diferentes profesiones, y entre atención primaria y secundaria.

A nivel de Latinoamérica, entre 2012 y 2013, se desarrolló el Estudio AMBEAS (13), con la finalidad de determinar la frecuencia, características y evitabilidad de los Eventos Adversos (EA) en los pacientes en la asistencia ambulatoria en Latinoamérica y el Caribe, en áreas de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria en Brasil, Colombia, México y Perú, en un total de 2080 pacientes, en un estudio retrospectivo con una prevalencia de eventos adversos de 5.6% (IC 95% 4.6 -6.6%), de los cuales el 73.3% estuvieron relacionados con la medicación, 8.6% con la prescripción, 8.6% con fallos en la comunicación, 7.9% con otros motivos y 2.6% sin determinar.

Entre los factores contributivos se encontraron en su orden: Conocimiento insuficiente 22.9%- Falta de tiempo 20.5%- Examen físico incompleto, intervalo seguimiento inapropiado 14.4%- Complejidad del paciente 12%- Paciente poco colaborador o que induce a confusión 10.8%- Falla comprensión entre paciente y profesional 7.2%- Falta de guía de seguimiento 7.2%- Distracción/cansancio del profesional 3.6%.

3.5.4 Concepto de Política y Política Pública (18), (19). Se define como política al proceso integrador de decisiones, acciones, acuerdos e instrumentos, conducido por autoridades públicas con el fin de solucionar o prevenir situaciones definidas como problemáticas.

Una *política* es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido. Es un proceso, un curso de acción que involucra todo un conjunto complejo de decisiones y operadores.

Los tres componentes principales de cualquier política son :

- ✓ Los *principios* que la orientan (la ideología o argumentos que la sustentan).
- ✓ Los *instrumentos* mediante los cuales se ejecuta (incluyendo aspectos de regulación, de financiamiento, y de mecanismos de prestación de las políticas).
- ✓ Los *servicios o acciones* principales que se llevan o deberían llevarse a cabo de acuerdo a los principios propuestos.

Una *política pública* es la acción del gobierno, que busca cómo dar respuesta a una demanda o necesidad de la sociedad.

Generalmente se tienen instrumentos para plantear e impulsar las Políticas Públicas, dependiendo del *tipo de actores* que intervienen:

Las normas jurídicas. Es a través de las normas jurídicas que los poderes públicos autorizan y establecen las actividades que constituyen las políticas, y también, limitan la discrecionalidad en el actuar de los que la elaboran y ejecutan.

Los servicios de personal. Elaborar las políticas requiere infraestructura humana, organizativa y de material.

Los recursos materiales. Destacan principalmente los financieros ya que son lo que suelen ser más restringidos.

La persuasión. Los ciudadanos consideran al gobierno como legítima expresión de la interpretación mayoritaria de los intereses generales de la sociedad. Es por esto, que se debe responder correctamente a las demandas sociales, ya que el gobierno como ente debe velar por los intereses de los que están bajo su tutela.

Quienes se enfrentan a la construcción de política pública, necesariamente conciben el ciclo de realización de la misma, como espacio de encuentro, negociación, concertación entre actores sociales e institucionales en pro de un mismo objetivo y finalidad: calidad de vida.

Se espera que a través del reconocimiento colectivo de las circunstancias que caracterizan la dinámica social se pueda establecer el porqué y el para qué de la política pública.

Qué: Condiciones, situaciones, problemáticas de la población o comunidad que requieren ser transformadas para mejorar su calidad de vida.

Por qué: Razón que motiva la acción del gobierno sobre una condición, situación o problemática específica.

Para qué: El propósito o transformación que se quiere alcanzar o lograr con las acciones de política.

Actores involucrados: Hace referencia a la administración pública, la comunidad, las múltiples formas de organización social, el sector privado y otros actores, los cuales deben ser convocados a un espacio común de participación para la construcción de la política.

Importancia de la Política Pública (20). La importancia de la política pública radica en que es un proceso integrador de decisiones, acciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. Hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener. Al considerarse como un proceso, se convierte en un fenómeno complejo que se extiende en el tiempo. Es así como sus elementos, las situaciones, los objetivos y los instrumentos, cambian con el tiempo según las necesidades emergentes.

Es primordial tener en cuenta dos tipos de elementos esenciales dentro de la política pública. El primero implica la necesidad de celebrar acuerdos en las organizaciones públicas y en ocasiones con los particulares. El segundo son los instrumentos con los cuales se pretenden cumplir los objetivos de la política. Según la clasificación de Howlett y Ramesh, dichos instrumentos se agrupan conforme el nivel de intervención del Estado: a) Instrumentos exclusivamente estatales: como las regulaciones, las organizaciones del Estado, las empresas públicas; b) Instrumentos mixtos: como los subsidios, los impuestos, las contribuciones, las campañas y las exhortaciones; y c) Instrumentos privados: como las familias, las organizaciones voluntarias, la sociedad, el mercado. Se añaden dos categorías adicionales a esta clasificación : Instrumentos neutros que pueden pertenecer tanto al Estado y a los particulares, como tecnologías de la información y comunicación, medios de transporte, maquinarias y obras de infraestructura por ejemplo represas, construcciones, autopistas y puentes.

Para que una política sea pública tiene que contar necesariamente con la participación de autoridades públicas, esto es, con personas e instituciones facultadas expresamente por el ordenamiento jurídico para hacer parte del proceso de formación de las políticas.

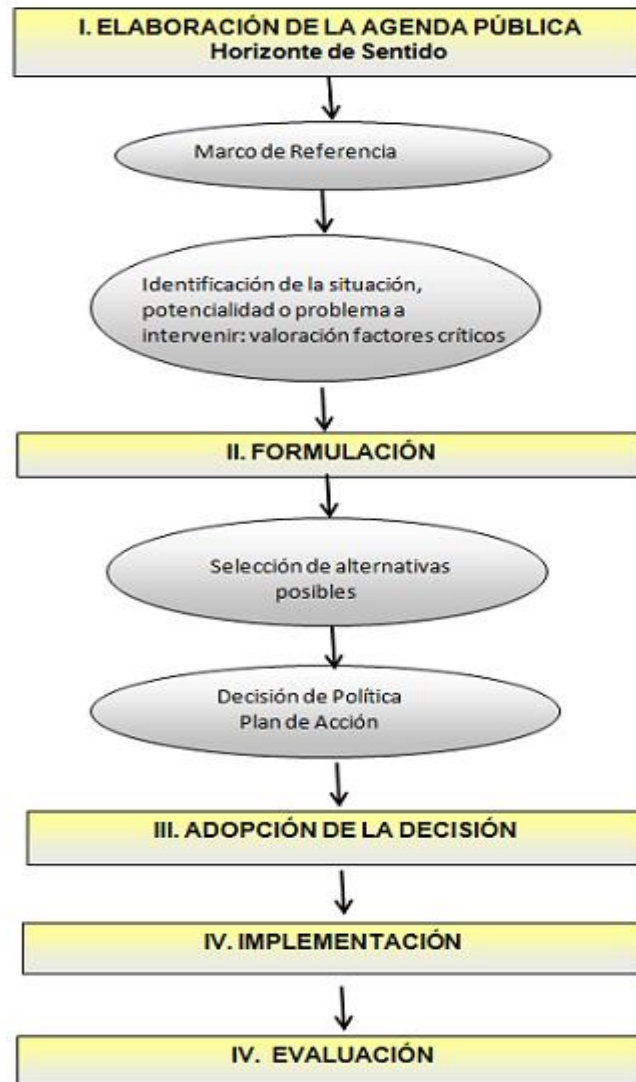
Las políticas públicas no son exclusivamente las que el presidente de la República y sus ministros, con la participación del Congreso, implementan a nivel nacional. La definición propuesta permite entenderlas como aquellas que se toman en otras áreas de gobierno, por ejemplo en el sector descentralizado de servicios en el nivel departamental o municipal.

Los particulares pueden participar de la política pública, promoviendo la agenda de una nueva política o dando sus aportes en la definición de las situaciones, objetivos e instrumentos cuando son convocados por una disposición legal o por la voluntad de los gobernantes. También pueden convertirse en implementadores de la política o evaluadores de la misma. Sin embargo, la participación de los particulares no es un requisito fundamental en todas las políticas públicas.

La política pública, como proceso integrador y como subsistema mismo, hace parte de un ambiente con el que se interrelaciona. El ambiente afectará a la política y está conformado por diversos elementos; entre ellos, el sistema político dentro del cual se forma y que está integrado por el ordenamiento jurídico, por las organizaciones públicas y por las comunidades que se benefician o se ven afectadas por la política misma. De este sistema político, en particular de su ordenamiento jurídico, las autoridades públicas derivan su poder para participar en el proceso de formación de la política. Por ello, un concepto completo de política pública tiene que integrar al ambiente como elemento esencial. Otros sistemas también hace parte del ambiente de la política pública; los más destacados son los sociales, naturales y económicos del orden local, nacional o internacional, y los subsistemas de otras políticas públicas.

Ciclo de la Política Pública (21), (22).

Gráfica 3. Modelo para la construcción de políticas públicas basado en Jones (1970), Thoenig y Roth(1992)



Fuente: Orientaciones para el diseño, la formulación y la implementación de políticas públicas en Bogotá”.

Secretaria Distrital de Integración Social. Junio de 2011

Aunque el proceso de construcción de las políticas no debe verse como un orden estricto y sucesivo de etapas que están condicionadas unas a otras, si es necesario establecer un punto de partida, un durante y un después de la política, en donde se pueda definir qué se prioriza en ésta o cuál es su objeto de acción, los roles que cumplen los actores involucrados en su formulación y desarrollo, sus alcances y los mecanismos de implementación entre otros. En ese sentido se propone como metodología para la construcción de políticas públicas el siguiente ciclo compuesto por cinco fases. Además se reconocen cinco etapas del ciclo de producción de políticas públicas y su relación con la resolución de problemas:

Etapas Resolución Problemas	Etapas Ciclo Políticas Públicas
1) Reconocer el problema	1) Fijar Agenda Pública
2) Proponer Solución.	2) Formular Política.
3) Escoger Solución.	3) Toma de decisiones.
4) Aplicar Solución.	4) Implementación de la Política
5) Apreciar los Resultados.	5) Evaluación de la Política

✓ **Etapas 1. Elaboración de la agenda pública.** Para su determinación se requiere la elaboración de un DIAGNOSTICO que permita conocer la situación real y concreta, para actuar con eficacia.

		ACCIONES ESTRATÉGICAS	
1	ELABORACIÓN DE LA AGENDA PÚBLICA	Identificación del Marco de Referencia	Identificación del problema, situación prioritaria o potencialidad
		FASE DE CONCEPTUALIZACION	ACCIONES ESPECÍFICAS *Determinación de las causas del problema * Valoración de factores críticos a enfrentar

La elaboración de un buen diagnóstico permite la lectura de los factores, los determinantes, entre otros elementos que caracterizan las condiciones, situaciones y problemáticas identificadas como objeto de la política, de modo que facilita caracterizar sus posibles alternativas de solución y transformación. Se debe considerar también la construcción de un registro de datos respecto de la situación problemática inicial a partir de indicadores cuantificables con sus respectivas líneas base que se constituyen en un instrumento de gestión y evaluación de la situación inicial y final de una determinada política pública.

El desarrollo de las actividades propias de la construcción del Marco de Referencia, incluye actividades participativas que involucran a los principales actores sociales. Este aspecto puede garantizar mayor objetividad en la descripción misma de la situación, condición y problema que se espera transformar, y una participación decisoria durante la fase. A partir de esta fase y en todas las demás, el hacedor de política pública debe hacer uso de los espacios que se encuentran establecidos para facilitar el ejercicio participativo de la sociedad civil y los grupos de interés en la construcción de lo público.

En la elaboración del diagnóstico es necesario :

Identificar el problema, condición, situación o potencialidad. Partir de una situación, condición, problemática, o potencialidad, permite identificar aquello que se desea transformar mediante las acciones de las autoridades públicas en el marco de sus competencias legales y constitucionales.

Caracterizar la situación, condición o problemática que se pretende transformar. Para ello, una vez definida la delimitación temática, poblacional y espacial soportada en datos y evidencia medible, se continúa el flujo de decisión hacia la identificación y caracterización de los factores, los determinantes, entre otros elementos del objeto de análisis.

Para contar con los elementos que permitan identificar la condición, situación y problema es importante considerar los siguientes aspectos:

- La información, sea de orden conceptual, cualitativo, estadístico, normativo, entre otras, debe caracterizar, describir y delimitar las condiciones, potencialidades, situaciones, necesidades o problemáticas de la población en sus territorios que pueden estar obstaculizando o potencializando el ejercicio pleno de los derechos. Esto implica el diseño o identificación de categorías de análisis que orienten tanto la fuente de información como el punto de partida y el seguimiento a través del tiempo.
- Contar con escenarios legitimados por los diferentes actores en los que se pueda realizar el debate público, con participantes que representen o den cuenta tanto de la visión comunitaria, como del gobierno o de la administración pública (de orden nacional y distrital), el sector privado y de los grupos de interés involucrados.

- Realizar ejercicios de análisis frente a la situación actual y los riesgos que se corren en términos de costo social y capacidad del Estado (la administración pública, la comunidad organizada o no, el sector privado, entre otros), al no atender las situaciones, necesidades o problemáticas identificadas.

Existen diversas metodologías cuantitativas y cualitativas para la recopilación de información que permiten la identificación y priorización tanto de las situaciones, condiciones, necesidades y problemáticas a transformar como de las acciones a desarrollar. Dentro de las posibles metodologías a utilizar se encuentran: sondeos, censos, encuestas, investigación documental para contextualización histórica, social y económica de las poblaciones y territorios, realización de foros de discusión, grupos focales, cartografía social, entre otros.

Finalmente, para lograr la identificación de la problemática es necesario que todos los actores participen en el debate, comprensión, análisis y posterior acuerdo sobre el tema de acción de la política pública, diferenciando algunos elementos como: el sector de la población hacia la cual se orientan las acciones y su territorio, cuál es la situación actual y cuál es la brecha frente a la situación deseada; además de realizar un mapeo sobre la competencia de la administración pública, el sector privado y la ciudadanía para su implementación.

✓ **Etapas 2. Formulación de la política.** Esta fase se construye sobre los resultados obtenidos en el análisis del problema, la situación o realidad necesaria de transformar, los cuales determinaron la agenda pública o el horizonte de sentido. El propósito de la fase de formulación es identificar con precisión respuestas integrales a los factores o determinantes de las situaciones, condiciones, problemáticas o potencialidades identificadas.

FASE		ACCIONES ESTRATÉGICAS		
2	FORMULACIÓN	Selección de alternativas posibles	Definición y desarrollo de la estructura de la política	Elaboración del documento técnico de la política
		ACCIONES ESPECÍFICAS *Identificación de las alternativas de transformación de las situaciones, condiciones, problemáticas o potencialidades identificadas. *Valoración técnico - política de las estrategias de acción (recursos, tiempo, riesgos, efectos generados, etc.)	ACCIONES ESPECÍFICAS *Finalidad *Objetivo general *Objetivos específicos *Ejes o líneas de política *Metas *Acciones o actividades *Seguimiento, monitoreo y evaluación *Responsables *Financiación	*Marcos de la política pública: ético, normativo, conceptual, analítico. *Objetivos y fines de la política. *Estructura de la política pública (según se determine) donde se identifican las acciones estratégicas, dimensiones, ejes, líneas de acción. *Orientaciones para la implementación de la política.

Selección de alternativas posibles. A partir de la valoración de cada una de las situaciones, condiciones, problemáticas o potencialidades identificadas como necesarias de transformar, deberá construirse una respuesta integral mediante las estrategias participativas que se consideren procedentes, teniendo en cuenta que la voz de la sociedad civil afectada o beneficiaria de las propuestas y de los actores institucionales directamente involucrados, representa un elemento indispensable para garantizar la solidez político- técnica de las alternativas de solución a plantear.

Para realizar la valoración de la consistencia política - técnica de cada alternativa de respuesta y obtener una selección óptima, se sugiere realizar un análisis estratégico que agote al menos, los siguientes pasos:

- Criterios de carácter general

Recursos disponibles: presupuestales, físicos, humanos.

Tiempo estimado para el logro de los distintos objetivos que se valoran.

Adecuación a las prioridades de cada una de las partes implicadas en el proceso.

Riesgos identificados en cada una de las alternativas/ probabilidades de logro de los objetivos

Contribución de las diferentes alternativas al logro de objetivos de carácter más general.

Posibles efectos generados por el logro de los diferentes objetivos valorados.

Vinculación entre las distintas alternativas y los actores seleccionados.

Posibilidades de viabilidad de cada una de las alternativas.

- Criterios de carácter específico

Deberá identificarse cuáles son los actores involucrados y/o interesados en la política a formular, teniendo en cuenta el conocimiento integral de las situaciones, condiciones, problemáticas o potencialidades identificadas.

Determinados los actores , se identificará cuál es la posición de cada uno frente a las alternativas de respuesta, lo que permitirá determinar las mejores estrategias de implementación tanto para sortear las dificultades, como para orientar de la mejor forma su experiencia y potencialidades.

Hecha la valoración técnico-política de las alternativas posibles de respuesta, es preciso consolidar el insumo obtenido para culminar la fase de formulación de la política pública, con las orientaciones para su implementación que permiten tener un marco para la construcción del plan de acción que guiará la siguiente fase. Para desarrollar este paso, deberá realizarse un análisis puntual que garantice la identificación de la finalidad de la política pública que se formula, su objetivo general, su alcance y estructura.

