



CARACTERIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE
SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE MANIZALES, 2015 A 2018

Autores

GERMÁN ARISTIZABAL MORENO

JULIO CÉSAR GARCÍA JIMÉNEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

MANIZALES

2019

CARACTERIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE
SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE MANIZALES, 2015 A 2018

Investigadoras

ALBA LUCIA PAZ DELGADO

DORA CARDONA RIVAS

Coinvestigadores

GERMÁN ARISTIZABAL MORENO

JULIO CÉSAR GARCÍA JIMÉNEZ

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Gestión de Calidad en Salud

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

MANIZALES

2019

DEDICATORIA

Deseamos dedicarle este trabajo a nuestras esposas e hijos, a nuestras familias, por el esfuerzo que han realizado durante nuestras jornadas de estudio y trabajos, porque han sacrificado su tiempo y nuestra compañía con el objetivo de apoyarnos para cumplir esta meta en nuestras vidas y nuestras profesiones.

Igualmente queremos dedicarle este trabajo a la Universidad Autónoma de Manizales, a todos los docentes que nos acompañaron y participaron de sus conocimientos, y nos dieron apoyo durante esta época de preparación,

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar nuestros agradecimientos a nuestras asesoras de trabajo de tesis, Alba Lucía Paz Delgado y la Dora Cardona Rivas quienes siempre estuvieron orientándonos y aconsejándonos, en la realización de la presente investigación, agradecemos el tiempo dedicado para poder culminar con éxito este proceso.

Además queremos agradecerle a todos los docentes, que en una u otra forma, nos compartieron sus conocimientos y nos apoyaron con las actividades realizadas para cumplir con los objetivos de las asignaturas, y poder aplicar esos conocimientos en esta investigación.

También queremos agradecerle a la Universidad Autónoma de Manizales, a su Área Directiva y todos los estamentos que nos acogieron durante el tiempo de estudio en las aulas y durante el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el proceso de la Implementación del programa de seguridad del paciente en una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad en la ciudad de Manizales, 2015 a 2018.

Metodología: Esta investigación está enmarcada dentro de un diseño metodológico descriptivo transversal con aspectos observables definidos para la Implementación del Programa de Seguridad del Paciente con el fin comparar hipótesis del comportamiento de la implementación de acuerdo a las características encontradas.

Resultados: Se describen los resultados por cada categoría de análisis de la Implementación del Programa de Seguridad del Paciente, con la aplicación de los instrumentos seleccionados para esta investigación, de tal manera que describen cuales han sido las estrategias identificadas y como ha sido desplegado en la institución; a partir de estos resultados, se realiza discusión de acuerdo a los diferentes modelos para la implementación de políticas públicas haciendo énfasis en el proceso como tal de la implementación y se define cuáles son los modelos que más se identifican como es el Modelo Top – Down y el Modelo del Desarrollo Organizacional.

Conclusiones: Se encuentra una clara definición por parte del Direccionamiento de la Alta Dirección de la entidad para la aceptabilidad y la adopción de la implementación de la Política que permite cobertura institucional tanto a los colaboradores asistenciales como a los usuarios; se define en la investigación que grado de utilización de recursos se utilizan y las etapas y procesos para la implementación del Programa de Seguridad del Paciente.

Palabras Claves: Seguridad del paciente, implementación, Estrategias.

ABSTRACT

Objective: To characterize the process of the implementation of the patient safety program in an institution providing low-complexity health services in the city of Manizales, 2015 to 2018.

Methodology: This research is framed within a transversal descriptive methodological design with observable aspects defined for the Implementation of the Patient Safety Program in order to compare hypotheses of the behavior of the implementation according to the characteristics found.

Results: The results are described for each category of analysis of the Implementation of the Patient Safety Program, with the application of the instruments selected for this investigation, in such a way that they describe what the identified strategies have been and how it has been deployed in the institution; Based on these results, discussion is carried out according to the different models for the implementation of public policies, emphasizing the process as such of the implementation and defining which models are most identified as the Top-Down Model and the Organizational Development Model.

Conclusions: A clear definition is found by the Directorate of the Senior Management of the entity for acceptability and the adoption of the implementation of the Policy that allows institutional coverage to both assistance employees and users; It is defined in the investigation what degree of resource utilization is used and the stages and processes for the implementation of the Patient Safety Program.

Keywords: Patient safety, implementation, Strategies.

TABLA DE CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN.....	11
2	ANTECEDENTES.....	13
3	ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
4	JUSTIFICACIÓN.....	22
5	REFERENTE TEÓRICO.....	24
5.1	Conceptual	24
5.1.1	Implementación de las Políticas Públicas.....	24
5.2	Política de Seguridad del Paciente.....	27
6	NORMATIVO	33
7	CONTEXTUAL.....	43
8	OBJETIVOS.....	46
8.1	Objetivo General.....	46
8.2	Objetivos Específicos	46
9	METODOLOGÍA	47
9.1	Diseño Metodológico.....	47
9.1.1	Tipo de Estudio.....	47
9.1.2	Población	47

9.1.3	Muestra	47
9.1.4	Tipo De Muestra.....	47
9.1.5	Unidad de Observación	47
10	RESULTADOS.....	48
10.1	Resultados de las Entrevistas por Categorías de Análisis.....	48
10.2	Etapas y Procedimientos de Implementación:	48
10.3	Cadenas de Mando:.....	49
10.4	Comunicación para la Implementación:	49
10.5	Direccionamiento y Recursos:	51
10.6	Efectos:	53
11	RESULTADOS DE INDICADORES:	59
12	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
13	CONCLUSIONES	79
14	RECOMENDACIONES	81
15	REFERENCIAS	82
16	ANEXOS.....	87

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación global de la evidencia de estudios relacionados con la Seguridad del Paciente.....	20
Tabla 2 Estudios relacionados con temas en Seguridad del paciente.....	20
Tabla 3 Características del modelo Top Down y Botton Up.....	25
Tabla 4 Trazabilidad de reporte de sucesos adversos en Institución Prestadora de servicios de salud pública de baja complejidad de Manizales en los años 2015, 2016, 2017 y 2018 con comparativo de proporción de variación entre 2015 y 2018.	59
Tabla 5 Hoja de registro de indicadores de Guías de Prácticas de Seguridad del Paciente en Institución Prestadora de servicios de salud pública de baja complejidad de Manizales para los años 2015, 2016, 2017 y 2018, y su proporción de variabilidad comparativo entre años.	61
Tabla 6 Hoja de registro de indicadores Resolución 0256 de 2016 de Institución Prestadora de servicios de salud pública de baja complejidad de Manizales para los años 2015, 2016, 2017 y 2018, y su proporción de variabilidad comparativo entre años.....	64

LISTA DE GRAFICAS

Gráfico 1 Modelo Top – Down.	26
Gráfico 2 Modelo Botton - Up	26

1 PRESENTACIÓN

En esta investigación se describirá las características de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública de Baja Complejidad del Municipio de Manizales en el periodo comprendido entre los años 2015 a 2018, iniciando con los antecedentes de la formulación de la política tanto a nivel Mundial, Latinoamericano como a nivel Nacional y regional; teniendo en cuenta que el Programa de Seguridad del Paciente se considera como un componente fundamental de una institución en salud que desea avanzar en la calidad y buscar la excelencia en la prestación de los servicios que oferta; planteando dilucidar cuales con las características esenciales para su implementación, teniendo en cuenta que es un tema poco abordado, por ende desde el punto de vista científico, aporta a las necesidades que hoy subyacen en investigación en calidad por su novedad.

Para lograr los objetivos de la presente investigación, se referencia conceptualmente la implementación de políticas públicas, encontrando enfoques básicos para analizar la implementación de las mismas, se conceptualiza la Política de Seguridad del Paciente con sus principios, los elementos estratégicos de la política para lograr las mejoras con relación a temas de Seguridad del Paciente, los lineamientos y los pasos para la implementación; de igual manera se relaciona la normatividad que la sustenta.

La investigación se considera que es un estudio descriptivo transversal, con una muestra seleccionada por conveniencia para acceder adecuadamente a la información.

Los resultados obtenidos con la aplicación de entrevistas, se sistematizó la información y se describen de acuerdo a las Etapas y procedimientos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, las cadenas de mando, La Comunicación para la Implementación, El Direccionamiento y recursos y Los Efectos.

En hoja de registro se verificó el cumplimiento de las buenas prácticas de Seguridad del Paciente y así mismo, se obtuvo información de la trazabilidad de los indicadores relacionados con el Programa para describir su tendencia en los años 2015 a 2018.

Se realiza discusión de los resultados desde una fase descriptiva, interpretativa de acuerdo a la categorización de las respuestas y se alinea la implementación con el modelo organizacional que más se ajusta a la Implementación del Programa de Seguridad del Paciente.

Finalmente se presentan unas conclusiones sobre la implementación de la Política en la institución y se plantean unas recomendaciones para la alta dirección y demás estamentos que puedan motivar e intervenir para continuar el proceso de implementación, además de fortalecer el desarrollo del Programa, tendientes a mejorar la adherencia y fidelidad de los colaboradores hacia el mejoramiento de la misma.

En esta búsqueda, Colombia ha propiciado que se implementen líneas de acción y diversas estrategias como parte de los lineamientos de la Política Nacional de Seguridad del Paciente, direccionando políticas institucionales a través de programas de seguridad, que garanticen una atención segura, disminuyan el riesgo en la atención brindada a los pacientes y se prevenga la ocurrencia de eventos adversos; sin embargo, en estos esfuerzos es importante determinar cómo ha sido la implementación y su ejecución en la práctica, frente a los resultados de seguridad para el mejoramiento continuo de la calidad.