Definición y desarrollo de la estructura de la política. El proceso de toma de decisiones debe ser comprendido y asumido por todas las instancias implicadas, ya que éste se constituye un requisito básico para el éxito de la futura política. En el desarrollo de esta fase se aborda la construcción de la estructura de la política que permitirá alcanzar su propósito, para lo cual se deben definir, al menos, los siguientes aspectos:

Finalidad de la Política Pública. Objetivo superior, ¿Para qué? ¿Cuál es el fin? ¿A qué se quiere contribuir? Circunstancia general a la cual la política quiere contribuir mediante el logro del objetivo que se defina. Se redacta a partir de un verbo en infinitivo que orienta el resto de la frase que siempre contendrá una sola idea.

Objetivo general de la Política Pública. Es la orientación de la acción pública que se constituye en el eje de todo el ejercicio; se define como “el enunciado que orienta de manera global el diseño de una política (...) y debe formularse en términos de cambios esperados en la situación general de la población o grupo con quien se adelanta” (DNP,1994). La determinación del objetivo general permite articular medios y fines para el logro del estado de cosas deseado.

Su redacción es en tiempo presente o pasado, lo esencial es transmitir la idea de que se trata de algo ya obtenido, aunque en realidad es futuro; esto, para efectos de facilitar mediciones con indicadores, una vez se haya logrado ese estado deseado. Siempre será una sola idea.

Objetivos específicos. Enunciados que definen de manera precisa lo que se pretende alcanzar para lograr una acción pública válida que pueda solucionar el problema identificado. Cada objetivo específico debe definir en sí mismo un resultado esperado concreto.

Para efectos de orientar la fase de implementación de la política pública, es necesario definir además:

Estructura de la política. Hace referencia a las áreas que componen la política diseñada y que permiten organizar la estructura de la acción pública como punto de partida para su materialización. Esta estructura puede conformarse a partir de ejes, dimensiones, líneas de acción, pilares, entre otros.

Metas. Número de productos o servicios que se espera lograr, expresado en unidades y discriminado por cada eje o línea de política establecida.

Ejes de acciones o actividades. Necesarias para lograr las metas ya identificadas.

Seguimiento, monitoreo y evaluación. Esquema que se utilizará para cada uno de estos tres aspectos y que permitirá validar en diferentes momentos, lo que se obtiene con la política. Para el efecto, podrán definirse indicadores como representación cuantitativa (variable o relación entre variables), verificable objetivamente, a partir de la cual se registra, procesa y presenta la información necesaria para medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo.

Responsables. Actores institucionales directa o indirectamente involucrados en la implementación de la política en formulación. Deberá identificarse el sector administrativo distrital que coordinará la implementación de la política.

Financiación. Definición de implicaciones presupuestales o costos estimados de la política y sus fuentes de financiación (con apoyo de la Secretaría de Hacienda y la Secretaría de Planeación).

Elaboración del documento de Política Pública. Identificados los aspectos antes enunciados, se deberá consolidar esta fase de formulación de la política pública, con la elaboración del documento técnico de la política que consigne los resultados de las fases adelantadas hasta este momento. El documento debe dar cuenta de por lo menos los siguientes elementos:

- Marcos de la política pública: ético, normativo, conceptual, analítico.
- Diagnóstico.
- Descripción analítica del proceso de construcción de la política, con la especificidad de las acciones realizadas para garantizar el derecho a la participación en toda la construcción de lo público.
- Finalidad, objetivos y principios de la política.
- Estructura de la política pública (según se determine): dimensiones, ejes, líneas de acción.
- Orientaciones para la implementación de la política.

✓ **Etapa 3. Adopción de la decisión.** Hace referencia de manera simple a los distintos canales de manifestación del gobierno hacedor de política pública o de las autoridades administrativas o legislativas competentes (decretos, acuerdos, resoluciones, etc.), que recogen la decisión formulada de manera precisa y dan paso a su fase de ejecución.

En esta fase se elabora y presenta para su trámite, el respectivo proyecto de acto administrativo que adopta la política pública formulada, con la documentación que sustenta su proceso de construcción.

	FASE	ACCIONES ESTRATÉGICAS
3	ADOPCIÓN DE LA DECISIÓN	Elaboración y trámite del proyecto de acto administrativo
		ACCIONES ESPECÍFICAS *Elaboración del proyecto de acto administrativo (con la documentación que sustenta el proceso de construcción de la política a adoptar).

✓ **Etapa 4. Implementación.** Este es un momento crucial en todo el flujo de decisión del gobierno. En efecto, significa la gestión de la decisión que permite materializarla para transformar la situación, condición, problemática o potencialidad considerado como objeto de la política pública. La implementación inicia con el proceso de discusión y diseño de los programas, planes, proyectos y servicios que materializan los objetivos y acciones planteadas en la fase formulación, en los cuales es relevante habilitar espacios de participación social para promover el modelo de gestión pública participativo.

	FASE	ACCIONES ESTRATÉGICAS
4	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de la Política
		ACCIONES ESPECÍFICAS * Coordinación y concertación con los sectores involucrados, las acciones a realizar * Diseño del Plan de Acción * Posible armonización de planes, programas o proyectos.

Para empezar la ejecución de lo formulado, deberán identificarse y activarse los escenarios de coordinación intersectorial que permitirán articular y concertar el desarrollo de esta fase de manera racional y adecuada, en especial, con los actores directamente involucrados. El sector administrativo o entidad (es) coordinador (as) de la implementación de la política, planeará (n) la ejecución de esta fase a partir del diseño de una matriz o plan de acción que oriente la labor con base en todos los aspectos hasta aquí definidos.

En este estado del proceso, es posible que se identifiquen planes, programas y/o proyectos ya existentes que por su contenido y enfoque, deberían integrarse a la política en proceso y que aportarían insumos para el logro de su objetivo. De ser así, deberá desarrollarse un proceso de *armonización* que facilite esa integración y promueva no solo la coherencia en la gestión pública del departamento sino además, la racionalización de esfuerzos y la evaluación óptima de la política pública.

Plan: Conjunto de programas para alcanzar los objetivos generales.

Programa: Conjunto de proyectos necesarios y suficientes para el logro de los objetivos específicos.

Proyecto: Unidad básica que consolida la planeación, compuesta por un conjunto de acciones y actividades concretas interrelacionadas y coordinadas, limitadas en cuanto a tiempo, sector, grupos-meta, recursos y cuyo fin es materializar los objetivos planteados previamente.

✓ **Evaluación de la política implementada.** Según Durán, la evaluación de políticas públicas constituye una herramienta para encarar los tres principales retos de los gobiernos contemporáneos: Comprender, comunicar y controlar. El propósito de la evaluación es analizar las distintas etapas, desde que se decide intervenir hasta que se manifiestan los impactos, comprobando la validez, tanto interna como externa, de las hipótesis causales de la acción pública. Así, este propósito se explica en mejorar el proceso de toma de decisiones de los gestores de la Política Pública para que ésta incida efectivamente en un mayor bienestar de la sociedad.

También para:

- Verificar la eficiencia del gasto en relación al logro de los objetivos de las políticas
- Identificar fortalezas y debilidades en la implementación de las políticas
- Cuantificar los resultados de la inversión pública
- Ejercer control legal, administrativo y financiero
- Promover aprendizaje organizacional (retroalimentación del personal)
- Optimizar rendición de cuentas
- Racionalizar la toma de decisiones públicas
- Reformar las prácticas de la administración

La evaluación se hace indispensable también en los procesos de formulación e implementación de políticas públicas por cuanto permite conocer el nivel de coherencia de los resultados que se obtienen de las acciones públicas con las necesidades establecidas, siendo éste análisis relevante para tomar la decisión de intervenir sobre una problemática social.

Dicho lo anterior, es preciso concluir que la evaluación de las políticas públicas se entiende como la medición de la diferencia entre los estados que son esperados y observados de una situación que ha sido incorporada a la agenda pública y la valoración de las actividades que buscan eliminar dicha diferencia.

Incorporar en la agenda de la administración la determinación clara de procesos comunes vinculados con la formulación, seguimiento y evaluación de las Políticas Públicas se fundamenta en que se ha detectado la ausencia de mecanismos eficientes de seguimiento y control, aspecto que impide determinar los responsables de los desaciertos y deficiencias del accionar institucional: generalmente se evalúa la acción en sí misma y no el resultado alcanzado con la realización de las acciones en términos de eficacia, eficiencia, y si los resultados políticos y sociales fijados en los objetivos, se consiguieron.

La evaluación se constituye en un proceso de apoyo a la gestión (comprendida su retro-alimentación y basada en indicadores), orientado a la solución de problemas que se plantean durante la ejecución de la política con el fin de verificar si se están alcanzando los objetivos planteados. Éste se desarrolla en términos de los recursos utilizados, las metas intermedias cumplidas, así como el presupuesto previsto y las estrategias de acuerdo con su periodicidad. Es importante aclarar que un adecuado seguimiento de la política servirá para llegar al momento de la evaluación con más información, además de permitir la realización de ajustes periódicos. Los propósitos del seguimiento son:

- Fomentar la cultura de la evaluación, la gestión del desempeño y la rendición de cuentas en función de los resultados esperados.
- Ser un elemento importante de la planificación estratégica.
- Alentar el aprendizaje institucional de todos los actores involucrados con la política.
- Promover el uso de la evidencia que de él se obtiene.

- Elegir los resultados pertinentes y demostrar cómo y por qué producen los resultados previstos o cómo mejoran lo esperado.

Es importante resaltar que este proceso deberá crear las condiciones que permitan reconocer y materializar el derecho a la participación de la ciudadanía y de sus organizaciones en esta fase de seguimiento, evaluación y control social de las políticas públicas, garantizando una apertura en el flujo ascendente y descendiente de información y un espacio para el aprendizaje y el desarrollo organizacional. Dentro del proceso de seguimiento es necesario realizar los siguientes pasos:

Diseño del Plan de Monitoreo. El monitoreo consiste en ir supervisando y evaluando el grado de éxito o fracaso en la ejecución de la política pública a partir de proyectos y/o programas (actividades programadas y de gestión) respecto al logro de los objetivos. El objetivo principal se enfoca a identificar las falencias a tiempo con el fin de realizar las modificaciones pertinentes si es el caso y cumplir con las metas definidas basadas en los objetivos.

El monitoreo involucra aspectos internos de la implementación de la política en términos de eficacia, eficiencia y focalización, de tal manera que se evidencien de manera oportuna desaciertos en el diseño (metas mal planteadas, actividades desenfocadas o con problemas en su organización, falta de coherencia entre las actividades, las metas y su organización), errores en la implementación (incumplimiento de las metas y actividades que a su vez retrasan el cumplimiento de la política en general) y factores no contemplados que tienen injerencia en la implementación de la política.

Es primordial que las actividades de monitoreo se establezcan antes de la implementación de la política, con base en sus proyectos y programas, con el objetivo de desarrollarlas en toda la etapa de implementación, contar con la información necesaria a la hora de realizar la evaluación y maximizar la utilidad de éste proceso. De un adecuado y riguroso monitoreo depende un excelente seguimiento y por lo tanto una muy buena evaluación de la política.

Una vez identificado el concepto y la importancia del monitoreo, es necesario identificar las características que tiene el Plan de Monitoreo:

- Identificar los destinatarios de la información
- Establecer los indicadores necesarios
- Identificar los instrumentos a utilizar: De datos primarios (entrevistas, cuestionarios o registros) o de datos secundarios (estadísticas oficiales, entre otras).
- Establecer los responsables
- Establecer la periodicidad de la información
- Determinar el tipo de información a utilizar
- Recolección, procesamiento y supervisión de la información. Verificar la calidad de los datos y su fuente.

Análisis de la Información

- Determinar las técnicas a utilizar. Para datos cuantitativos: Pueden ser modelos univariados como medidas de tendencia central y de posición. Para datos cualitativos: Mediante técnicas de análisis de discurso y de contenido.
- Establecer el tipo de análisis a realizar. Para datos cuantitativos: Determinar si se realiza un análisis univariado, bivariado o multivariado. Para datos cualitativos: Puede ser de contenido o de discurso e implementado transversalmente o longitudinalmente.

- Análisis preliminar. Para datos cuantitativos: Tablas de frecuencia, estadísticos, elementos que permitan un examen preliminar de datos. Para datos cualitativos: Corresponde a un pre-análisis de la información.

Elaboración de informes . Estos pueden ser:

- Descriptivos transversales: Presentan un punto de referencia temporal
- Comparativos longitudinales: Presentan más de un punto de referencia temporal, evidencia evolución de la política.
- Explicativos/ Predictivos: Evidencian las relaciones causa-efecto, que pueden ser transversales y longitudinales.

Etapas de la Evaluación

- *Antes de Evaluación* . Antes de realizar una evaluación, hay que considerar quiénes son los destinatarios del proceso de evaluación, lo que implica la determinación del tipo de evaluación a realizar. De igual forma se debe determinar el nivel de información necesario para el proceso, el fin último del proceso evaluatorio y qué fuentes de información y con qué recursos se cuenta para llevarlo a cabo.

Las respuestas a estas cuestiones determinarán el tipo de evaluación más apropiado. Para continuar con el proceso de evaluación se deberán tener en cuenta los siguientes elementos:

1. Identificación de la necesidad de la evaluación:

- Conocer los intereses y motivaciones que hay detrás de la evaluación
- Determinar anticipadamente la utilidad de la evaluación
- Establecer los objetivos de la evaluación
- Determinar qué cuestiones se van a analizar
- Con qué tiempo y recursos se cuenta para realizar la evaluación

En este sentido, en un proceso de evaluación de políticas públicas las respuestas estarán relacionadas con el proceso de formulación y deberán responderse en el ámbito del mismo sentido en que se elaboraron los principios de cumplimiento de metas y objetivos.

2. Identificar los elementos necesarios para realizar la evaluación

Con el objetivo de realizar una evaluación que cuente con los aspectos técnicos fundamentales es preciso identificar los elementos necesarios para tal fin, de tal manera que si no se cuenta con dichos elementos, se construyan u obtengan antes de iniciar esta etapa, permitiendo evitar gastos y esfuerzos innecesarios. Por lo tanto se deben identificar 3 elementos: 1) Calidad en la planificación o programación de la política, 2) Existencia de información necesaria (cantidad y calidad), 3) Capacidad de gestión de la administración en relación con la evaluación (recursos humanos y presupuestales disponibles, implicación de los gestores en la evaluación).

3. Decidir el tipo de evaluación que se va a realizar

TIPO DE EVALUACIÓN		
¿QUIÉN EVALÚA?	TEMPORALIDAD DE LA EVALUACIÓN	CONTENIDO DE LA EVALUACIÓN
- Interna	- Ex ante	- De proceso
- Externa	- Intermedia	- Resultados e impacto
	- Ex post	

De acuerdo con quien evalúa:

- a) Interna: Realizada por personas que gestionan o ejecutan la política, la cual presenta como ventaja el conocimiento de la política y sus acciones.

b) Externa: Realizada por especialistas externos, instituciones, entidades, organismos, sociedad civil, entre otros, teniendo a su favor la objetividad e independencia de la evaluación.

Sin embargo, tiene el riesgo de realizarse alejada de la gestión del programa y de los tomadores de decisiones, con lo que se atenta contra la disponibilidad de éstos para suscribir, comprometerse y actuar en consecuencia con los resultados de la evaluación.

De acuerdo con la temporalidad:

a) Ex-ante: La evaluación ex – ante (realizada antes de ejecutar la política) es un procedimiento metodológico por medio del cual las políticas son calificadas para establecer si su orden lógico propuesto cumple con las características mínimas y calidad técnica requerida para responder al problema planteado y su factibilidad de realizar, de impactar indicadores y de generar nuevos procesos en una dinámica de mejoramiento prospectivo con las condiciones de una situación de interés inicial. Tiene el objetivo de identificar las actividades que responden a las necesidades declaradas, específicas y medibles con el fin de maximizar la eficiencia los recursos y obtener los resultados y el impacto esperado.

b) Intermedia : Se realiza en la ejecución de la política y consiste en el análisis crítico del conjunto de datos recogidos sobre el programa y en la medición de la forma en la que los objetivos perseguidos están siendo alcanzados, explicando las diferencias y estimando anticipadamente los resultados finales de la intervención. Estas evaluaciones generalmente realizan análisis de los sistemas de seguimiento, lo apropiado de dichas intervenciones estatales, la viabilidad de los objetivos con el fin de retroalimentar el proceso de ejecución de la política.

c) Ex-post: Presenta dos objetivos: 1) Establecer si las proyecciones coincidieron o no, con los resultados realmente obtenidos y 2) Determinar las causas que pueden explicar satisfactoriamente por qué se logró la coincidencia entre los valores esperados y los realmente observados.

Este tipo de evaluación se centra en obtener la información sobre costo de oportunidad de los recursos, la importancia de alcanzar las metas y su reconocimiento e importancia de los resultados generados por la ejecución de la política. Lo anterior significa que se deben incorporar las dimensiones relevantes del problema para realizar un adecuado análisis y generar una evaluación completa, lo cual implica revisar las posibilidades y restricciones institucionales, antecedentes y criterios de evaluación de los resultados.

De acuerdo con el contenido:

a) Evaluación de proceso: Consiste en examinar la forma en la que se gestiona y ejecuta la política. Trata de medir la capacidad de un organismo en relación con el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas y de valorar el grado de implicación de los gestores con dichas tareas, su actitud, formación, organización y la dotación de recursos para llevarlas a cabo óptimamente. Por otro lado, la evaluación de la gestión supone el estudio de la organización encargada de gestionar el programa y de sus procedimientos y criterios de funcionamiento interno. Por tanto, afecta a todos los aspectos que influyen en la puesta en marcha de las actuaciones que llevarán a la ejecución física y financiera de las políticas. Esta evaluación se puede implementar teniendo en cuenta la metodología de las tres E y tres D, la cual establece los siguientes criterios:

Gráfica 4. Metodología de las 3 E y tres D para evaluación de políticas públicas.