Se anexan varios documentos, como el modelo de entrevista, las hojas de trabajo y de codificación de los resultados y otros documentos, que buscan soportar todo el proceso de investigación y que pueden servir de material de estudio para entidades similares.

2 ANTECEDENTES

El análisis de los Programas de Seguridad del Paciente se ha constituido en un tema de referencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, con mayor énfasis en los servicios asistenciales y se le ha dado mayor importancia en los últimos años considerándose en la actualidad, un derecho de los pacientes. La Seguridad del Paciente debe indicar las acciones dirigidas a eliminar, reducir y/o mitigar los Efectos Adversos producidos como consecuencia de la atención en salud. En este sentido, se considera Eventos Adversos a cualquier acontecimiento producido durante el proceso asistencial que suponga consecuencias negativas para el paciente y con resultados que se expresen en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales.

En este proceso se debe resaltar el esfuerzo que se debe realizar para cambiar o eliminar las costumbres, mitos y tradiciones que tienen los funcionarios que por varios años han laborado en el sistema de salud y que pueden presentar reacciones al cambio. Pero que con adecuadas metodologías de capacitación y de re inducción, pueden tener efectos favorables en mejorar la adherencia a las guías y protocolos que se implementen en las respectivas Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Se han realizado comparaciones entre la mortalidad hospitalaria, que es muy alta con la extra-hospitalaria, por lo cual se coloca de manifiesto el hecho, de que la atención en salud tiene la posibilidad de producir consecuencias indeseables. Se debe tener en cuenta que la atención en salud es cada vez más compleja; los procesos asistenciales suponen una

combinación de actuaciones, tecnologías e interacciones humanas de varios profesionales significando un riesgo creciente de Evento Adverso y perjuicios involuntarios para el paciente.

Actualmente, el impacto de los Evento Adverso sobre la salud no es demasiado excesivo, pero si significativo, independientemente de su gravedad; aunque la mayoría podrían ser evitados, por lo que existe la necesidad de establecer las convenientes estrategias preventivas que resulten recomendables y eficaces. También debemos resaltar la gran cantidad de normas que el gobierno expide con regularidad, y que las personas que laboran dentro del sistema deben estar al tanto para poder estar actualizadas, y ejerciendo las competencias propias de su labor.

A nivel mundial:

El término de Seguridad del Paciente, data alrededor del siglo XVII A.C. donde era tenido en cuenta como acto punitivo; en los años 50`s, vuelve a surgir, pero tampoco es relevante; y sólo a principios del nuevo milenio (2000), es donde toma fuerza y se empodera en los servicios de salud con la creación por parte de la OMS, de la resolución WHA55.18 que exhortaba a los Estados Miembros a que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria ⁽¹⁾.

La seguridad del paciente surge como una necesidad para disminuir los Eventos Adversos ocurridos y es solo hasta 1999 cuando el instituto de medicina (IOM) en EE UU publicó el informe del proyecto: —To Err is Human: Building a Safer Health System el cual señala que se mueren más pacientes por errores médicos que por accidentes automovilísticos,

cáncer de mama o SIDA⁽²⁾. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que solo en los Estados Unidos de América alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica⁽³⁾.

En relación al programa de Seguridad del Paciente se han adquirido diferentes datos que se han aportado a nivel mundial sobre Eventos Adversos, por lo cual la decisión de mejorar la Salud Pública se ha convertido en una estrategia prioritaria de las políticas de calidad de todos los sistemas sanitarios.

El lema de “Una atención limpia es una atención más segura”, primer reto, lanzado en el año 2005 y cuyo objetivo era alcanzar un reconocimiento universal sobre el control de las infecciones, constituye una base sólida y esencial en la Seguridad del Paciente, así como reducir las infecciones relacionadas con la atención en salud y sus consecuencias.

A nivel de Latinoamérica:

El Proyecto IBEAS ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú; este proyecto ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para conocer la prevalencia de Eventos Adversos en hospitales, desarrollar metodologías comparables internacionalmente y de fácil aplicación, y capacitar grupos de evaluadores. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debido a riesgos en los cuidados sanitarios.

La tarea desarrollada en el proyecto IBEAS ha sido de gran magnitud, en él participaron 58 centros de 5 países de América Latina, llegando a analizar un total de 11.555 pacientes hospitalizados. Conformado por equipos de investigadores de los 5 países participantes, liderados técnicamente por el equipo de expertos investigadores de España, cuya guía y dirección fue esencial en el fortalecimiento de la masa crítica de profesionales cualificados en Seguridad del Paciente en América Latina ⁽²⁾.

A nivel de Colombia:

El principal ente colombiano que promueve la Seguridad del Paciente es el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Es así como el artículo 153 de la ley 100 de 1993, propone dentro de sus principios el de calidad y lo define indicando que “los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”.

Para el año 2008, el Ministerio de Salud con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad, comenzando así con la implementación de dichas prácticas, las cuales se han actualizado y verificado constantemente con el fin de perfeccionar y mejorar la atención en salud ⁽⁴⁾.

La seguridad, calidad, eficiencia y eficacia son palabras que en los últimos años se han introducido en el vocabulario del personal prestador de servicios de salud, sin embargo, se corre el riesgo de perder su verdadero significado y aplicabilidad al no implementarse a nivel organizacional diferentes programas enfocados en garantizar servicios con altos estándares de calidad y que conlleven a una implementación, divulgación, seguimiento y estandarización de procedimientos de alto nivel.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud en Colombia a través de sus componentes busca que las instituciones le brinden seguridad a los pacientes durante su atención médica; siendo este un requerimiento de obligatorio cumplimiento explícito en la Resolución 2003 de 2014.

Los objetivos de los programas de seguridad del paciente implementadas en todas las instituciones prestadoras de salud son: Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de Seguridad del Paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria; Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente; Implantar a través de convenios con las entidades académicas y de investigación proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en áreas específicas. Con estos objetivos, establece como una de sus estrategias prioritarias mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en todos los sectores del sistema de salud.

Colombia, Caldas y la ciudad de Manizales no son ajenas a esta tendencia mundial de atención en salud segura y de calidad, por tal motivo las instituciones de salud apuntan hacia la acreditación en salud con altos estándares de calidad entre los cuales, la seguridad del paciente es un punto clave. Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en él.

3 ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

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 este convirtiéndose, sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar, ni tampoco se evalúa el proceso de la atención en salud que, al fallar facilita la ocurrencia de tales situaciones. En los servicios de salud la calidad se ha convertido en una ventaja competitiva para las organizaciones hospitalarias, esto hace que las personas busquen y exijan cada vez más la calidad y excelencia en los servicios ofertados, lo que hace esencial el desarrollo de una cultura organizacional y de seguridad en la atención a los pacientes.

Por tanto, la seguridad del paciente es considerada como un componente crítico de la calidad asistencial, ya que esto puede profundizar el conocimiento sobre la cultura de seguridad de una institución con un enfoque en la gestión del riesgo ⁽⁵⁾.

Frente a lo anterior surgió la pregunta de investigación ¿Cuáles son las características de la implementación de los programas de seguridad del paciente, en las instituciones prestadoras de salud de baja complejidad en la ciudad de Manizales, 2015-2018?

Para dar respuesta a esta pregunta, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la seguridad del paciente en la atención en salud, que reportara resultados sobre la implementación de algún programa de seguridad del paciente. Es de resaltar que no se obtuvieron artículos que realizara el análisis de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en forma general, por el contrario se encontraron análisis de las estrategias en forma individual, como es el lavado de manos, listas de chequeo, notificación de eventos adversos, identificación de infecciones asociadas a la atención en salud, autocuidado, bioseguridad, cultura de la seguridad del paciente, entre otros.

Se encontraron estudios relacionados con la Seguridad del paciente de tipo cualitativo, descriptivo y revisiones sistemáticas. En la clasificación global de la evidencia, se

identificó el 31,82% de revisiones con evidencia fuerte, el 18,18% con evidencia moderada y 50% con evidencia débil. Ver tabla 1.

Tabla 1 Clasificación global de la evidencia de estudios relacionados con la Seguridad del Paciente.

Clasificación	N°	%
Débil	22	50
Moderada	8	18.18
Fuerte	14	31.82
Total	44	100

Se identificó que las revisiones sistemáticas realizan un enfoque en las estrategias de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, pero carecen de un análisis de los resultados de la implementación de estas en forma general.

Finalmente, los estudios que evaluaban el clima o la cultura en seguridad del paciente son los más representativos (47,7%), seguidos por los que analizan los eventos adversos, seguridad del paciente (15,9%) y guías de buenas prácticas de seguridad del paciente con el 11,36%. Ver tabla 2.

Tabla 2 Estudios relacionados con temas en Seguridad del paciente.

Estudios	N°	%
Revisión sistemática de la evaluación de la calidad de la atención.	1	2.27
Carga de trabajo y seguridad del paciente	1	2.27
Trabajo en equipo y seguridad del paciente	1	2.27
Lavado de manos y seguridad del paciente	2	4.54
Bioseguridad y seguridad del paciente	1	2.27
Clima / Cultura de seguridad y Seguridad del Paciente	21	47.7
Administración de Medicamentos y Seguridad del Paciente	3	6.81
Eventos Adversos y Seguridad del Paciente	7	15.9
Guía en Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente	5	11.36
Dispositivos Médicos y Seguridad del Paciente	1	2.27
IAAS y Seguridad del Paciente	1	2.27

Esto permite evidenciar la ausencia de estudios cuyo objeto sea la implementación de los Programas de Seguridad del Paciente de manera global; a pesar que es un tema de gran importancia en los procesos de calidad en las instituciones de salud. Existen programas

relacionados con la Seguridad del Paciente que abordan aspectos puntuales en la prestación del servicio, pero no se aborda de manera integral la implementación de tales programas, son éstos las estrategias para la Operacionalización de las Políticas sobre la calidad de la atención en salud.