"Las tres E" y "Las tres D"	
LAS TRES E	LAS TRES D
<ul style="list-style-type: none"> • Economía: utilización de los recursos con criterios de utilidad y asignación adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico: estudio de la realidad sobre la que se pretende intervenir para planificar la actuación.
<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia: logro de los objetivos propuestos sin tener en cuenta los costes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño: formulación de iniciativas para resolver los problemas y establecer nuevas soluciones con estructuras y estrategias adecuadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Eficiencia: logro de los objetivos como el mínimo coste posible o maximización de los beneficios para un coste determinado 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo: ejecución de las soluciones como un proceso de aprendizaje superando las resistencias al cambio, redefiniendo problemas y soluciones.

Fuente: Instituto de Desarrollo Regional, Fundación Universitaria. Guía para la Evaluación de Políticas

b) Evaluación de resultado e impacto: Trata de conocer hasta qué punto la política aplicada está consiguiendo los objetivos establecidos o está alcanzando los parámetros o criterios de valor definidos , y a que costo se consiguen. En el primer caso estamos ante una evaluación de eficacia mientras que cuando se consideran los costes hablamos de evaluación de la eficiencia.

4. Recolección, procesamiento y análisis de la información. Es necesario identificar la información y los sistemas que se emplearán para procesar la información recolectada.

5. Decisión sobre cómo utilizar, aplicar y difundir los hallazgos. Basado en los resultados de la evaluación se debe decidir la utilidad de los mismos, con el fin de cumplir con el objetivo planteado en la evaluación como proceso para

retroalimentar la política y generar toma de decisiones.

3.6 MARCO INSTITUCIONAL (10).

3.6.1 Red de Prestación de Servicios de Salud Departamento de Risaralda. La tabla 3 muestra los criterios de caracterización de prestadores de acuerdo al grado de complejidad de los servicios de salud habilitados, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuya consideración es fundamental para la clasificación de las instituciones que conforman la red de prestación de servicios de salud del Departamento.

Tabla 4. Caracterización de prestadores de acuerdo al grado de complejidad de los servicios de salud habilitados.

GRADO DE COMPLEJIDAD	TIPO	SERVICIOS HABILITADOS
Baja Complejidad	Tipo A	Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, observación, en lo que se denomina primer nivel de atención o baja complejidad.
	Tipo B	Se caracteriza por contener los servicios descritos en el de baja complejidad TIPO A, pero con la siguiente diferencia incremental de atenciones: Los servicios asistenciales o de recuperación, incluirán además de la atención ambulatoria móvil extramural e intramural en puestos, centros de salud y hospital local, la atención obstétrica de bajo riesgo – partos -, de urgencias 24 horas, y habrá disponibilidad de un número mínimo de camas de apoyo a la atención de urgencias y partos y de estudios diagnósticos de laboratorio clínico básico.
	Tipo C	Se caracteriza por contener los servicios descritos en los de baja complejidad tipos A y B, y además: (a) Servicios asistenciales de hospitalización de estancia general, con camas que generan egresos, diferenciadas entre hombres, mujeres y niños, servicios de ayuda diagnóstica completa de baja complejidad en laboratorio clínico y radiología.
Mediana Complejidad A		(a) Disponer con servicios médicos especializados de Ginecoobstetricia, Pediatría, Cirugía general, Medicina interna y ortopedia/traumatología según perfil epidemiológico, todos, de tipo ambulatorio y con una disponibilidad acorde con el volumen de demanda de servicios. Este tipo de atención ambulatoria, implica la posibilidad de ofertar consulta externa

GRADO DE COMPLEJIDAD	TIPO	SERVICIOS HABILITADOS
		<p>y procedimientos de tipo ambulatorio y electivo, así como también servicios de cirugía ambulatoria y electiva, pudiendo además prestar apoyo de interconsulta a los médicos generales en la hospitalización de baja complejidad. Se prestan además servicios de apoyo diagnóstico de media complejidad, de laboratorio clínico, Imagenología radiológica con radiólogo, ecografía, así como también servicios de apoyo terapéutico de rehabilitación básica, con terapia física y del lenguaje.</p> <p>(b) Estos servicios podrán disponerse en ámbitos ambulatorios extramurales, en los nodos de atención primaria, siempre y cuando exista la infraestructura disponible para prestar los servicios en condiciones de garantía requeridas por los estándares de habilitación.</p> <p>Esta modalidad de atención implica que los médicos especialistas se desplacen hacia puntos de atención en donde sea posible la realización de las actividades ambulatorias, de acuerdo con el perfil de salud de la población.</p> <p>(c) La prestación de servicios de media complejidad ambulatoria, se prestan de manera simultánea con los servicios de baja complejidad tipo C.</p>
Mediana Complejidad B		<p>(a) Además de los servicios de media complejidad tipo A, se dispondrá de servicios médicos especializados 24 horas, en las especialidades básicas y se dispondrá de otras especialidades de tipo ambulatorio, como otorrinolaringología, oftalmología, urología, cirugía plástica y dermatología, que son las requeridas con mayor frecuencia luego de las básicas. Contará con servicios de hospitalización con estancia especializada y cirugía de urgencias, y podría contar con servicios de apoyo especializado en estancia de cuidados intermedios. El apoyo diagnóstico contará con laboratorio clínico especializado 24 horas y apoyo terapéutico, en rehabilitación contará con fisiatra y con servicio de transfusión sanguínea y servicios de procedimientos endoscópicos.</p>

GRADO DE COMPLEJIDAD	TIPO	SERVICIOS HABILITADOS
Mediana Complejidad B, portafolio de servicios especializados en salud mental		<p>(a) Dispone de servicios médicos especializados en psiquiatría, tanto de tipo ambulatorio como de internación, además de satisfacer las atenciones de urgencias psiquiátricas las 24 horas del día durante todo el año.</p> <p>(b) Se cuenta con servicios de apoyo tanto diagnóstico como terapéutico en psicología, trabajo social, terapia ocupacional, terapia de grupo, con los profesionales requeridos.</p> <p>(c) La población a atender con este portafolio corresponderá a poblaciones superiores de 1 millón de habitantes la cual se corresponde con el ámbito departamental.</p>
Alta Complejidad Tipo A		<p>PORTAFOLIO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y SUBESPECIALIZADAS. Comprende los servicios descritos en el portafolio de media complejidad tipo B y además incluye los servicios de todas las demás especialidades disponibles, tanto clínicas, como quirúrgicas. CLINICAS: cardiología, neumología, reumatología, gastroenterología, hematología, infectología y otras. QUIRÚRGICAS: cirugía general, traumatología/ortopedia, cirugía plástica, cirugía vascular, cirugía pediátrica. Incluye la atención en estancia especializada en unidad de cuidados intensivos adultos, pediátrica, neonatal y unidad de quemados.</p>
Alta Complejidad Tipo B		<p>PORTAFOLIO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO. Comprende el conjunto de atenciones requeridos para la atención de patologías ruinosas o catastróficas, consideradas de alto costo: Trasplante y diálisis Renal, Reemplazos Articulares, Manejo del Trauma Mayor, Cirugía Cardíaca, Manejo del Gran Quemado, Manejo de Pacientes Infeccionados por VIH, Quimioterapia y Radioterapia para el Cáncer, Manejo de pacientes en UCI, Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas y Neurocirugía Sistema Nervioso.</p>

Fuente : Ministerio de Salud y Protección Social – Citado por Secretaria de Salud de Risaralda en su PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LA RED DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – ESE DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA 2013. Pág 326 y 327

3.6.2 Modelo de atención red de prestación de servicios Secretaría de Salud de Risaralda. La Secretaría de Salud de Risaralda tiene conformada la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud con 16 ESE Hospitales (12 de baja, 3 de mediana y 1 de alta complejidad), los cuales se han organizado en 3 regiones: Occidente cuya cabeza de red corresponde a la ESE San Pedro y San Pablo de la Virginia; Centro con la ESE Hospital Universitario San Jorge y Oriente con la ESE Santa Mónica de Dosquebradas como cabezas de red respectivamente. Para esta distribución se tuvo en cuenta, principalmente el criterio de accesibilidad geográfica a los servicios de mediana complejidad.

Tabla 5 . Relación de IPS según origen y grado de complejidad de la región Occidente.

MUNICIPIO	NOMBRE DEL PRESTADOR	ORIGEN	COMPLEJIDAD
Apia	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Público	Bajo tipo C
Balboa	ESE Hospital Cristo Rey	Público	Bajo tipo C
Belén de Umbría	ESE Hospital San José	Público	Bajo tipo C
Guática	ESE Hospital Santa Ana	Público	Bajo tipo C
La Celia	ESE Hospital San José	Público	Bajo tipo C
La Virginia	ESE Hospital San Pedro y San Pablo	Público	Media tipo A
Mistrató	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Público	Bajo tipo C
Pueblo Rico	ESE Hospital San Rafael	Público	Bajo tipo C
Quinchía	ESE Hospital Nazareth	Público	Bajo tipo C
Santuario	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Público	Bajo tipo C

Fuente: Secretaría de Salud de Risaralda - Dirección Operativa de Servicios de Salud – Documento de Red 2015-2016

Tabla 6. Relación de IPS según origen y grado de complejidad de la región Centro.

MUNICIPIO	NOMBRE DEL PRESTADOR	ORIGEN	COMPLEJIDAD
Pereira	ESE Salud Pereira	Público	Bajo tipo C
	ESE Hospital Universitario San Jorge	Público	Alto tipo A – B
	ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda	Público	Mediano tipo B

Fuente: Secretaría de Salud de Risaralda - Dirección Operativa de Servicios de Salud – Documento de Red 2015-2016

Tabla 7. Relación de IPS según origen y grado de complejidad de la región Oriente.

MUNICIPIO	NOMBRE DEL PRESTADOR	ORIGEN	GRADO DE COMPLEJIDAD
Santa Rosa de Cabal	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Público	Bajo tipo C
Dosquebradas	ESE Hospital Santa Mónica	Público	Media tipo A
Marsella	Hospital San José	Público	Bajo tipo C

Fuente: Secretaria de Salud de Risaralda - Dirección Operativa de Servicios de Salud – Documento de Red 2015-2016

3.6.3 Prestadores y oferta de servicios de salud. Se observan algunos cambios en los últimos 2 años. De 2014 a 2016 el Departamento en relación con el N° de IPS muestra una reducción de 214 a 204 a expensas de las privadas. El 85% de las IPS del Departamento se concentran en el municipio de Pereira, al igual que el 93% de los profesionales independientes, confirmando el monopolio de la atención en el resto de municipios de las ESE Hospitales. Se presentó una reducción significativa de los prestadores de transporte especial de pacientes en 50% (bajó de 8 a 4), mientras que hubo un aumento del 25% de profesionales independientes en el Departamento tal como se muestra en las tablas 7,8 y 9.

Tabla 8. Clasificación prestadores de Servicios de Salud Risaralda 2014-2016

Municipios	Clase					
	IPS		Profesional Independiente		Transporte Especial	
Años	2014	2016	2014	2016	2014	2016
Pereira	185	177	627	772	8	4
Apía	1	1	1	0	0	0
Balboa	1	1	0	0	0	0
Belén de Umbría	2	1	3	4	0	0
Dosquebradas	10	9	13	25	0	0
Guática	1	1	0	0	0	0
La Celia	1	1	0	0	0	0
La Virginia	4	3	3	5	0	0
Marsella	1	1	5	5	0	0

Mistrató	1	1	0	0	0	0
Pueblo Rico	1	1	0	0	0	0
Quinchía	1	1	2	3	0	0
Santa Rosa de Cabal	4	5	15	17	0	0
Santuario	1	1	1	1	0	0
Total	214	204	670	832	8	4

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Registro especial de prestadores de servicios de salud REPS 15-06-2014 y 28-06-2016

Tabla 9. Caracterización Prestadores Servicios de Salud Risaralda 2014-2016.

Municipios	Clase		Naturaleza						Carácter Territorial			Nivel		
	IPS		Público		Privado		Mixta		Dptal	Mpal	Indig	Uno	Dos	Tres
Años	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2016	2016	2016	2016	2016	2016
Pereira	185	177	3	3	182	173	0	1	2	1	0	1	1	1
Apía	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Balboa	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Belén de Umbría	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Dosquebradas	10	9	1	1	9	8	0	0	1	0	0	0	1	0
Guática	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
La Celia	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
La Virginia	4	3	1	1	3	2	0	0	1	0	0	0	1	0
Marsella	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Mistrató	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Pueblo Rico	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Quinchía	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Santa Rosa de Cabal	4	5	1	1	3	4	0	0	0	1	0	1	0	0
Santuario	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Total	214	204	16	16	198	187	0	1	4	12	0	12	3	1

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Registro especial de prestadores de servicios de salud REPS 15-06-2014 y 28-06-2016

Tabla 10. Capacidad instalada según tipo de prestador 2014-2016.

Tipo	Total prestadores		Total sedes		Total servicios		Total camas		Total salas		Total ambulancias	
	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2014	2016	2014	2016
Publica	16	16	53	53	752	1065	654	725	26	26	31	49
Privada	198	186	285	273	1780	2109	783	855	58	93	14	32
Mixta	0	1	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0
Transp especial	8	4	8	4	8	5	0	0	0	0	16	19
Profesional independiente	670	832	722	906	947	1574	0	0	0	43	0	0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Registro especial de prestadores de servicios de salud REPS 15-06-2014 y 28-06-2016

Tabla 11. Capacidad instalada (camas) Red pública y privada 2014-2016.

TIPO DE CAMAS	RED PRIVADA		RED PUBLICA		TOTAL	
	2014	2016	2014	2016	2014	2016
CAMAS PEDIATRICAS	62	51	109	86	171	127
CAMAS ADULTOS	489	575	309	380	798	955
CAMAS OBSTETRICIA	24	21	83	84	107	105
CAMAS BÁSICO NEONATAL	SD	6	SD	10	SD	16
CAMAS INTERMEDIO NEONATAL	16	16	15	11	31	27
CAMAS INTENSIVO NEONATAL	11	11	6	13	17	24
CAMAS INTERMEDIO PEDIATRICO	5	5	10	7	15	12
CAMAS INTENSIVO PEDIATRICO	6	5	7	5	13	10
CAMAS INTERMEDIO ADULTO	39	46	12	24	51	70
CAMAS INTENSIVO ADULTO	56	64	12	25	68	89
CAMAS QUEMADOS ADULTO	0	0	0	0	0	0
CAMAS QUEMADOS PEDIATRICO	0	0	5	0	5	0
CAMAS PSIQUIATRIA	64	43	80	80	144	123
CAMAS AGUDO MENTAL	0	0	0	0	0	0

CAMAS INTERMEDIO MENTAL	0	0	0	0	0	0
CAMAS FARMACODEPENDENCIA	3	2	0	0	3	2
TOTAL CAMAS	775	839	648	725	1423	1560

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Registro especial de prestadores de servicios de salud REPS 15-06-2014 y 28-06-2016

En capacidad instalada, de acuerdo al número de camas, las IPS privadas del Departamento ofertan el 54% mientras que la red pública 46 %. Se observa un incremento porcentual de 10% en la totalidad de camas entre 2014-2016, siendo ligeramente más alta para las IPS públicas con el 12% que para las privadas con 8%. Se observan los mayores incrementos en camas intermedio adultos (37%), intensivo adultos (30%) y adultos (20%). Es de anotar bajas ostensibles en camas pediátricas (26%) y psiquiatría (15%), tal como lo muestra la tabla 10.

4. DISEÑO Y MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Cualitativo.

4.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO

Validar el diseño de una Política Pública Departamental de Salud relacionados con la Seguridad del Paciente y las herramientas que de su formulación se deriven , además de indagar las percepciones y opiniones de los actores del sistema de salud del Departamento frente al tema.

4.3 POBLACIÓN OBJETO

La selección de los participantes del Consenso de Expertos para la validación de la formulación de la Política Pública Departamental de Seguridad del Paciente, está dada por los funcionarios de la Secretaria de Salud Departamental como autoridad sanitaria y expertos en la materia y por los asistentes a la convocatoria realizada desde la Dirección de Prestación de Servicios de Salud de la Secretaria de Salud de Risaralda, dos semanas previas a la Jornada de Mesa de Trabajo Departamental en Política Pública de Seguridad del Paciente.

4.4 MÉTODOS

4.4.1 Metodologías. Se efectuó búsqueda de información a través de medios informáticos e internet y se realizó la revisión bibliográfica y de documentos técnicos avalados por organizaciones gubernamentales de orden mundial y nacional relacionados con los temas de Seguridad del Paciente y Políticas Públicas.

Se siguen los lineamientos planteados en la Guía de formulación, implementación y evaluación de Políticas Públicas Distritales de la Alcaldía de Bogotá (21) y en la Propuesta de Trabajo para la Gestión de Políticas Públicas de la Secretaria de Planeación Departamental de Risaralda (22), desarrollando dos de las cuatro etapas propuestas para el Ciclo de Políticas Públicas: Elaboración de Agenda Pública y la Formulación de la Política. Adicionalmente se proponen indicadores y metas para el seguimiento de su implementación.

En la formulación de la política, se excluye la definición de las implicaciones presupuestales, costos estimados y sus fuentes de financiación, por considerar que superan el alcance y el objeto del presente proyecto. Se requiere el apoyo de la Secretaria de Hacienda y la Secretaria de Planeación para el abordaje de estos temas.

Para la elaboración de la agenda pública se utilizaron las metodologías de Matriz de Marco lógico y técnica Delphi.

La Metodología de Marco Lógico propone una estructura que busca finalmente comunicar e integrar los elementos esenciales sobre un proyecto o programa.

Su utilidad está en que permitirá de manera sistemática planear, hacer seguimiento y evaluar la implementación de la Política Pública Departamental de Seguridad del Paciente.