4 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre de 2004 declaró la seguridad en los servicios de salud como “un problema de salud pública mundial”, esto con base en los estudios internacionales, que arrojan porcentajes importantes donde las causas principales de eventos adversos son ocasionados en la atención en salud y la mayoría de estos se podrían considerar evitables.

Uno de los propósitos de la política de seguridad del paciente como prioridad mundial, nacional, regional e institucional, es encontrar las acciones que en los Programas de Seguridad del Paciente contribuyan a disminuir la ocurrencia de eventos adversos dentro de la institución y así, reducir los costos de la no calidad, que para la institución están representados en el aumento de la estancia hospitalaria, una mayor utilización de medicamentos y dispositivos médicos, la pérdida de prestigio y costos causados por acciones legales y para el paciente, aumento de días de incapacidad, secuelas temporales o permanentes, pérdida de confianza en la institución y mayor probabilidad de enfermar y/o morir. ⁽⁴⁾

En este contexto, la Seguridad del Paciente, es un tema de interés Mundial, que en los últimos años ha recibido gran importancia tanto para los actores del sistema de salud que desea ofrecer una atención segura, efectiva y eficiente, como para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados de salud recibidos.

Por tanto, el presente estudio desde el punto de vista científico, aporta a las necesidades que hoy subyacen en investigación en calidad por su novedad, siendo un tema poco abordado y su medición se realiza en función de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas de Baja Complejidad.

Es de utilidad, porque sus resultados serán la línea de base de la implementación del programa en las instituciones, que favorecerá la toma de decisiones que redundará en el mejoramiento continuo de los procesos, entorno a la Atención Segura de los Pacientes.

Es pertinente, puesto que el tema a investigar, tiene una estrecha conexión con el objeto de estudio de la Maestría en Gestión de la Calidad en Salud y con la línea de investigación en Políticas y Sistemas de Salud, que permite la transferencia de conocimiento en la comunidad científica y en los diferentes actores involucrados en la prestación de servicios de salud.

5 REFERENTE TEÓRICO

5.1 Conceptual

5.1.1 Implementación de las Políticas Públicas

Las políticas públicas siempre necesitan un proceso de implementación, que puede resultar difícil por las diferencias encontradas desde su planteamiento, pues se puede cuestionar si su enfoque es mejorar un problema específico donde se conoce su origen y su posible solución, o si se trata de documentación que solo expone las necesidades de un país, además debe considerarse los diferentes factores que pueden intervenir en la implementación de cualquier política. Puede encontrarse que una política puede ser más efectiva cuando busca cambiar sucesos o cosas menores que las que desean impactar con cambios grandes, debido a que se puede conocer mejor los diferentes actores o factores que interfieren en forma directa o indirecta, y que pueden favorecer o evitar el cumplimiento de los objetivos planeados.

Según E. Bardach “es bastante difícil diseñar políticas públicas y programas que se vean bien en el papel. Es aún más difícil formularlas en palabras y lemas que suenen bien a los oídos de los líderes políticos y de sus electores. Y es insoportablemente difícil implementarlas de manera que satisfaga a todos, incluyendo a los supuestos beneficiarios o clientes” (7)

El desarrollo de las políticas públicas se viene dando en los últimos años, a través de decisiones de los gobiernos, que se han valido del desarrollo de normas legales como la implementación de Leyes Estatutarias, Resoluciones, Decretos y otras, expedidas por el órgano legislativo, y que se constituyen en herramientas necesarias para poder hacerle frente a las diferentes problemáticas sociales y económicas. Estas normas luego de implementarse, deben analizarse y calificarse los objetivos logrados a través del tiempo, para poder determinar qué tan efectivas son las medidas tomadas y que impacto han logrado en la comunidad.

El enfoque Top Down y Botton Up^{(7),(8)} son modelos básicos para analizar la implementación de políticas públicas. El modelo Top Down se recomienda cuando se encuentra en presencia de cambios de carácter incremental, la tecnología o los medios para conseguir los resultados es conocida, el entorno es estable, el nivel de conflicto sobre los objetivos es bajo y las instituciones tienen bien definidas sus competencias, mientras que el modelo Botton Up es recomendable en los supuestos contrarios, en políticas innovadoras, tecnologías poco claras, hay conflicto en los objetivos y hay necesidad de negociación entre los actores, ambos modelos nos permite construir un paralelo de acuerdo a la toma de decisiones, la ejecución, la implementación, el diseño de la política, los objetivos de la política, las administraciones y la sociedad como se muestra en la tabla 3

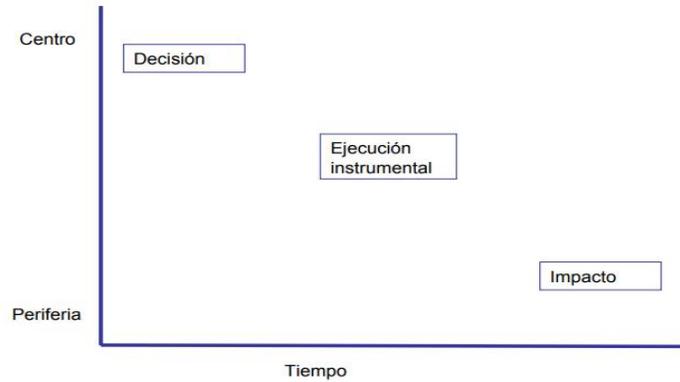
Tabla 3 Características del modelo Top Down y Botton Up.

	TOP DOWN	BOTTON UP
Toma de Decisiones	Los actores centrales o actores políticos.	Existe un nivel macro de la implementación, se concibe una intervención en el nivel central.
	Lo esencial es la toma de decisión, el resto se reduce a un asunto de ejecución en la periferia.	El enfoque da excesivo énfasis a la política local. Es positivo que el nivel central pueda poner límites o marcos.
Ejecución	En condiciones normales, la ejecución es un arte menor.	La población directamente afectada por la política y los técnicos de la administración son los actores principales, pues la política en definitiva se desarrollará en ese ámbito social.
Implementación	Se minimizan aquellos aspectos que impliquen que la decisión no sea adoptada tal como fue concebida.	El nivel micro de la implementación son sujetos u organizaciones locales que reaccionan ante los planes macro.
Diseño de la política	No son perfectas	
Objetivos de las políticas	Suelen ser múltiples, contradictorios y ambiguos.	Si no existe coherencia entre los objetivos del nivel central y los elaborados en el nivel local, las políticas públicas nacen distorsionadas.
Administraciones	Nunca son transparentes ni racionales.	
La Sociedad	Mundo hostil y contradictorio	

Fuente: Adaptado a partir de Revuelta Vaquero B, Implementación de políticas públicas.

El enfoque Top - Down inicia con el análisis de la toma de decisiones, posteriormente analiza cual ha sido el impacto de los objetivos en el tiempo como se muestra en grafico 1.

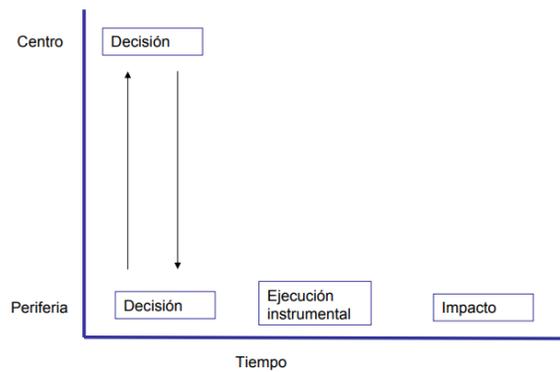
Gráfico 1 Modelo Top – Down.



Fuente Rosas, JB. Políticas Públicas. Implementación y viabilidad política'

El enfoque Bottom – Up inicia desde el nivel más bajo del proceso de implementación como parte de la fortaleza de la comprensión el sistema como elemento primordial para el análisis de la implementación, la investigación se construye de abajo hacia arriba, describiendo en cada nivel el efecto del comportamiento de la política y los recursos indispensables para lograr los objetivos a través del tiempo. Grafico 2.

Gráfico 2 Modelo Botton - Up



Fuente: Rosas, JB. Políticas Públicas. Implementación y viabilidad política'

5.2 Política de Seguridad del Paciente

A lo largo de la historia, se evidencia como la atención en salud no tenía consigo ninguna intención de causar situaciones adversas a los pacientes atendidos, sin embargo, era notorio como la falta de conocimiento ante los riesgos a que se enfrentaban diariamente durante el proceso de atención y la ausencia de intervenciones oportunas y efectivas daban lugar a la aparición de eventos adversos.

La atención y enfoque por la seguridad del paciente no es reciente, desde los años 90 el estudio realizado por Brennan sobre la incidencia de eventos adversos y negligencias “*To err is human*”, pone en evidencia como entre 44 mil y 98 mil norteamericanos fallecen anualmente debido a fallas y errores cometidos en la atención en Salud, relación que se presentó comparado con muertes por accidentes de automóvil, SIDA, entre otros, donde la prevalencia se marcaba significativamente en los errores presentados en la atención Sanitaria. Debido al gran interés que despertó la problemática de Seguridad del paciente a nivel nacional e internacional, en noviembre de 2003 se creó la Alianza Internacional en pro de la seguridad del paciente, que reúne a diferentes países, organismos interesados y expertos en torno al objetivo de promover la seguridad del paciente ⁽³⁾.