La técnica Delphi se define como un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo. Con esta técnica se persigue obtener un grado de consenso o acuerdo de “expertos” sobre el problema planteado, utilizando los resultados de investigaciones anteriores, en lugar de dejar la decisión a un solo profesional. Se caracteriza por ser un proceso iterativo(cada participante tiene varias oportunidades para emitir su respuestas o reconsiderar su opinión), anónimo (en donde no se dan respuestas individualizadas y el control de la comunicación está en manos de un grupo coordinador), de retroalimentación controlada (previo al consenso el grupo coordinador presenta una posición frente a la situación que se analiza). Dentro de los tipos de técnica Delphi existe el Delphi de tiempo real, se caracteriza por ser una variante más corta donde el proceso se lleva a cabo durante el curso de una reunión a través de mecanismos para resumir las respuestas dadas inmediatamente.

Bajo la metodología de matriz de marco lógico se efectuó la identificación y caracterización de actores, el análisis de situación y la matriz de estructura de la Política Pública de Seguridad del Paciente en el Departamento.

Se realizaron revisión y ajustes iniciales a la propuesta por el Médico Auditor del Grupo de Habilitación y Referente de Seguridad del Paciente de la Secretaria de Salud Departamental, como expertos temáticos y autoridades departamentales en el tema.

Se utilizó la técnica Delphi con los demás actores del sistema de salud territorial, conformado por los referentes y funcionarios encargados del área de calidad/seguridad de las Direcciones Locales de Salud, EPS, IPS y ESE así como las Instituciones formadoras de Talento Humano en Salud, Asociaciones de Profesionales y Usuarios en donde se envió vía e-mail el documento que contenía la propuesta de Política Pública Departamental de Seguridad del Paciente, sin recibir algún tipo de retroalimentación por parte de estos actores previa a la realización de la Jornada de validación.

Debido a lo anterior se decidió utilizar una variante de la técnica Delphi, “en tiempo real”, caracterizada por un proceso de consenso de expertos, el cual se lleva a cabo durante el curso de una reunión o “mesa de trabajo” a través de un mecanismo para resumir las respuestas dadas inmediatamente.

Se realizó una (1) reunión de validación con asistencia de representantes de las Direcciones Locales de Salud, EPS, IPS, ESE e Instituciones formadoras de Talento Humano en Salud en la Gobernación de Risaralda, donde se hizo presentación formal del proceso de formulación, documento y contenido de la propuesta de Política Departamental de Seguridad del Paciente. Para su análisis, discusión y validación se conformaron mesas de trabajo de acuerdo a las entidades representadas, los cuales registraron por escrito observaciones, sugerencias y desacuerdos en un formato denominado ficha de trabajo, y cuyas conclusiones fueron socializados por el moderador de cada grupo.

Se efectuó nueva revisión y ajustes en conjunto, autora con el Referente del Programa de Seguridad del Paciente de la Secretaria de Salud Departamental tomando en consideración todos los aportes recibidos en la reunión de validación. Como parte de este proceso, en primer lugar se realizó la lectura de los aportes registrados por escrito por cada grupo. Acto seguido, se consolidaron estos datos en una matriz de Excel. Posteriormente se compararon uno a uno con las estrategias y líneas de acción de la estructura de política propuesta.

Se encontraron observaciones que ya hacían parte de la propuesta, por lo cual no fueron tenidas en cuenta para los ajustes, por estimarse que ya estaban incluidas en la política.

Se realizaron revisión y ajustes finales a la propuesta en conjunto con el Asesor de Proyecto de grado.

Se elaboró documento definitivo de la propuesta de la Política Departamental de Seguridad del Paciente con validación de los diferentes actores del Sistema de Salud Territorial.

4.4.2 Herramientas. Se elaboraron las siguientes herramientas de manera secuencial como apoyo a la formulación de la política:

Matriz de actores. Se construyó teniendo en cuenta el ámbito territorial, tanto en la identificación de actores como en sus competencias o roles. Está conformada por tres elementos principales : Grupo de interés, rol y mecanismo participativo.

El grupo de interés se refiere al tipo de actor en el sistema de salud territorial, cuyo alcance incluye a los usuarios, a las asociaciones de profesionales y a las instituciones formadoras de talento humano en salud.

El rol se define por las competencias normativas y/o papel en la implementación de la Política Departamental de Seguridad del Paciente.

El mecanismo participativo indica la manera en que el grupo de interés propicia o facilita la implementación de la Política Pública Departamental de Seguridad del Paciente.

Tabla 12. Matriz de actores de la política pública departamental de seguridad del paciente.

N°	GRUPO DE INTERÉS	ROL	MECANISMO PARTICIPATIVO
1	Secretaría de Salud Departamental	Coordinación de actores - Asesoría y Asistencia Técnica (AAT) - Inspección , vigilancia y control (IVC)	Planes y proyectos relacionados - Visitas de AAT e IVC a prestadores de servicios de salud
2	Direcciones Locales de Salud	Seguimiento a prestadores - Acompañamiento a usuarios	Visitas de seguimiento a prestadores de servicios de salud
3	Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS)	Garantizar la provisión de servicios de salud con calidad a su población afiliada	Informes de seguimiento y auditoría a red prestadores contratada
4	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) Públicas -Empresas Sociales del Estado (ESE)	Prestación de servicios de salud en condiciones seguras	Implementación de Sistema de Gestión Integrado
5	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) Privadas	Prestación de servicios de salud en condiciones seguras	Implementación de Sistema de Gestión Integrado
6	Personal de salud	Aplicación de estándares seguros	Plan de acción de Talento Humano en Salud
7	Usuarios	Participación en proceso de atención	Plan de difusión y capacitación
8	Academia	Formación y educación continuada de talento humano en salud	Programas de estudios
9	Organizaciones Externas	Educación continuada - Articulación de actores	Alianzas y convenios interinstitucionales

Fuente : Elaboración propia

Diagnóstico situacional. Se empleó la matriz de marco lógico donde se incluyen factores intra y extrainstitucionales que sobrepasan el alcance territorial, dado que bajo el enfoque de sistemas, el sistema de salud departamental se impacta de manera directa o indirecta por los factores de índole nacional.

Como fuente para el diagnóstico se tuvieron en cuenta los hallazgos de las visitas de asistencia técnica de la Secretaria de Salud Departamental en el período comprendido entre el 2010 y 2015.

Se proponen unas prioridades de intervención de acuerdo a la situación problémica planteada y sus posibles causas.

Tabla 13. Diagnóstico situacional de la seguridad del paciente. Departamento de Risaralda, 2015.

FACTORES	DESCRIPCIÓN SITUACIÓN PROBLÉMICA	CAUSAS	RIESGO	CONSECUEN POTENCIALES	PRIORIDADES	RESULTADO ESPERADO	TIEMPO ESTIMADO
Políticos y Regulatorios	Falta de priorización de acciones	Cambios de gobierno	Cambio de prioridades	Falta de continuidad de acciones	Concertación de acciones a nivel intersectorial e interinstitucional	Avances en la implementac de la política	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
	Esfuerzos fragmentados de diferentes sectores e instituciones Y pobres resultados en salud	Cambios normativos					
		Políticas públicas que requieren ajustes					
	Falta de recursos para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud	Débil control del estado sobre los pagadores de la prestación de servicios de salud	Mayor restricción de recursos disponibles	Barreras para la implementación de la política	Concertación estrategias de pago	Mayor disponibilidad de recursos para la implementac de la política	Largo plazo (Mayor a 2 años)
		Aumento de la deuda de EPS con los prestadores de servicios de salud					
		Integración vertical y monopolio de la oferta de servicios por parte de EPS					

FACTORES	DESCRIPCIÓN SITUACIÓN PROBLÉMICA	CAUSAS	RIESGO	CONSECUEN POTENCIALES	PRIORIDADES	RESULTADO ESPERADO	TIEMPO ESTIMADO
Interinstitucional e intersectorial	Esfuerzos fragmentados de los diferentes sectores e instituciones y pobres resultados en salud	Falta continuidad en el acompañamiento y cumplimiento de compromisos	Disparidad en implement de política en prestadores de la red Departamental	Aumento de la morbimortalidad de la población atendida	Concertación de acciones a nivel intersectorial e interinstitucional	Avances en la implementac de la política	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
		Carencia de espacios de concertación y retroalimentación					
Ausencia de mecanismos de referenciación para la red de prestadores del Departamento							
		Falta articulación en los sistemas de información de Seguridad del Paciente.	Falta de información para adecuada toma de decisiones	Inadecuada utilización de recursos	Adecuar el sistema de información existente que permita la monitorización y seguimiento periódico y sistemático	Mejorar la monitorización y seguimiento	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
Sociales	Los esfuerzos realizados no se ajustan a las necesidades de la población	Envejecimiento de la población	Sobrecostos de atención	Desenlaces fatales Desenlaces fatales	Priorizar atención de poblaciones vulnerables Priorizar atención de poblaciones vulnerables	Disminución de morbimortalidad Disminución de morbimortalidad	Largo plazo (Mayor a 2 años)
		Falta difundir las rutas y modelos de atención a las poblaciones vulnerables	Atención deficiente a poblaciones vulnerables				
Medioambiente	No se integran acciones a nivel institucional y se duplican esfuerzos	Ausencia de implementación de políticas ambientales institucionales	Sobrecostos de atención	Inadecuada utilización de recursos Inadecuada utilización de recursos	Implementar sistemas de gestión integrados Implementar sistemas de gestión integrados	Optimo uso de recursos disponibles Optimo uso de recursos disponibles	Largo plazo (Mayor a 2 años)
		Falta promover la cultura del ahorro de los recursos naturales	Sobrecostos de atención				
	Mayor vulnerabilidad por hechos catastróficos	Formulación e implementación de planes de contingencia	Oferta insuficiente de servicios en emergencias y desastres	Pobres resultados en salud	Incluir el componente de seguridad en los planes de contingencia	Mejoramiento de la atención en salud en emergencias y desastres	Largo plazo (Mayor a 2 años)

FACTORES	DESCRIPCIÓN SITUACIÓN PROBLÉMICA	CAUSAS	RIESGO	CONSECUEN POTENCIALES	PRIORIDADES	RESULTADO ESPERADO	TIEMPO ESTIMADO
Organización y gerencia	La alta demanda de servicios de salud sobrepasa la capacidad de respuesta institucional	Deficiencia de acciones de educación, información y comunicación a los pacientes	Atención deficiente	Desenlaces fatales	Fortalecer programas de detección temprana y protección específica	Disminución de morbimortalidad	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
	No se promueve la cultura de la seguridad	Falta priorizar la seguridad de la atención en salud dentro de las políticas y planes institucionales	Falta de recursos para la implementación de la política de seguridad	Implementación deficiente de la política de seguridad	Priorizar presupuesto necesario para implementación de política	Disponibilidad de recursos para la implementación de la política	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
			Esfuerzos de institución no se ajustan a necesidades		Fomentar gestión de recursos por proyectos		

FACTORES	DESCRIPCIÓN SITUACIÓN PROBLÉMICA	CAUSAS	RIESGO	CONSECUENCIAS POTENCIALES	PRIORIDADES	RESULTADO ESPERADO	TIEMPO ESTIMADO
Ambiente (Laboral)	Clima laboral desfavorable	Falta de compromiso del personal asistencial	No adherencia a políticas, procesos, procedimientos, guías y protocolos	Desenlaces fatales	Implementar plan institucional de fortalecimiento de talento humano en salud	Desempeño eficiente del personal	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
		Coordinación deficiente del equipo de trabajo					
		Personal insuficiente					
		Alta rotación de personal					
		Carencia de incentivos					
		Incipiente implementación del sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo	Problemas de salud del personal	Ausentismo laboral	Implementar sistemas de gestión integrados		
		Equipos obsoletos y falta de cumplimiento en los planes de mantenimiento	Atención deficiente	Desenlaces fatales	Elaboración de proyectos institucionales de dotación y capacitación	Optimo uso de recursos disponibles	

FACTORES	DESCRIPCIÓN SITUACIÓN PROBLÉMICA	CAUSAS	RIESGO	CONSECUEN POTENCIALES	PRIORIDADES	RESULTADO ESPERADO	TIEMPO ESTIMADO
Individuo (Talento humano)	Falta de competencia del recurso humano disponible	Deficiencias en la formación y actualización de recurso humano en salud	No adherencia a políticas, procesos, procedimientos, guías y protocolos	Mayor frecuencia de fallas en la atención	Considerar ajustes en los currículos de formación	Personal competente	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
		Falta de inducción y reinducción del equipo de trabajo					
		Falta de habilidades de comunicación y relaciones interpersonales					
Tarea y tecnología	Falta de disponibilidad de herramientas que faciliten la realización de las tareas por parte del personal asistencial	Diseño complejo de difícil comprensión	Atención deficiente	Desenlaces fatales	Elaboración de proyectos institucionales de dotación y capacitación	Optimo uso de recursos disponibles	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
		Falta de supervisión de la tarea					
		N° de equipos insuficientes y algunos obsoletos					

FACTORES	DESCRIPCIÓN SITUACIÓN PROBLÉMICA	CAUSAS	RIESGO	CONSECUENCIAS POTENCIALES	PRIORIDADES	RESULTADO ESPERADO	TIEMPO ESTIMADO
Paciente	Problemas de comunicación e inadecuada relación personal de salud-paciente	Falta de humanización en la atención	Atención deficiente	Demandas judiciales	Difusión derechos y deberes de los pacientes	Mejor relación personal de salud- paciente	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
Comunidad	Alta demanda de servicios de salud desbordando la capacidad instalada	Falta de información y educación a la comunidad Falta acompañamiento y control a las ligas de usuarios y otras formas de participación social en salud	Atención deficiente	Desenlaces fatales	Promover espacios participativos de la comunidad en salud	Participación de la comunidad	

Fuente : Elaboración propia

4.5 RESULTADOS

4.5.1 Participación de actores. De 56 instituciones de los 14 municipios del Departamento citadas al evento, con una participación esperada de 112 personas, de acuerdo al requerimiento de asistencia de un representante del área administrativa y un representante del área asistencial o técnica, se contó con la presencia de 23 instituciones y 32 personas, distribuidas de la siguiente manera: 5 Direcciones Locales/ Secretarías Municipales de Salud, 3 Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS- C), 1 Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS- S), 1 Empresa Promotora de Salud Indígena (EPS-I), 2 Universidades formadoras de profesionales en Salud, 1 Institución de formación técnica en Salud, 1 Institución Prestadora de Servicios de Salud Privada de Alta Complejidad (IPS privada de alta complejidad), 1 Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública de Alta Complejidad (IPS Pública o ESE Hospital de Alta Complejidad), 2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública de Mediana Complejidad (IPS Pública o ESE Hospital de Mediana Complejidad) y 6 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública de Baja Complejidad (IPS Pública o ESE Hospital de Baja Complejidad).

Se aclara que para la formulación de una política pública, tal como se describió en apartados anteriores, más que una muestra de participantes estadísticamente significativa, se requiere la participación de miembros que viene determinada por los objetivos del estudio, en este caso, con experiencia técnica, administrativa y/o directamente afectados por el impacto de la implementación de una Política Pública Departamental de Seguridad del Paciente. Se reconoce en el grupo de participantes, un grado de competencia y experticia importantes.

No se contó con la asistencia de asociaciones de profesionales ni de usuarios a pesar que se convocaron previamente por parte de la Secretaria de Salud Departamental.