Con esta Alianza, se percibe la tendencia mundial hacia la búsqueda del mejoramiento en la calidad de vida del paciente, donde los profesionales del área de la salud son más conscientes y responsables de ofrecer una mejor atención y más segura, considerando la Seguridad del Paciente como una característica inherente a la atención en salud, que busque minimizar los riesgos y prevenirlos ⁽⁹⁾. El Sistema de Salud a raíz de los errores cometidos y el costo en salud que se han generado, inicia la elaboración de procesos de atención centrados en el paciente, cuyo objetivo principal es la detección de riesgos, planeación, seguimiento y mejora continua, involucrando de manera activa a todos los actores que participan en el proceso de atención con el fin de contribuir al logro de atenciones seguras.

Este movimiento mundial ha propiciado que en los diferentes países se establezcan políticas públicas y programas relacionados con la Seguridad del Paciente, que direccionan todas las

acciones en lograr una prestación del servicio bajo condiciones que permitan el control y mitigación de los riesgos propios de la atención en salud, para lograr sistemas de salud más seguros y altamente confiables.

La Organización Mundial de la Salud, define la Seguridad del Paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro ⁽¹⁰⁾.

Colombia a través de Ministerio de Salud y la Protección Social, cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente (SP), los lineamientos para la implementación y la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, que asume la Seguridad del Paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propende minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias⁽¹¹⁾.

Entre los principios que orientan todas las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente podemos mencionar: ⁽¹⁴⁾

Enfoque de Atención Centrada en el Usuario: se refiere a que los resultados logrados con la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, aumenta la calidad en la atención y mitiga los riesgos de presentarse sucesos adversos.

- **Cultura de Seguridad:** Debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre usuarios, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de estos actores responsabilizarse de las condiciones que permita obtener dicho ambiente.

- **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud:** La Política de Seguridad del Paciente es un componente del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención de la Salud que integra a todos sus componentes.
- **Multicausalidad:** El problema de Seguridad del Paciente tiene un origen sistémico y multicausal e involucra los diferentes actores del Sistema de Salud y las diferentes áreas de las instituciones prestadoras de salud.
- **Validez:** Se requiere de implementación y metodologías prácticas para impactar positivamente la Seguridad del Paciente, con base en la evidencia científica encontrada.
- **Alianza con el Paciente y su Familia:** La Política de Seguridad del Paciente debe involucrar a las familias y al paciente en sus acciones de mejora.
- **Alianza con el Profesional de la Salud:** La Política de Seguridad surge del reconocimiento de principio ético en la atención prestada a los usuarios por el equipo profesional en salud y de la complejidad de estos procesos, por tanto debe haber una participación activa de los mismos y evitar el señalamiento injustificado.

(6)

Al desarrollar la Política de Seguridad al interior de las instituciones se debe buscar la obtención de resultados claros, perceptibles y que sean medibles, que permitan al usuario y sus familias entornos y servicios seguros con mejor calidad, evitando o minimizando cada vez más la incidencia de eventos adversos.

El Ministerio de Salud define 4 elementos estratégicos en su Política, cuya finalidad es lograr mejoras con relación a temas de Seguridad del Paciente así: ⁽¹⁴⁾

- **Estrategia Educativa:** Cuya intención es la multiplicación de la Política de Seguridad que genere acciones dirigidas al paciente, familia y comunidad, educación a verificadores de habilitación para gestión de riesgo y motivación a nivel

universitario para formación e investigación en temas relacionados con Seguridad del Paciente.

- **Estrategia de promoción de herramientas organizacionales:** Motiva la generación de estudios de prevalencia en Prestadores de salud y Aseguradoras, incentiva el reporte de eventos intrainstitucional y extrainstitucional, análisis de casos y generación de rondas de seguridad.
- **Estrategia coordinación de actores:** Incentiva la creación de comités técnicos, trabajo en equipo entre aseguradores y prestadores, incentivos relacionados con Seguridad del Paciente y plan de acción de organismos de Vigilancia y control frente a la Política de Seguridad.
- **Estrategia de información:** Se propone la creación de plan de medios, la divulgación y socialización de experiencias exitosas y generación de alertas de seguridad.