Tabla 14. Asistentes a Jornada mesas de trabajo para la formulación de política pública departamental de seguridad del paciente. 24/08/2015

N°	Entidad	Tipo	Municipio/Departamento/ Región	Cargo
1	ESE Hospital Universitario San Jorge	IPS Pública - Alta Complejidad	Departamental	Coordinadora Calidad
2	ESE Hospital San Rafael	IPS Pública - Baja Complejidad	Pueblo Rico	Coordinador Calidad
3	ESE Hospital Santa Mónica	IPS Pública - Mediana Complejidad	Dosquebradas	Enfermera de apoyo Calidad
4	ESE Hospital Santa Mónica	IPS Pública - Mediana Complejidad	Dosquebradas	Enfermera de apoyo Calidad
5	ESE Hospital San Vicente de Paúl	IPS Pública - Baja Complejidad	Apia	Enfermera de apoyo Calidad
6	Coomeva	EPS- C	Regional	Coordinadora Regional Gestión del Recurso Humano
7	Coomeva	EPS- C	Regional	Auditor Médico
8	ESE Hospital Mental del Risaralda	IPS Pública - Mediana Complejidad	Departamental	Gerente
9	ESE Hospital Mental del Risaralda	IPS Pública - Mediana Complejidad	Departamental	Cordinadora Calidad
10	Alcaldía de Balboa	Dirección Local de Salud	Balboa	Secretaria de Desarrollo Social
11	ESE Hospital Cristo Rey	IPS Pública - Baja Complejidad	Balboa	Gerente
12	Universidad Libre	Universidad	Departamental	Directora Programa de Enfermería
13	Universidad Libre	Universidad	Departamental	Docente

N°	Entidad	Tipo	Municipio/Departamento/ Región	Cargo
14	ESE Hospital San Vicente de Paúl	IPS Pública - Baja Complejidad	Mistrató	Coordinador Calidad
15	ESE Hospital San Vicente de Paúl	IPS Pública- Baja Complejidad	Mistrató	Enfermera de apoyo Calidad
16	Alcaldía de Quinchía	Dirección Local de Salud	Quinchía	Director Local de Salud
17	Pijao Salud	EPS-I	Departamental	Coordinadora Calidad
18	Pijao Salud	EPS-I	Departamental	Auditor Médico
19	SOS	EPS- C	Departamental	Coordinadora APS
20	Alcaldía de La Virginia	Dirección Local de Salud	La Virginia	Secretaria de Salud
21	ESE Hospital San José	IPS Pública - Baja Complejidad	Belén de Umbría	Coordinador Calidad
22	Asmet Salud	EPS-S	Departamental	Coordinadora Calidad
23	ESE Hospital San José	IPS Pública - Baja Complejidad	Marsella	Gerente
24	ESE Hospital San José	IPS Pública - Baja Complejidad	Marsella	Enfermera de apoyo Calidad
25	IDONTEC	Institución formación técnica	Departamental	Coordinadora Académica
26	IDONTEC	Institución formación técnica	Departamental	Coordinadora Salud
27	Universidad Tecnológica de Pereira	Universidad	Departamental	Decano Facultad Ciencias de la Salud
28	Alcaldía de Guática	Dirección Local de Salud	Guática	Directora Local de Salud
29	Oncólogos del Occidente	IPS Privada - Alta Complejidad	Regional	Auditor Médico
30	Secretaria de Salud de Pereira	Secretaria Municipal de Salud	Pereira	Directora de Prestación de Servicios
31	Secretaria de Salud de Pereira	Secretaria Municipal de Salud	Pereira	Directora de Salud Pública
32	Salud Total	EPS- C	Departamental	Auditora Médica

Fuente : Elaboración propia

4.5.2. Matriz de estructura de la política. Se plantean 4 ejes principales teniendo en cuenta en el diagnóstico situacional, los factores de alcance territorial considerados clave y que impactan en la implementación de la Política Pública Departamental del Paciente a mediano plazo (mayor a 6 meses y menor a 2 años). Cada eje permite la participación de cada uno de los actores representativos del Departamento en el desarrollo de los roles específicos. A través del Eje 1 Coordinación de actores se busca fortalecer la rectoría del Ente Territorial y la confianza de los actores del sistema de salud en el mismo, a través del desarrollo de un plan de acción para la implementación de la política y la creación y puesta en marcha de un comité departamental de seguridad del paciente. Adicionalmente promueve la gestión de recursos a nivel institucional para la implementación de la política. El Eje 2 de Fortalecimiento Institucional incluye el mejoramiento de las capacidades del recurso humano y de los sistemas de gestión de la información a través de la implementación de planes de capacitación y educación continuada, la creación del observatorio departamental de calidad y el avance de los sistemas de gestión de calidad institucionales. El Eje 3 de Gestión de Talento Humano en Salud pretende lograr una caracterización del recurso humano en salud en Risaralda y promover la formulación e implementación de una Política Departamental de Talento Humano en Salud, buscando el mejoramiento de condiciones laborales, de seguridad y salud en el trabajo y educativas en el tema de Seguridad del Paciente. El Eje 4 de Participación Social y usuarios se proyecta hacia la implementación de estrategias de información ,educación y comunicación a la población que le permita a través del conocimiento adquirido el empoderamiento y el papel activo en el proceso de atención en salud.

Tabla 15. Matriz de política pública departamental de seguridad del paciente

EJE	ESTRATEGIA	LINEA DE ACCIÓN	PROGRAMA / PROYECTO / MECANISMO DE IMPLEMENTACIÓN	Indicador	Meta	Plazo
COORDINACIÓN DE ACTORES	Promoción de la cultura de la seguridad de la atención en salud en el departamento de Risaralda	Priorización de la seguridad de la atención en salud dentro de la agenda de las instituciones	Componente de implementación de la política departamental de seguridad de la atención en salud incluido en los planes de desarrollo departamental e institucionales de las nuevas administraciones.	Porcentaje de avance en el plan de acción para la implementación de la política departamental de seguridad del paciente	25%	2 años
			Plan de acción para la implementación de la política departamental de seguridad de la atención en salud.			
		Acciones de Inspección, vigilancia y control por parte de las EAPB y los entes de control en la implementación de la política de seguridad del paciente en las IPS para evaluar su impacto	Planes de Asesoría y Asistencia Técnica e Inspección, Vigilancia y Control a prestadores de servicios de salud			
	Construcción de alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales	Creación de espacios de interlocución y retroalimentación de experiencias institucionales	Comité departamental de seguridad de la atención en salud	Comité departamental de seguridad del paciente implementado	100%	2 años
		Desarrollo y consolidación del comité departamental de seguridad de la atención en salud	Comité departamental de seguridad de la atención en salud			
		Conformación de red para la referenciación de prestadores de servicios de salud	Proyecto de conformación de red para la referenciación de prestadores de servicios de salud			
	Gestión de recursos para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud	Priorización de los recursos necesarios en los presupuestos departamental e institucionales, para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud.	Planes presupuestales departamental e institucionales	Porcentaje de instituciones con asignación presupuestal para la implementación de política departamental de seguridad del paciente	25%	2 años
		Gestión de proyectos en nuevas fuentes de recursos para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud.	Plan de gestión y presentación de proyectos a gremios y gobiernos nacional y extranjeros			

EJE	ESTRATEGIA	LINEA DE ACCIÓN	PROGRAMA / PROYECTO / MECANISMO DE IMPLEMENTACIÓN	Indicador	Meta	Plazo
FORTEALECIMIENTO INSTITUCIONAL	Fortalecimiento de las capacidades de dirección, organización, gestión y control por parte de la entidad territorial y direcciones locales	Fortalecimiento de las competencias del recurso humano de la entidad territorial y direcciones locales.	Planes institucionales de capacitación y educación continuada en seguridad del la atención en salud. Convenios interinstitucionales para la capacitación y educación continuada	Porcentaje de funcionarios de la entidad territorial y direcciones locales de salud capacitados en Seguridad del paciente	25%	2 años
		Desarrollo y consolidación del sistema de información en el componente de calidad de la prestación de servicios de salud y seguridad de la atención	Observatorio Departamental de Calidad en Salud	Porcentaje de Implementación del Observatorio Departamental de Calidad en Salud	25%	2 años
	Implementación de sistemas integrados de gestión de la calidad en los prestadores de servicios de salud.	Convenios interinstitucionales para la conformación e implementación de sistemas integrados de gestión	Sistemas Integrados de Gestión de Calidad Institucionales	Porcentaje de prestadores de servicios de salud del Departamento de Risaralda con sistemas integrados de gestión de la calidad implementados	25 %	2 años
		Actualización de las plataformas estratégicas de las instituciones que conforman el sistema de salud departamental				
GESTIÓN TALENTO HUMANO EN SALUD	Garantía de estabilidad laboral y condiciones de trabajo dignas para el personal de la salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud	Caracterización del talento humano en salud del departamento de Risaralda	Sistema de Información en red con las IPS del departamento liderada por la Secretaria de Salud Departamental	Porcentaje de implementación de Política Departamental de Talento Humano en Salud	10 %	2años
		Unificación de condiciones laborales y remuneración salarial en la red de prestadores de servicios de salud del departamento				

EJE	ESTRATEGIA	LINEA DE ACCIÓN	PROGRAMA / PROYECTO / MECANISMO DE IMPLEMENTACIÓN	Indicador	Meta	Plazo
GESTIÓN TALENTO HUMANO EN SALUD	Fortalecimiento de las competencias del personal administrativo y asistencial de las instituciones prestadoras de servicios de salud	Inclusión de l tema de Seguridad del Paciente en los programas de estudios de las instituciones formadoras de talento humano en salud del departamento	Proyecto de inclusión del tema de Seguridad del Paciente en los programas de estudios de las instituciones formadoras de talento humano en salud del departamento.	Porcentaje de programas de estudios de instituciones formadoras de talento humano en salud con seguridad del paciente incluido	25%	2 años
		Desarrollo de programas institucionales de capacitación continuada	Planes institucionales de capacitación del personal	Porcentaje de funcionarios de la entidad territorial y direcciones locales de salud capacitados en Seguridad del paciente	25%	2 años
		Implementación de programas de inducción y reinducción	Programas institucionales de inducción y reinducción del personal			
		Desarrollo de estrategias institucionales de supervisión de tareas y de la evaluación de adherencia a guías y protocolos de atención	Programas de auditoría institucionales	Porcentaje de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Programas de Auditoría de la calidad implementados	50%	2años
	Implementación en las instituciones del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Ajustes en la plataforma estratégica de los prestadores de servicios de salud e inclusión del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Plataforma estratégica institucional actualizada	Porcentaje de prestadores de servicios de salud del Departamento de Risaralda con sistemas integrados de gestión de la calidad implementados	25 %	2 años
		Establecer alianzas con las organizaciones relacionadas con la gestión de la seguridad y salud en el trabajo	Convenios interinstitucionales con las Administradoras de riesgos laborales			
	PARTICIPACIÓN SOCIAL Y USUARIOS	Difusión de política departamental de seguridad del paciente con enfoque al usuario	Promoción de los derechos y deberes de los usuarios en salud		Porcentaje de entidades (Entidades territoriales y municipales, EAPB y ESE-IPS con Plan de Información, Educación y Comunicación de Seguridad del Paciente implementado	25%
Difusión de estrategias de rol activo en el proceso individual en la atención en salud						
Programa de seguridad del paciente con enfoque diferencial para poblaciones vulnerables y atención primaria en salud						
Promoción de espacios de participación social en salud		Programa territorial y local de acompañamiento a los espacios de participación social en salud				

Se realizan ajustes en la selección de indicadores, metas y plazos, luego de las revisiones correspondientes con el asesor de trabajo de grado y segundos calificadores, considerando que sean alcanzables dentro de los plazos establecidos y que reflejen objetivamente el cumplimiento de las estrategias.

4.5.3 Observaciones y recomendaciones de los actores.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (ESE-IPS)

OBSERVACIONES- RECOMENDACIONES ESE-IPS	Verificación
<ul style="list-style-type: none"> Incluir en la política las aseguradoras. 	Están incluidas en la matriz de actores (Diagnóstico)
<ul style="list-style-type: none"> Conformar un comité participativo y representativo de todos los actores. Incluyendo las entidades de formación. 	Incluida en Eje 3 - Deben ser tenidos en cuenta en el momento de la conformación (Aún no se han especificado los integrantes del Comité)
<ul style="list-style-type: none"> Definir roles claros de apoyo en la seguridad por cada uno de los actores. 	Están incluidas en la matriz de actores
<ul style="list-style-type: none"> Homogenizar conceptos. 	Está incluido en el marco teórico del documento
<ul style="list-style-type: none"> Liderazgo claro de la Secretaria departamental de salud en la política. 	Es uno de los propósitos de la política departamental
<ul style="list-style-type: none"> Diagnostico real de IPS y ESE 	El diagnóstico está en el documento técnico y se elaboró con base en los resultados de las visitas de asistencia técnica de la Secretaria de Salud Departamental en el período comprendido entre el 2010 y 2015.
<ul style="list-style-type: none"> Plataforma regional de seguridad del paciente para el reporte. 	Se toma en cuenta para línea de acción 2 del eje 2 - A l mediano y largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> Capacitación en seguridad del paciente 	Ya está incluido programa 1 línea de acción 1 eje 2

OBSERVACIONES- RECOMENDACIONES ESE-IPS	Verificación
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor fortalecimiento a programas de educación institucional. 	Corresponde a eje 3
<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión en el pensum la seguridad del paciente. 	Eje 3 estrategia 2 línea 1
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de procesos de inducción y reinducción institucional. 	Eje 3 estrategia 2 línea 3
<ul style="list-style-type: none"> • Exigencia marcada de conocimiento en seguridad antes de hacer prácticas. 	Eje 3 estrategia 2 línea 1
<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de adherencia de guías de seguridad del paciente. 	Eje 3 estrategia 2 línea 4

Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS)

OBSERVACIONES- RECOMENDACIONES EPS	Verificación
<ul style="list-style-type: none"> • Se implementa y se incluye en los planes pero no se evalúa su impacto. 	La evaluación es un componente de la política pública que está en construcción
<ul style="list-style-type: none"> • Todavía se ve como algo punitivo. Fortalecer la estrategia como una cultura de mejoramiento. 	Todas las líneas de acción y mecanismos de implementación del eje N° 1 propenden por el fortalecimiento de la cultura de la seguridad en el departamento
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la alianza estratégica. Empoderamiento entre instituciones. 	Es lo que pretende la mesa departamental- el comité y la red de referenciación
<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de instituciones técnicas a estas capacitaciones y siguientes. 	Esta actividad no es una capacitación- Se incluyeron en la convocatoria
<ul style="list-style-type: none"> • Engranaje de las diferentes áreas de la gobernación y secretaria de salud con el fin de determinar los profesionales adscritos al departamento. 	Eje 3 Estrategia 1 Línea 1

OBSERVACIONES- RECOMENDACIONES EPS	Verificación
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer capacitación para cambios de normatividad. Mayor participación y liderazgo por parte de la secretaria de salud. 	Ya está incluido programa 1 línea de acción 1 eje 2 - se tendrá en cuenta el tema específico
<ul style="list-style-type: none"> Realizar evaluaciones de forma objetiva a todos los prestadores. 	La evaluación se realiza con base en los estándares del sistema de habilitación
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer auditorías de calidad en las IPS con acompañamiento continuo. 	Se considera la opción de creación de una estrategia adicional dentro del eje 2 de fortalecimiento para que a través de la AAT que presta la DTS se promueva el mejoramiento del componente de seguridad del paciente en EPS e IPS y una de los mecanismos son las auditorías de calidad
<ul style="list-style-type: none"> Definir mecanismos de información efectivos. 	Está planteado dentro del eje 2 línea de acción 1 estrategia 2
<ul style="list-style-type: none"> Implementar aplicativo para el reporte departamental de atenciones inseguras con sus acciones de mejora. 	Se toma en cuenta para línea de acción 2 del eje 2 - A l mediano y largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> Las estrategias deben ser implementadas y vigiladas desde la gobernación. 	Es el objetivo de la política
<ul style="list-style-type: none"> Capacitación a todo el personal independiente del tipo vinculación laboral. 	Eje 3 estrategia 2 línea 3
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer actividades de salud pública desde el departamento. 	Seguridad del paciente es un tema que está enfocado a la prestación de servicios de salud. Las acciones de AAT y de IVC de los programas de S pública son inherentes a la Seguridad del paciente
<ul style="list-style-type: none"> Mayor acompañamiento a las IPS y EPS para pacientes con abandono y víctimas que se encuentran hospitalizados. 	Competencia de promoción social y desarrollo social
<ul style="list-style-type: none"> Liderazgo por parte de la secretaria de salud departamental 	Es el propósito de la política

Direcciones Locales de Salud

OBSERVACIONES- RECOMENDACIONES DLS	Verificación
<p>Falta claridad sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No queda claro como aplicaran las IPS este proceso en la atención domiciliaria. (Capacitación a cuidadores y familia). 	<p>Debe quedar a criterio de cada institución- Es un tema que debe tratarse en la mesa/comité departamental de seguridad del paciente, pero no a nivel de política pública departamental. No se incluye porque se considera q se escapa de la competencia departamental</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No se observa articulación entre las áreas de habilitación y seguridad del paciente de la secretaria de salud departamental. 	<p>Tema que debe tratarse en la mesa/comité departamental de seguridad del paciente, pero no a nivel de política pública departamental</p>
<p>Falta claridad sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como se va articular la política con los programas de salud pública. (Asistencia técnica). 	<p>Seguridad del paciente es un tema que está enfocado a la prestación de servicios de salud. Las acciones de AAT y de IVC de los programas de S pública son inherentes a la Seguridad del paciente</p>
<p>Falta claridad sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfoque diferencial (Poblaciones especiales como indígenas y afros). 	<p>Se debe priorizar dentro de la política (Está dentro del diagnóstico no dentro de la política como tal)</p>

Instituciones Formadoras de Talento Humano en Salud

OBSERVACIONES- RECOMENDACIONES INSTITUCIONES FORMADORAS DE TALENTO H	Verificación
1. Realizar un diagnóstico sobre la situación actual de la enseñanza de competencias sobre seguridad del paciente (CSP) en los programas de formación de talento humano en salud (THS) de la región.	Recomendaciones a tener en cuenta al momento de formular programas, planes y proyectos del Eje 3 estrategia 1 línea 1
<ul style="list-style-type: none"> • Contenidos temáticos (Actualizados, pertinentes y articulados). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Metodologías de enseñanza (Aprendizaje),. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y retroalimentación. 	
2. Diseño de un programa sobre CSP con unos mínimos temáticos comunes para todos los programas formadores de THS.	
3. Implementación del programa vía:	
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación de asignaturas existentes. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Creación de nuevas asignaturas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Disposición longitudinal o transversal de los contenidos. 	
4. Operacionalización	
<ul style="list-style-type: none"> • Socializar y crear grupo de trabajo. Red de prácticas de eje cafetero (UniAndina –Unilibre - UTP – Idontec – INEC - U. Las Americas – ESCA - Cruz roja y U. Católica). 	

Finalmente, de acuerdo a los aportes de los actores, recolectados en la reunión de validación, se realizaron las siguientes modificaciones a la propuesta inicial :

Se incluyó en el Eje 1 Coordinación de actores, estrategia 1 Promoción de la cultura de la seguridad, la línea de acción 2 de Inspección, vigilancia y control por parte de las EAPB y los entes de control en la implementación de la política de seguridad del paciente en las IPS para evaluar su impacto.

Se realizó modificación del Eje 2 Fortalecimiento institucional, estrategia 2 Implementación de sistemas integrados de gestión en los prestadores de servicios de salud, en donde los programas 1 y 2 , pasaron a ser línea de acción 1 Convenios interinstitucionales para la conformación e implementación de sistemas integrados de gestión y línea de acción 2 Actualización de las plataformas estratégicas de las instituciones que conforman el sistema de salud departamental.

Se intercambiaron las estrategias por líneas de acción en el Eje 4 Participación Social.

Se incluyeron indicadores y metas por cada eje y estrategia en la revisión final.

4.5.4 Documento técnico propuesta política departamental de seguridad del paciente

Tabla de Contenido

Presentación

Introducción

- I. Marco de referencia
 - Proceso de participación
 - Marco normativo
 - Marco conceptual
- II. Diagnóstico
- III. Lineamientos estratégicos
 - Propósito
 - Objetivo General
 - Objetivos Específicos
 - Ejes estratégicos de la política
- IV. Mecanismos de seguimiento y evaluación

PRESENTACIÓN

El presente documento se ofrece como un instrumento que permite establecer no sólo un marco conceptual sino también una estrategia concertada entre los diversos actores del sistema de salud territorial, para la implementación de la política pública de seguridad del paciente en el Departamento a mediano y largo plazo.

Su objetivo primordial es hacer efectiva la actuación de la Secretaria de Salud de Risaralda en su papel frente a la coordinación del sector y en especial, del desarrollo de sus políticas públicas.

Su alcance comprende tanto a los prestadores de servicios de salud públicos como a los privados y cubre a la población asegurada y a la no asegurada.

La Secretaría de Salud de Risaralda, como ente al cual le corresponde adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas, tiene la responsabilidad de ajustar la estructura e implementación de una Política de Seguridad del Paciente acorde al contexto y necesidades particulares del territorio, que cumpla con aquellos requisitos validados científicamente y cuya meta fundamental sea promover el mejoramiento de la calidad de la atención en salud a toda su población

Con la Política Departamental de Seguridad del Paciente, la Secretaría de Salud y la Gobernación de Risaralda pretenden consolidar su compromiso con el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud del Departamento, a través de la coordinación y la articulación interinstitucional e intersectorial, trascendiendo las fronteras de lo público para cumplir con las estrategias de la Política Nacional, garantizando la coherencia y continuidad de las acciones.

Esta propuesta busca convertirse en el marco que promueva una actuación articulada, no solo de los distintos actores que hacen parte de la red de prestadores de servicios de salud públicos y privados, sino de otros sectores, como la academia, las direcciones locales, los aseguradores, las organizaciones de usuarios y las entidades vinculadas con la investigación y el desarrollo.

La consecución de los objetivos y el desarrollo de las estrategias y líneas de acción, exigen el compromiso por parte de las autoridades sanitarias departamentales y locales de cumplir con el papel de rectoría y vigilancia.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de 1.991 establece que Colombia es un Estado social de derecho; como tal, tiene la responsabilidad de la garantía, protección, restablecimiento y promoción de los derechos humanos, el cual es el propósito y orientación de toda acción estatal y en ese marco, las políticas públicas deben permitir y dirigirse hacia la generación de las condiciones reales y materiales para el cumplimiento de las obligaciones del Estado y por ende el mejoramiento de la calidad de vida de todas las personas, constituyéndose en un instrumento que contribuye en la construcción de una sociedad justa y equitativa.

La política pública puede ser entendida como una construcción social donde el Gobierno desempeña un papel fundamental, orientando el comportamiento de los actores mediante un conjunto de sucesivas acciones intencionales que tienen como propósito hacer frente a situaciones consideradas socialmente como relevantes. Por lo tanto, una política pública, no sólo es una decisión de qué hacer, sino que para considerarse como tal la decisión tiene que verse reflejada en un conjunto de acciones, con distinto grado de complejidad, que reflejen una estructura de ejecución, representada en la ruta de acción más conveniente para que el problema público se resuelva.

La Política Pública Departamental de Seguridad del Paciente parte entonces del cumplimiento de los derechos constitucionales básicos a la salud y a la vida, siguiendo el objetivo y los principios orientadores de la Política Nacional de de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, se formula con el propósito de orientar, enfocar y articular los esfuerzos de los actores del sistema de salud territorial en el logro del mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud de su población a través de la implementación una estrategia integral para la gestión del riesgo asociado a la atención en salud. El documento se estructura en cuatro capítulos; en el primero se presenta el marco de referencia tanto normativo como conceptual, donde se encuentra el contexto y el ámbito donde ésta se desarrolla; en el segundo, la problemática representada por el diagnóstico; en el tercero, la formulación de la política propiamente dicha y en el cuarto, los mecanismos de seguimiento y evaluación.

I. MARCO DE REFERENCIA

Proceso participativo

Se presenta la lista de grupos de interés, su rol individual y mecanismo participativo para la conformación de mesa de trabajo con el fin de facilitar los escenarios requeridos para la participación de de los actores y sectores relevantes de la política, así como de la ciudadanía en general.

Matriz de actores

N°	GRUPO DE INTERÉS	ROL	MECANISMO PARTICIPATIVO
1	Secretaría de Salud Departamental	Coordinación de actores - Asesoría y Asistencia Técnica (AAT) - Inspección , vigilancia y control (IVC)	Planes y proyectos relacionados - Visitas de AAT e IVC a prestadores de servicios de salud
2	Direcciones Locales de Salud	Seguimiento a prestadores - Acompañamiento a usuarios	Visitas de seguimiento a prestadores de servicios de salud
3	Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS)	Garantizar la provisión de servicios de salud con calidad a su población afiliada	Informes de seguimiento y auditoría a red prestadores contratada
4	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) Públicas -Empresas Sociales del Estado (ESE)	Prestación de servicios de salud en condiciones seguras	Implementación de Sistema de Gestión Integrado
5	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) Privadas	Prestación de servicios de salud en condiciones seguras	Implementación de Sistema de Gestión Integrado
6	Personal de salud	Aplicación de estándares seguros	Plan de acción de Talento Humano en Salud
7	Usuarios	Participación en proceso de atención	Plan de difusión y capacitación
8	Academia	Formación y educación continuada de talento humano en salud	Planes curriculares
9	Organizaciones Externas	Educación continuada - Articulación de actores	Alianzas y convenios interinstitucionales

Marco normativo

1. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente OMS 2004.
2. Política y Estrategia Regionales para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud OMS- Organización Panamericana de la Salud OPS. 27° Conferencia Sanitaria Panamericana 2007.
3. Constitución Política de Colombia 1991.
4. Decreto 1011 de 2006 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.
5. Política de Seguridad del Paciente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social el 11 de Junio de 2008, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.
6. Resolución 123 de 2012, por el cual se realizan modificaciones al Sistema Único de Acreditación
7. Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
8. Resolución 0256 de 2016 por la cual se realizan modificaciones y se establecen los indicadores del Sistema de Información de Calidad en Salud.

Contexto

El concepto de Campo de Salud, presentado en 1974 por Marck Lalonde, Ministro de Salud del Canadá de la época, identifica cuatro grandes elementos : 1) la biología humana, 2) medio ambiente, 3) estilo de vida y 4) la organización del estado de la salud.

Esta elaboración conceptual fue desarrollada y sigue siendo válida para analizar la situación de salud de una comunidad y para definir políticas de salud.

Desde esta perspectiva, los resultados en salud dependen de la estructura y comportamiento de un conjunto de factores determinantes que interactúan dentro de este campo de fuerzas en salud, con diverso grado de influencia.

Los servicios de salud que hoy se proveen en cada sociedad a través de los sistemas de salud, pertenecen a este grupo determinantes y su contribución a la situación de salud de la población es tan relevante como cualquiera de los demás factores.

Dado que los sistemas y servicios de salud tienen como uno de sus atributos fundamentales a la calidad, es posible advertir que la calidad actúa en última estancia como condicionante de la salud de las poblaciones, dada su capacidad de determinar de manera crítica la contribución y los resultados que los servicios deben generar. Así, un mal desempeño de la provisión de los servicios de salud, en términos de la calidad con la que éstos sean suministrados, contribuirá a determinar un mal resultado en la salud de la población y aumenta el riesgo potencial que tienen los servicios de generar daño a las personas que los reciben.

La evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. Es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

En el análisis de los eventos adversos se hallan múltiples causas que deben tomarse en consideración, entre ellas las que tienen relación con la psicología del conocimiento, la tecnología de la información, la ingeniería de factores humanos, la teoría de la administración organizacional, las teorías de liderazgo, la comunicación interpersonal, de trabajo en equipo, de la medicina basada en la evidencia y de la ley gubernamental regulatoria del sistema de salud de cada país.

Los errores médicos y otros efectos adversos de la atención de salud son factores que inciden en forma significativa en la carga mundial de enfermedad y muerte.

Un estudio realizado en 1999 por el Instituto de Medicina de Estados Unidos determinó que los errores médicos en este país ocasionan unas 98.000 defunciones al año —cifra superior a la de decesos causados por el cáncer de mama, los accidentes automovilísticos o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En 2002, en su quincuagésima quinta asamblea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la seguridad del paciente como prioridad global, y conminó a sus países miembros a aunar esfuerzos para lograr que la atención en salud esté libre de daños al paciente como producto de errores médicos. Un poco después, en 2004, creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuya meta es consolidar y coordinar las iniciativas mundiales y nacionales para mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo. Desde esta institución, la OMS ha venido trabajando arduamente con los países miembros, y ha identificado los retos globales en salud y generado , guías, protocolos y consensos.

A nivel de Latinoamérica, el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio a gran escala sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria, realizado entre 2007 y 2009, el cual contó con la participación de 5 países, entre ellos Colombia. En este estudio se encontró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios.

La falta de seguridad para el paciente no sólo ocasiona una enorme pérdida de vidas, sino que tiene también graves repercusiones económicas. Diversos estudios han demostrado que algunos países pierden entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares por año como consecuencia de bajas laborales, demandas legales, ingresos perdidos, discapacidad, internaciones prolongadas, gastos médicos y mayor consumo de recursos (más medicación, más intervenciones quirúrgicas, más pruebas diagnósticas, más cuidados en general).

Por todo ello, la falta de seguridad en la atención es considerada hoy en día como un problema de salud pública mundial y, como tal, se deben dedicar todos los esfuerzos posibles para luchar contra este problema.

En Colombia, a partir de la construcción de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en 2005 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, tomando como base el propósito de "garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población", se determinan los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios en Colombia. Además, establece tres ejes:

1. En el eje de acceso, se destacan las estrategias de consolidación de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutive en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias, y el aumento de cobertura de aseguramiento a la población pobre y vulnerable.
2. El eje de calidad está centrado en la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad y el fomento al desarrollo del talento humano.
3. El eje de eficiencia, se refiere a la red de prestadores públicos de servicios de salud, de tal manera, que las estrategias se dirigen al mejoramiento de las condiciones de carácter estructural y funcional de estas instituciones para garantizar su viabilidad.

Con la expedición del Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, se presenta a la Seguridad como una de sus 5 características principales y se define como "el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias"

El Ministerio de la Protección Social expide la Política de Seguridad del Paciente el 11 de Junio de 2008, la cual es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Su objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

A pesar de esto, el país aún no está en capacidad de conocer la magnitud, la tendencia y efectos de los problemas de seguridad en la atención en salud, pero que se sabe están presentes, obligando a intensificar el esfuerzo iniciado en los últimos años.

Hasta el 2013, la implementación de la Política y del Programa de Seguridad del Paciente a nivel intra y extra institucional tenía un carácter voluntario y apuntaba al cumplimiento de estándares superiores de calidad establecidos en el Sistema Único de Acreditación (Resolución 1445 de 2006 modificada por la Resolución 123 de 2012 y sus anexos técnicos)

A partir de la implementación de la Resolución 1441 de 2013, que determina las modificaciones para el Sistema de Habilitación en Salud, el cumplimiento de los estándares y criterios relacionados con la Seguridad del Paciente pasó a ser de carácter obligatorio y requisito básico para la entrada en funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud. Se parte del enfoque de la gestión del riesgo, específicamente su minimización, en la prestación de servicios de salud para todos los segmentos de la población, desde el cumplimiento de los requisitos básicos establecidos por el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud en el componente de habilitación.

Durante el 2014, se presentan una serie de reformas normativas que definen el carácter del cumplimiento de los estándares y criterios para la Seguridad del Paciente, confirmando su obligatoriedad según la resolución 2003 de 2014 por el cual se modifica el manual de estándares de Habilitación.

Marco conceptual

Definiciones Básicas

Seguridad del paciente. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Atención en salud. Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Indicio de atención insegura. Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Falla de la atención en salud. Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

Riesgo. Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Evento adverso. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

Evento adverso prevenible. Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible. Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Evento Centinela. Evento no deseado que señala que algo serio ocurrió y requiere una investigación más profunda.

Incidente. Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Complicación. Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Violación de la seguridad de la atención en salud. Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

Barrera de seguridad. Es la acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

Sistema de gestión del evento adverso. Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

Acciones de reducción de riesgo. Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

Modelo conceptual de la Política de Seguridad del Paciente.

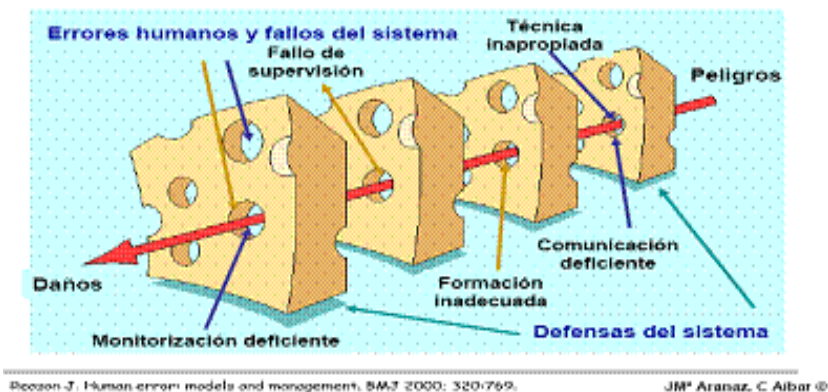
Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles.

Los procesos de atención en salud gradualmente han ido incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas, por lo que en la atención en salud, concurren múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás. Los avances científicos pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, sino más bien desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permiten incrementar la efectividad de la atención en salud.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a éste sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni que la cadena de procesos de la atención en salud han fallado, facilitando la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

El modelo explicativo del queso suizo, es el que mejor ilustra la ocurrencia del evento adverso: Para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

Modelo explicativo



Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

Los estudios de incidencia y prevalencia de los eventos adversos

La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, se considera un problema de salud pública a nivel mundial.

Se han realizado varios estudios nacionales procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado.

Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados.

En los estudios de incidencia (evaluación de los casos ocurridos durante el período de observación), la frecuencia varía entre el 9% en un estudio efectuado en Dinamarca y hasta el 16.6% en otro realizado en Australia.

En cuanto a los estudios de prevalencia, (evaluación de los casos ocurridos durante y antes del período de observación), según Aranaz JM solamente se han encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de Mostaza en España y el de Herrera-Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre 9.8% y 41%.

Los países latinoamericanos han optado por la metodología de evaluación de prevalencia, ya que es la que se ha encontrado como más factible en las condiciones específicas de nuestras instituciones.

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio a gran escala sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria, realizado entre 2007 y 2009, el cual contó con la participación de 58 centros hospitalarios y 11379 pacientes pertenecientes a 5 países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, utilizando un doble diseño que incluyó un estudio de prevalencia y un análisis de incidencia retrospectivo.

En este estudio se encontró que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios.

De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos, 7 murieron (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones), 17 quedaron con una incapacidad total, 12 con una incapacidad severa y 64 con incapacidades leves o sin incapacidad.

De cada 100 incidentes dañinos, 63 alargaron la estancia en el hospital, 18 dieron lugar a un reingreso y sólo 19 no tuvieron efectos sobre los días de estancia en el hospital.

Los incidentes que causaron daño aumentaron la estancia en el hospital más de 16 días por paciente (una variación entre países que va desde 13 a 19 días).

Alrededor de la mitad de incidentes debidos a los cuidados sanitarios que produjeron daño, podrían haberse evitado con los estándares actuales de cuidados sanitarios .

Tipificación de los eventos adversos

Las acciones requeridas se derivan de la tipificación de acuerdo a la frecuencia y severidad de los riesgos identificados:

- Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
- Eventos adversos ocurridos durante la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos invasivos
- Eventos adversos asociados al uso de medicamentos, sangre y hemoderivados terapéuticos.
- Eventos adversos asociados al cuidado de la salud.

Igualmente deben considerarse con particular atención los procesos orientados a dotar de barreras de seguridad y procedimientos seguros la atención del binomio madre-hijo.

De igual forma, los diferentes estudios han generado clasificaciones de severidad, ya que los eventos adversos pueden producir desde un daño leve en el paciente hasta incapacidad, invalidez en grados variables o incluso muerte. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia mundial la mayoría de los eventos se encuentran en la categoría leve o moderada.

Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos.

De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual se recomienda la utilización del protocolo de Londres, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

Acciones institucionales

Se requiere su despliegue sistemático mediante la aplicación de instrumentos prácticos, comunes a los principales programas de seguridad del paciente, entre los cuales se encuentran :

Política Institucional de Seguridad del Paciente

Representado por un acto administrativo a través del cual, la alta gerencia manifiesta su compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro y la promoción de la cultura de seguridad al interior de la institución, estableciendo en forma clara los propósitos de su formulación. Sus lineamientos incluyen :

- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.

- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc
- Como se construye una alianza con al paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.
- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos

Los resultados de los sistemas de reporte no son la alternativa más útil para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presentación de eventos adversos en la institución, por lo cual es recomendable realizar a intervalos periódicos estudios que midan prevalencia o la incidencia de ocurrencia de dicho fenómeno, para este propósito la metodología desarrollada a partir del estudio IBEAS es una alternativa útil para este propósito, así como las herramientas para el análisis de indicio de evento adverso disponibles en la literatura.

Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos

La Resolución 0256 del 2016 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos.

Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado. Sin embargo, los sistemas de reporte que se implementan deberán tener como finalidad, el aprendizaje para generar barreras de seguridad.

Es esencial proteger la intimidad y confidencialidad del proceso. Debe existir un sistema de reporte intrainstitucional, que privilegie la confidencialidad de los reportado, que

permita realizar un claro análisis causal y dentro del cual se pueda identificar los factores que están bajo el control de la institución, y diferenciarlos de aquellos que requieren acciones extrainstitucionales.

Tales sistemas de reporte pueden beneficiarse de la utilización de otras herramientas que incrementen la capacidad de detección de la institución tales como instrumentos de tamizaje para la detección de eventos adversos hospitalarios o técnicas “disparadoras” (también conocidas “Trigger Tool” por sus denominación en el idioma inglés) del alerta sobre la ocurrencia de eventos adversos.

Metodologías para el análisis de los eventos adversos

Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso, usualmente, descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia, con respecto a una buena práctica, es apenas el primer paso de una investigación profunda. Un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

La metodología recomendada para este propósito es el Protocolo de Londres.

Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento.
4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.

5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes que en las acciones formales que se desarrollan.

Protocolos para el Manejo del Paciente

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso. De las experiencias internacionales y nacionales se exponen las siguientes recomendaciones:

- Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
- Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
- Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un EA, y no acompañarlo.

Cuando ocurre un evento adverso, el Manejo del Paciente debe estar orientado hacia:

- No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.
- Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso
- Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
- Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
- Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
- Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del EA.

Acciones interinstitucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente

La Política de Seguridad del Paciente requiere de la coordinación entre actores alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, así como el incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

En el caso de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio es claro que a su interior deben tener sus propios procesos de Seguridad del Paciente, dado que en el análisis de la causalidad de los incidentes y eventos adversos se pueden identificar factores atribuibles al asegurador, cuya intervención debe darse de manera coordinada con las instituciones de su red en lo referente a las fallas que involucren a ambos actores.

Igualmente, en su relación contractual con los prestadores deben evitarse prácticas que antes que favorecer el mejoramiento, puedan incentivar el ocultamiento como:

- Las glosas indiscriminadas de situaciones calificadas unilateralmente como evento adverso sin un previo análisis con el prestador, o análisis de la recurrencia o de la existencia de programas efectivos de seguridad del paciente.
- Establecer procedimientos punitivos o que desincentiven el reporte de los eventos adversos, por parte del prestador.

Entes Externos de vigilancia y control

Los organismos de vigilancia y control son las instancias a quienes corresponde realizar el seguimiento a las situaciones de carácter particular que sean de su conocimiento, algunas de las cuales pueden estar relacionadas con incidentes o eventos adversos:

- Es importante entender que dado el modelo explicativo de la ocurrencia de la atención insegura, a esta pueden contribuir múltiples factores, solamente algunos de los cuales son atribuibles a un individuo específico, y por lo tanto, en la ejecución de sus procesos debe

tenerse en cuenta este tema, evitando el señalamiento prematuro de culpables sin una sólida base probatoria resultante de una evaluación de la situación específica.

- Debe tomarse en consideración igualmente, la ejecución de las acciones correctivas y preventivas adoptadas por la institución o el individuo frente a los mismos hechos.

El Reporte Extraintitucional

En la búsqueda para mejorar la seguridad de los pacientes, las experiencias nacionales más avanzadas han propuesto la creación de un sistema de reporte del evento adverso y su manejo para que de las fallas sirvan a todos los actores del sistema como aprendizaje cuando los mismos errores ocurren repetidas veces en muchos escenarios y los pacientes continúan siendo lesionados no intencionalmente por errores evitables.

El Sistema de Reporte extraintitucional es voluntario y recogerá aquellos eventos adversos originados en situaciones que ameriten acciones al nivel del sistema o coordinación entre diferentes actores. Para el sistema de seguridad institucional, esto puede constituir una oportunidad, al aportar para la generación de acciones extraintitucionales que potencien los esfuerzos intraintitucionales.

El reporte puede capturar los errores, los daños y lesiones involuntarias, los incidentes, los funcionamientos defectuosos de los equipos, los fracasos de los procesos, que si no se detienen en un informe individual sino que se proyectan a todo un sistema, se logrará estandarizar, comunicar, analizar, mejorar y en la respuesta se diseminarán las lecciones aprendidas de eventos informados.

El sistema de reporte extraintitucional podrá generar acciones a través de la concertación de los diferentes actores: Comité de Calidad y Seguridad, o del establecimiento de normas: Unidad Sectorial de Normalización en Salud, o generar alertas normativas: Ministerio del Protección Social – Organismos de Vigilancia y Control del Sistema.

Marco ético

Manejo del entorno legal

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente.

Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos básicos:

-El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales

-Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.

-Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

Se recomienda que el marco regulatorio al interior de la institución debe dirigirse hacia:

- Estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento
- Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos
- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica

II. DIAGNÓSTICO

FACTORES	DESCRIPCIÓN SITUACIÓN PROBLÉMICA	CAUSAS	RIESGO	CONSECUENCIAS POTENCIALES	PRIORIDADES	RESULTADO ESPERADO	TIEMPO ESTIMADO
Políticos y Regulatorios	Falta de priorización de acciones	Cambios d gobierno	Cambio prioridades	Falta de continuidad de acciones	Concertación de acciones a nivel intersectorial e interinstitucional	Avances en la implementación de la política	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
	Esfuerzos fragmentados de diferentes sectores e instituciones y pobres resultados en salud	Cambios normativos Políticas públicas q requieren ajustes					
	Falta de recursos para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud	Débil control del estado sobre pagadores	Mayor restricción de recursos	Barreras para la implementación de la política	Concertación estrategias de pago	Mayor disponibilidad de recursos para la implementación de la política	Largo plazo (Mayor a 2 años)
		Aumento deuda de las EPS con prestadores de salud					
Integración vertical y monopolio de la oferta de servicios por EPS							
Interinstitucional e intersectorial	Esfuerzos fragmentados de los diferentes sectores e instituciones y pobres resultados en salud	Falta continuidad en el acompañamiento y cumplimiento de compromisos	Disparidad implementación de la política en diferentes prestadores de la red pública	Aumento de la morbimortalidad de la población atendida	Concertación de acciones a nivel intersectorial e interinstitucional	Avances en la implementación de la política	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
		Carencia de espacios de concertación y retroalimentación					
		Ausencia de mecanismos de referenciación para la red de prestadores del Departamento					
	Falta articulación en los sistemas de información de Seguridad del Paciente.	Falta información para toma de decisiones	Inadecuada utilización de recursos	Adecuar el sistema de información existente que permita la monitorización y seguimiento periódico y sistemático	Mejorar la monitorización y seguimiento	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)	

FACTORES	DESCRIPCIÓN SITUACIÓN PROBLÉMICA	CAUSAS	RIESGO	CONSECUENCIAS POTENCIALES	PRIORIDADES	RESULTADO ESPERADO	TIEMPO ESTIMADO
Sociales	Los esfuerzos realizados no se ajustan a las necesidades de la población	Envejecimiento de la población	Sobrecostos de atención	Desenlaces fatales	Priorizar atención de poblaciones vulnerables	Disminución de morbimortalidad	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
		Falta difundir las rutas y modelos de atención a las poblaciones vulnerables	Atención deficiente a poblaciones vulnerables				
Medioambientales	No se integran acciones a nivel institucional y se duplican esfuerzos	Ausencia de implementación de políticas ambientales institucionales	Sobrecostos de atención	Inadecuada utilización de recursos	Implementar sistemas de gestión integrados	Optimo uso de recursos disponibles	Largo plazo (Mayor a 2 años)
		Falta promover la cultura del ahorro de los recursos naturales					
	Mayor vulnerabilidad por hechos catastróficos	Formulación e implementación de planes de contingencia					
Organización y gerencia	La alta demanda de servicios de salud sobrepasa la capacidad de respuesta institucional	Deficiencia de acciones de educación, información y comunicación a los pacientes	Atención deficiente	Desenlaces fatales	Fortalecer programas de detección temprana y protección específica	Disminución de morbimortalidad	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
	No se promueve la cultura de la seguridad	Falta priorizar la seguridad de la atención en salud dentro de las políticas y planes institucionales	Falta de recursos para la implementación de la política de seguridad	Implementación deficiente de la política de seguridad	Priorizar en el presupuesto los recursos necesarios para la implementación de la política	Disponibilidad de recursos para la implementación de la política	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
			Los esfuerzos realizados por la institución no se ajustan a las necesidades		Fomentar gestión de proyectos de nuevas fuentes de recursos		
					Actualizar plataforma estratégica a las necesidades de la entidad	Optimo uso de recursos disponibles	

FACTORES	DESCRIPCIÓN SITUACIÓN PROBLÉMICA	CAUSAS	RIESGO	CONSECUENCIAS POTENCIALES	PRIORIDADES	RESULTADO ESPERADO	TIEMPO ESTIMADO
Ambiente (Laboral)	Clima laboral desfavorable	Falta de compromiso del personal asistencial	No adherencia a políticas, procesos, procedimientos, guías y protocolos	Desenlaces fatales	Implementar plan institucional de fortalecimiento de talento humano en salud	Desempeño eficiente del personal	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
		Coordinación deficiente del equipo de trabajo					
		Personal insuficiente					
		Alta rotación de personal					
		Carencia de incentivos	Problemas de salud del personal	Ausentismo laboral	Implementar sistemas de gestión integrados		
		Incipiente implementación del sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo					
Equipos obsoletos y falta de cumplimiento en los planes de mantenimiento	Atención deficiente	Desenlaces fatales				Elaboración de proyectos institucionales de dotación y capacitación	Optimo uso de recursos disponibles
Individuo (Talento humano)	Falta de competencia del recurso humano disponible	Deficiencias en la formación y actualización de recurso humano en salud	No adherencia a políticas, procesos, procedimientos, guías y protocolos	Mayor frecuencia de fallas en la atención	Considerar ajustes en los currículos de formación	Personal competente	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
		Falta de inducción y reinducción del equipo de trabajo					
		Falta de habilidades de comunicación y relaciones interpersonales					
Tarea y tecnología	Falta de disponibilidad de herramientas que faciliten la realización de las tareas por parte del personal asistencial	Diseño complejo de difícil comprensión	Atención deficiente	Desenlaces fatales	Elaboración de proyectos institucionales de dotación y capacitación	Optimo uso de recursos disponibles	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
		Falta de supervisión de la tarea					
		N° de equipos insuficientes y algunos obsoletos					

FACTORES	DESCRIPCIÓN SITUACIÓN PROBLÉMICA	CAUSAS	RIESGO	CONSECUENCIAS POTENCIALES	PRIORIDADES	RESULTADO ESPERADO	TIEMPO ESTIMADO
Paciente	Problemas de comunicación e inadecuada relación personal de salud-paciente	Falta de humanización en la atención	Atención deficiente	Demandas judiciales	Difusión derechos y deberes de los pacientes	Mejor relación personal de salud- paciente	Mediano plazo (Mayor a 6 meses y menor a 2 años)
Comunidad	Alta demanda de servicios de salud desbordando la capacidad instalada	Falta de información y educación a la comunidad Falta acompañamiento y control a las ligas de usuarios y otras formas de participación social en salud	Atención deficiente	Desenlaces fatales	Promover espacios participativos de la comunidad en salud	Participación de la comunidad	

III. ESTRUCTURA DE LA POLÍTICA

PROPÓSITO

El propósito de la Política Departamental de Seguridad del Paciente es mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud de la población a través de la implementación una estrategia integral para la gestión de riesgos que lleve a minimizar los daños asociados a la atención en salud.

PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA

Sigue los principios trazados por la política nacional :

- Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

- Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes
- Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

Adicionalmente :

- Reconoce la heterogeneidad de las condiciones de la prestación de los servicios de salud lo cual constituye un desafío que obliga la búsqueda de esquemas flexibles y diversos modelos de atención que den cuenta de las diferencias y que responda a las necesidades y condiciones particulares epidemiológicas, sociales y culturales de la población, en especial a la que se encuentra en situación de vulnerabilidad.
- Promueve el enfoque de mejoramiento continuo de la calidad, como ideal de la prestación de servicios de salud.

- Reconoce que la prestación de servicios se desarrolla en condiciones de ajuste fiscal y en un entorno de competencia.
- Admite la necesidad de generar capacidades e incrementar habilidades en los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y comunidad, con el fin de lograr los objetivos y metas del sistema de salud.
- Reconoce la rendición de cuentas como un elemento fundamental para la óptima utilización de los recursos, y para lograr que la población reciba un trato semejante ante necesidades semejantes.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la gestión de la seguridad del paciente en el Sistema de Seguridad Social del Departamento de Risaralda.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Coordinar actores
2. Fortalecer capacidades institucionales
3. Gestionar talento humano en salud
4. Fomentar la participación social

EJES ESTRATÉGICOS

EJE 1 COORDINACIÓN DE ACTORES

EJE 2 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

EJE 3 GESTIÓN TALENTO HUMANO EN SALUD

EJE 4 PARTICIPACIÓN SOCIAL

ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

EJE 1 COORDINACIÓN DE ACTORES

Entendida como la unificación concertada de la implementación de acciones de las instituciones y grupos de interés en la gestión de la seguridad de la atención en salud en el Departamento de Risaralda.

Estrategia 1

Promoción de la cultura de la seguridad de la atención en salud en el departamento de Risaralda

Líneas de acción

1. Priorización de la seguridad de la atención en salud dentro de la agenda de las instituciones.

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 1:

- Componente de implementación de la política departamental de seguridad de la atención en salud incluido en los planes de desarrollo departamental e institucionales de las nuevas administraciones.
- Plan de acción para la implementación de la política departamental de seguridad de la atención en salud.

2. Acciones de Inspección, vigilancia y control por parte de las EAPB y los entes de control en la implementación de la política de seguridad del paciente en las IPS para evaluar su impacto.

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 2:

- Planes de Asesoría y Asistencia Técnica e Inspección, Vigilancia y Control a prestadores de servicios de salud.

Estrategia 2

Construcción de alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales

Líneas de acción

1. Creación de espacios de interlocución y retroalimentación de experiencias institucionales

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 1:

- Comité departamental de seguridad de la atención en salud

2. Desarrollo y consolidación del comité departamental de seguridad de la atención en salud

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 2:

- Comité departamental de seguridad de la atención en salud

3. Conformación de red para la referenciación o bechmarking de prestadores de servicios de salud en Seguridad del Paciente

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 3:

- Proyecto de conformación de red para la referenciación o bechmarking de prestadores de servicios de salud en Seguridad del Paciente

Estrategia 3

Gestión de recursos para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud

Líneas de acción

1. Priorización de los recursos necesarios en los presupuestos departamental e institucionales, para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud.

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 1:

- Planes presupuestales departamental e institucionales

2. Gestión de proyectos en nuevas fuentes de recursos para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud.

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 2:

- Plan de gestión y presentación de proyectos a gremios y gobiernos nacional y extranjeros

EJE 2 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Definida como el desarrollo de las capacidades de las instituciones responsables de garantizar la calidad de la prestación de servicios de salud en el Departamento de Risaralda.

Estrategia 1

Fortalecimiento de las capacidades de dirección, organización, gestión y control por parte de la entidad territorial y direcciones locales

Líneas de acción

1. Fortalecimiento de las competencias del recurso humano de la entidad territorial y direcciones locales.

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 1:

- Planes institucionales de capacitación y educación continuada en seguridad de la atención en salud.
- Convenios interinstitucionales para la capacitación y educación continuada

2. Desarrollo y consolidación del sistema de información en el componente de calidad de la prestación de servicios de salud y seguridad de la atención.

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 2:

- Observatorio Departamental de Calidad en Salud.

Estrategia 2

Implementación de sistemas integrados de gestión en los prestadores de servicios de salud.

Líneas de acción

1. Conformación e implementación de sistemas integrados de gestión.
2. Actualización de las plataformas estratégicas de las instituciones que conforman el sistema de salud departamental.

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 1 Y 2:

- Convenios interinstitucionales entre las instituciones que conforman el sistema de salud departamental e instituciones de educación superior para el apoyo técnico en la conformación e implementación de los sistemas integrados de gestión.

EJE 3 GESTIÓN TALENTO HUMANO EN SALUD

Desarrollo del conjunto de acciones institucionales tendientes al mejoramiento de las condiciones laborales y formación del personal encargado de los procesos administrativos y asistenciales de la atención en salud.

Estrategia 1

Garantía de estabilidad laboral y condiciones de trabajo dignas para el personal de la salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud

Líneas de acción

1. Caracterización del talento humano en salud del departamento de Risaralda

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 1:

- Sistema de Información en red con las IPS del departamento liderada por la Secretaria de Salud Departamental

2. Unificación de condiciones laborales y remuneración salarial en la red de prestadores de servicios de salud del departamento

Estrategia 2

Fortalecimiento de las competencias del personal administrativo y asistencial de las instituciones prestadoras de servicios de salud

Líneas de acción

1. Inclusión del tema de seguridad del paciente en los programas de estudios de las instituciones formadoras de talentos humano en salud del departamento

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 1:

Mesa de trabajo entre la Dirección Territorial de Salud y las Instituciones formadoras de Talento humano en salud para elaboración de proyecto de inclusión del tema de Seguridad del paciente en los programas de estudios

2. Desarrollo de programas institucionales de capacitación continuada

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 2:

Planes institucionales de capacitación del personal.

3. Implementación de programas de inducción y reinducción

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 3:

Programas institucionales de inducción y reinducción del personal.

4. Desarrollo de estrategias institucionales de supervisión de tareas y de la evaluación de adherencia a guías y protocolos de atención

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 4:

Programas de auditoría institucionales.

Estrategia 3

Implementación en las instituciones del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

Líneas de acción

1. Ajustes en la plataforma estratégica de los prestadores de servicios de salud e inclusión del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 1:

Plataforma estratégica institucional actualizada

2. Establecer alianzas con las organizaciones relacionadas con la gestión de la seguridad y salud en el trabajo

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 2:

Convenios interinstitucionales con las Administradoras de riesgos laborales

EJE 4 PARTICIPACIÓN SOCIAL

Comprende las estrategias de empoderamiento del usuario y fortalecimiento de los mecanismos de participación social en los procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad

Estrategia 1

Líneas de acción

1. Difusión de política departamental de seguridad del paciente con enfoque al usuario

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 1:

- Promoción de los derechos y deberes de los usuarios en salud
- Difusión de estrategias de rol activo en el proceso individual en la atención en salud
- Programa de seguridad del paciente con enfoque diferencial para poblaciones vulnerables y atención primaria en salud

2. Promoción de espacios de participación social en salud

PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN LINEA DE ACCIÓN 2:

- Programa territorial y local de acompañamiento a los espacios de participación social en salud

MONITOREO Y SEGUIMIENTO.

Monitoreo

Indicadores. Inicialmente se plantea el monitoreo a través de indicadores de estructura y proceso con el fin de garantizar una infraestructura que soporte la operatividad de la Política de Seguridad del Paciente en el Departamento de Risaralda. Cumplidos los requerimientos de infraestructura en una etapa posterior debe reevaluarse el monitoreo enfocado al impacto sobre los resultados en la calidad de la atención en salud en el territorio. Por lo anterior se plantea realizar el monitoreo del cumplimiento de la implementación de las estrategias y líneas de acción de la política a través de 10 indicadores .

EJE	ESTRATEGIA	LINEA DE ACCIÓN	PROGRAMA / PROYECTO / MECANISMO DE IMPLEMENTACIÓN	Indicador
COORDINACIÓN DE ACTORES	Promoción de la cultura de la seguridad de la atención en salud en el departamento de Risaralda	Priorización de la seguridad de la atención en salud dentro de la agenda de las instituciones	Componente de implementación de la política departamental de seguridad de la atención en salud incluido en los planes de desarrollo departamental e institucionales de las nuevas administraciones. Plan de acción para la implementación de la política departamental de seguridad de la atención en salud.	Porcentaje de avance en el plan de acción para la implementación de la política departamental de seguridad del paciente
		Acciones de Inspección, vigilancia y control por parte de las EAPB y los entes de control en la implementación de la política de seguridad del paciente en las IPS para evaluar su impacto	Planes de Asesoría y Asistencia Técnica e Inspección, Vigilancia y Control a prestadores de servicios de salud	
		Construcción de alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales	Creación de espacios de interlocución y retroalimentación de experiencias institucionales	
	Gestión de recursos para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud	Desarrollo y consolidación del comité departamental de seguridad de la atención en salud	Comité departamental de seguridad de la atención en salud	
		Conformación de red para la referenciación de prestadores de servicios de salud	Proyecto de conformación de red para la referenciación de prestadores de servicios de salud	
	Gestión de recursos para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud	Priorización de los recursos necesarios en los presupuestos departamental e institucionales, para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud.	Planes presupuestales departamental e institucionales	Porcentaje de instituciones con asignación presupuestal para la implementación de política departamental de seguridad del paciente
		Gestión de proyectos en nuevas fuentes de recursos para la implementación de la política de seguridad de la atención en salud.	Plan de gestión y presentación de proyectos a gremios y gobiernos nacional y extranjeros	

EJE	ESTRATEGIA	LINEA DE ACCIÓN	PROGRAMA / PROYECTO / MECANISMO DE IMPLEMENTACIÓN	Indicador
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	Fortalecimiento de las capacidades de dirección, organización, gestión y control por parte de la entidad territorial y direcciones locales	Fortalecimiento de las competencias del recurso humano de la entidad territorial y direcciones locales.	Planes institucionales de capacitación y educación continuada en seguridad de la atención en salud.	Porcentaje de funcionarios de la entidad territorial y direcciones locales de salud capacitados en Seguridad del paciente
			Convenios interinstitucionales para la capacitación y educación continuada	
	Implementación de sistemas integrados de gestión de la calidad en los prestadores de servicios de salud.	Desarrollo y consolidación del sistema de información en el componente de calidad de la prestación de servicios de salud y seguridad de la atención	Observatorio Departamental de Calidad en Salud	Observatorio Departamental de Calidad en Salud implementado
		Conformación e implementación de sistemas integrados de gestión	Sistemas Integrados de Gestión de Calidad Institucionales	Porcentaje de prestadores de servicios de salud del Departamento de Risaralda con sistemas integrados de gestión de la calidad implementados
Actualización de las plataformas estratégicas de las instituciones que conforman el sistema de salud departamental				

EJE	ESTRATEGIA	LINEA DE ACCIÓN	PROGRAMA / PROYECTO / MECANISMO DE IMPLEMENTACIÓN	Indicador
GESTIÓN TALENTO HUMANO EN SALUD	Garantía de estabilidad laboral y condiciones de trabajo dignas para el personal de la salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud	Caracterización del talento humano en salud del departamento de Risaralda	Sistema de Información en red con las IPS del departamento liderada por la Secretaria de Salud Departamental	Política Departamental de Talento Humano en Salud implementada
		Unificación de condiciones laborales y remuneración salarial en la red de prestadores de servicios de salud del departamento		
	Fortalecimiento de las competencias del personal administrativo y asistencial de las instituciones prestadoras de servicios de salud	Inclusión de l tema de seguridad del paciente en los programas de estudios de las instituciones formadoras de talentos humano en salud del departamento	Proyecto de inclusión del tema de seguridad del paciente en los programas de estudios de las instituciones formadoras de talento humano en salud del departamento.	Porcentaje de programas de estudios de instituciones form de talento h con seguridad del paciente incluido
		Desarrollo de programas institucionales de capacitación continuada	Planes institucionales de capacitación del personal	Porcentaje de funcionarios de la entidad territorial y direcciones locales de salud capacitados en Seguridad del pac
		Implementación de programas de inducción y reinducción	Programas institucionales de inducción y reinducción del personal	
		Desarrollo de estrategias institucionales de supervisión de tareas y de la evaluación de adherencia a guías y protocolos de atención	Programas de auditoría institucionales	Porcentaje de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Programas de Auditoría de la calidad implement
	Implementación en las instituciones del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Ajustes en la plataforma estratégica de los prestadores de servicios de salud e inclusión del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Plataforma estratégica institucional actualizada	Porcentaje de prestadores de servicios de salud del Departamento de Risaralda con sistemas de gestión de la calidad implementados
		Establecer alianzas con las organizaciones relacionadas con la gestión de la seguridad y salud en el trabajo	Convenios interinstitucionales con las Administradoras de riesgos laborales	

EJE	ESTRATEGIA	LINEA DE ACCIÓN	PROGRAMA / PROYECTO / MECANISMO DE IMPLEMENTACIÓN	Indicador
PARTICIPACIÓN SOCIAL Y USUARIOS	Difusión de política departamental de seguridad del paciente con enfoque al usuario	Promoción de los derechos y deberes de los usuarios en salud		Porcentaje de entidades (Entidades territoriales y municipales, EAPB y ESE-IPS con Plan de Información, Educación y Comunicación de Seguridad del Paciente implementado
		Difusión de estrategias de rol activo en el proceso individual en la atención en salud		
		Programa de seguridad del paciente con enfoque diferencial para poblaciones vulnerables y atención primaria en salud		
	Promoción de espacios de participación social en salud	Programa territorial y local de acompañamiento a los espacios de participación social en salud		

Las metas y plazos se presentan a continuación :

N°	Indicador	Meta	Plazo
1	Porcentaje de avance en el plan de acción para la implementación de la política departamental de seguridad del paciente	25%	2 años
2	Comité departamental de seguridad del paciente implementado	100%	2 años
3	Porcentaje de instituciones con asignación presupuestal para la implementación de política departamental de seguridad del paciente	25%	2 años
4	Porcentaje de funcionarios de la entidad territorial y direcciones locales de salud capacitados en Seguridad del paciente	25%	2 años

5	Porcentaje de Implementación del Observatorio Departamental de Calidad en Salud	25%	2 años
6	Porcentaje de prestadores de servicios de salud del Departamento de Risaralda con sistemas integrados de gestión de la calidad implementados	25%	2 años
7	Porcentaje de Implementación de Política Departamental de Talento Humano en Salud	10%	2 años
8	Porcentaje de programas de estudios de instituciones formadoras de talento humano en salud con seguridad del paciente incluido	25%	2 años
9	Porcentaje de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Programas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad implementados	50%	2 años
10	Porcentaje de entidades (Entidades territoriales y municipales, EAPB y ESE-IPS con Plan de Información, Educación y Comunicación de Seguridad del Paciente implementado	25%	2 años

La medición de indicadores se hará con periodicidad semestral y se documenta a través de la presentación de informes de seguimiento a cargo del Ente Territorial de Salud.

BIBLIOGRAFÍA .

Propuesta de trabajo para la gestión de políticas públicas. Dirección de Planeación Sectorial. Secretaria de Planeación Departamental. Gobernación de Risaralda. 2015.

Franco Herrera, Astolfo León. (2013). La Seguridad del Paciente. De la teoría a la realidad. Primera edición. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "Incas Colombia 2009". Bogotá, Colombia. Diciembre de 2009. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Cooperación Técnica ATN/JF/9876-CO Synergia Consultoria y Gestión S.A. – Universidad de La Sabana.

<http://www.pnuma.org/aquamiaac/REGIONAL/MATERIAL%20ADICIONAL/BIBLIOGRAFIA-WEBCGRAFIA> Medianero Burga, David. (2007). Guía metodológica para el diseño de planes estratégicos en el sector público. Un Enfoque Participativo.

<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/prestacion-de-servicios-de-salud.aspx>

http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Prestadores/Seguridaddelpaciente/Seguridaddel_Paciente.aspx

<http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestacion%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social. Editorial Fundación Fitec . Bogotá, Diciembre 2007

Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. Organización Mundial de la Salud, 2010

Política y Estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. 27a Conferencia sanitaria Panamericana. 59a Sesión del Comité Regional. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., EUA, 1-5 de Octubre del 2007 csp27/16 (esp.)

<http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=192&IdCat=84>

4.6 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Convocatoria externa amplia con respuesta baja a la esperada. No se convocaron actores internos pues se había realizado invitación previa al grupo de habilitación, cuya coordinadora asignó al médico auditor del grupo quien revisó de manera anticipada a la jornada de trabajo el documento y la matriz de política, haciendo aportes de forma; estuvo de acuerdo con las propuestas de fondo. A pesar de lo anterior, se observa representatividad de los actores, excepto los del sector privado.

Existe una percepción negativa por parte de los actores hacia la Secretaria de Salud Departamental. Refieren su carácter punitivo, falta de acompañamiento y liderazgo. Se percibe la falta de confianza en su rol de ente rector.

Se percibe la necesidad de crear un espacio de trabajo, Comité o Mesa de Trabajo Departamental Interinstitucional para garantizar continuidad en las propuestas e intervenciones planteadas y las necesidades sentidas de las instituciones participantes.

Se requiere fortalecer las capacidades institucionales a través de la implementación de los sistemas integrados de gestión, el mejoramiento de los sistemas de gestión de la información y la capacitación del recurso humano en salud.

Como pilar fundamental de la propuesta se encuentra la formulación e implementación de Política de Gestión de Talento Humano en Salud, que permita la caracterización del recurso humano en salud del departamento, el diagnóstico situacional y la implementación de intervenciones que mejoren las condiciones laborales y de seguridad y salud en el trabajo del personal de salud.

Se requiere realizar un diagnóstico más preciso en las Instituciones formadoras de Talento Humano acerca del tema de Seguridad del Paciente, tal y como lo plantea el grupo de participantes que representó esta área, antes de de proseguir con alternativas de intervención.

Muy baja participación del sector privado. La convocatoria de este grupo se limitó a los prestadores de alta complejidad.

5. CONCLUSIONES

La Seguridad del paciente cuenta con un robusto soporte de documentos técnicos, herramientas y reglamentación a nivel mundial y nacional, a pesar de lo cual, no se evidencia el impacto de su implementación.

La medición sistemática y periódica de los eventos adversos permitirá conocer el verdadero impacto de la aplicación de la política y de los programas a nivel institucional en seguridad del paciente.

La metodología para el desarrollo de políticas públicas invita a la construcción participativa intersectorial e interinstitucional.

Se debe considerar el contexto en talento humano en salud, las tecnologías de la información, la sostenibilidad financiera del sistema, la participación social y la voluntad política regional para la formulación y desarrollo de intervenciones articuladas y coordinadas.

Enfocar la humanización de la atención en salud, no sólo para el paciente sino también para el personal de salud.

Es necesario ajustar lineamientos nacionales al contexto departamental y priorizar de acuerdo al diagnóstico y recursos disponibles.

Se evidencia interés y disposición de los actores del sistema de salud del Departamento para la implementación de la política departamental de seguridad del paciente.

6. RECOMENDACIONES

Posicionar la Seguridad del Paciente en la agenda pública y los escenarios políticos de tomadores de decisiones.

Crear un espacio de participación intersectorial e interinstitucional en seguridad del paciente a nivel departamental para seguimiento y ajustes periódicos de la política.

Es urgente considerar la formulación e implementación de una Política Departamental de Talento Humano en Salud que considere además de la formación de pre y post grado, la estabilidad y reconocimiento de condiciones laborales favorables y capacitación continuada en el tema de Seguridad del Paciente.

Es necesario promover un sistema de información en el seguimiento de la notificación y gestión de los eventos adversos en el Departamento, que permita la retroalimentación bidireccional de los actores del sistema.

Es importante incentivar la investigación de la incidencia y prevalencia de eventos adversos en el Departamento.

Promover alianzas entre la Dirección Territorial y la Academia para incluir el tema en los procesos de formación del personal de salud en el Departamento.

Incentivar la promoción e información del tema de Seguridad del paciente en el ámbito comunitario.

Se requiere mayor acompañamiento y retroalimentación periódica Secretaria de Salud Departamental- Actores del Sistema de Salud del Departamento.

Se requiere comunicación, apoyo y asistencia permanente por parte del Ministerio de Salud y Protección Social al Departamento en Seguridad del Paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Donaldson SLPAMpiSdPdIOMdlS. www.paho.org/hq/?/lang=es. [Online].; 2005 [cited 2015 Febrero 16. Available from: http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero21_last.htm.
2. Organización Mundial de la salud. www.oms.org. [Online].; 2015 [cited 2015 Febrero 16. Available from: <http://www.binass.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>.
3. Salud. OMdl. www.who.int/es/. [Online].; 2010 [cited 2015 Febrero 16. Available from: www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf.
4. Colombia. MdSyPS. <https://www.minsalud.gov.co>. [Online].; 2014 [cited 2015 Junio 20. Available from: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente/PaquetesdeBuenasPr%C3%A1cticas.aspx>.
5. Colombia. MdSyPSd. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2015 Enero 21. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/./Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>.
6. Colombia. MdSyPSd. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2015 Junio 20. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad./Resolución%202003%20de%202014.p>.

7. Colombia MdSyPSd. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2008 [cited 2015 Abril 25]. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf.
8. Cabañas R. www.bvs.hn. [Online].; 1994 [cited 2015 Julio 24]. Available from:
<http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf>.
9. día. OMdIS6ªAMDLSW8P14dod. www.who.int/es/. [Online].; 2011 [cited 2015 Marzo 15]. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/5428/1/A64_R8-sp.pdf.
10. Programa Territorial de reorganización, rediseño y modernización de las ESE. Pereira: Secretaria de Salud Departamental, Risaralda; 2013.
11. CARDER. CARdR. www.carder.gov.co. [Online].; 2015 [cited 2016 Marzo 20]. Available from: <http://siae.carder.gov.co/datos-generales/division-politico-administrativa>.
12. ASIS. SdSdRAdSeS. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2013 [cited 2015 Junio 13]. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=ASIS%20Risaralda%202013.
13. AMBEAS OPdISE. www. minsalud.gov.co. [Online].; 2011 [cited 2015 Agosto 5]. Available from:
calidadensalud.minsalud.gov.co/./Estudiosdeseguridaddelpaciente.aspx.

14. Colombia MdSyPSd. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2006 [cited 2015 Mayo 20]. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad./DECRETO%201011%20DE%202006>.
15. Latina. OPdISSdndieA. www.paho.org. [Online].; 2013 [cited 2015 Julio 10]. Available from:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8395%3A2013-sistemas-notificacion-incidentes-america-latina&catid=1530%3Apatient-safety&Itemid=1557&lang=es.
16. Colombia. MdSyPSd. www.minsalud.gov.co. [Online].; 2013 [cited 2015 Marzo 15]. Available from:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf.
17. Safety NPSAMdSRUNP. www.msc.es. [Online].; 2003 [cited 2015 Mayo 20]. Available from:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf.
18. Ruiz López D, Cadenas Ayala C. www.unla.mx. [Online].; 2011 [cited 2015 Noviembre 2]. Available from:
<http://www.unla.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20UNA%20POLITICA%20PUBLICA%20web.htm>.

19. Velásquez Gavilanes R. www.redalyc.org. [Online].; 2009 [cited 2015 Abril 17]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359633165006>.
20. Velásquez Gavilanes R. www.ins.gov.co. [Online].; 2009 [cited 2015 Julio 15]. Available from: <http://www.ins.gov.co/investigacion/docs/Hacia%20una%20nueva%20definici%C3%B3n%20de%20pol%C3%ADtica%20p%C3%ABlica.pdf>.
21. Alcaldía de Bogotá. Guía para la formulación iyedppd. www.alcaldiabogota.gov.co. [Online].; 2010 [cited 2015 Febrero 23]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/adminverblobawa>.
22. Sectorial. GdRSdPDDdP. www.risaralda.gov.co. [Online].; 2014 [cited 2015 Junio 05]. Available from: <http://planeacion.risaralda.gov.co/site/index.php/2014-11-28-11-48-02/direccion-de-planeacion-sectorial>.

ANEXOS