En cuanto a las pautas para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, contenidos en “**Los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente**” de junio de 2008 y las normas complementarias Decreto 1011 de 2006 ⁽¹¹⁾, Resolución 2003 de 2014 ⁽¹⁵⁾, Resolución 2082 de 2014 ⁽¹⁶⁾, Resolución 0256 de 2016 ⁽¹⁷⁾, indican que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben contar con un Programa de Seguridad del Paciente, que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:

1. **Planeación estratégica de la seguridad:** una Política de Seguridad del Paciente documentada, socializada e implementada en la Institución.
2. **Fortalecimiento de la cultura Institucional.** Realización de capacitaciones y entrenamiento al personal de la institución en temas de Seguridad del Paciente y en la identificación de los principales riesgos en los servicios.
3. **Medición,** análisis, reporte y gestión de los eventos adversos. Es necesario contar con un sistema seguro de reporte de eventos adversos, la implementación de barreras de seguridad que permitan minimizar los riesgos en la prestación del servicio.

4. **Procesos seguros.** A través de los indicadores de seguimiento a riesgos, su análisis e intervención cuando no se da cumplimiento a las metas establecidas.

Cuando se refiere a la implementación del Programa de Seguridad del paciente, con frecuencia se encuentra diferencia entre lo que se pretende implementar y lo que se termina ejecutando en términos de impacto. La implementación en todo programa debe incluir 6 pasos, así: ⁽¹²⁾

- 1) **Identificación de las intervenciones:** En esta etapa se identifican los programas existentes y los programas faltantes. Este paso es necesario para garantizar la coherencia externa y la observación de áreas o proyectos sin intervención. Para verificar los programas existentes se debe revisar la información, la cual se debe solicitar a cada área encargada y de acuerdo a los hallazgos listar los programas en ejecución o diseño, dando claridad a cuál es el problema por resolver y como se manejará. La presentación de esta información debe ser sistematizada y presentada en relación de problema/solución.
- 2) **Formulación del programa:** En este paso se elaboran los objetivos que deben ser coherentes con la política de Seguridad del Paciente, se plantean las metas estableciendo de manera inicial la línea de base, donde el programa debe contribuir de manera directa al logro de las metas inicialmente propuestas; se establecen los indicadores de producto e impacto siendo éstos cuantificables y verificables de acuerdo a los objetivos propuestos para el logro de las metas del Programa y la Política de Seguridad del Paciente, al igual que la proyección del costo a nivel administrativo, de recursos materiales, tecnología, recursos financieros y recursos humanos, intentando ofrecer siempre eficiencia y eficacia para el logro de las metas propuestas. Estos programas deben ser implementados a nivel económico y organizacional, viables a nivel social y administrativo y técnicamente factibles.
- 3) **Conservar la Coherencia:** Consiste en mantener la coherencia interna (evaluación de instrumentos de intervención con objetivos propuesto) y coherencia externa (evaluación de coherencia interna con el resto de intervenciones planteadas a nivel Nacional para el

cumplimiento de las metas), logrando altos estándares de calidad antes de iniciar su ejecución. Este paso garantiza que las intervenciones realizadas tengan un impacto positivo sobre el problema planteado inicialmente.

4) **Evaluación ex - antes del programa:** Evalúa el impacto y el costo que representa el programa a implementar con relación a la solución del problema y logro de las metas, y su realización se hace antes de la ejecución de ésta. La intención es priorizar aquellos programas que sean eficaces y representen menor costo y se realicen durante el tiempo estipulado, para ello es necesario trabajar con un mismo indicador de impacto que a su vez permita establecer comparación. Al generar la evaluación de costo se deben tener en cuenta todos los costos involucrados para el cumplimiento de los objetivos propuestos, tales como los de origen financiero, de operación, de mantenimiento, etc.

5) **Ratificación de la implementación:** Se presenta el programa ante el Comité evaluador para posterior selección y ratificación del programa. En la presentación es de suma importancia informar que el cumplimiento de los objetivos tiene viabilidad en su ejecución. Una vez aprobado el programa, se inicia el trabajo en las fases de negociación, construcción de instrumentos, difusión y ejecución.

6) **Negociación multinivel y convenios:** En esta etapa se realizan convenios y elaboración de instrumentos. Se inician los procesos de negociación con otras instancias o entes de control para llegar a acuerdos de cooperación, financiamiento y coordinación. Una vez realizados los acuerdos y compromisos, se vuelven tangibles mediante los convenios elaborados de manera formal, que permitirán materializar los objetivos propuestos mediante la elaboración de un plan de trabajo que involucre a todos los actores. Una vez sean llevados a cabo los procesos descritos anteriormente, se finaliza con la ejecución del programa o proyecto, el cual a su vez tiene 2 pasos como son: **La implantación** que corresponde a la difusión y elaboración de modelos de gestión entre todos los actores involucrados con la finalidad de llevar a cabo los objetivos propuestos, y **la puesta en marcha del proyecto**, que corresponde a volver operativas las actividades propuestas inicialmente, para ello es necesario lograr coordinación no solo a nivel administrativo, sino también a nivel externos con los diferentes actores que intervengan en el despliegue, implementación o ejecución del programa.

6 NORMATIVO

La Constitución Política de Colombia define en su artículo 48 “Garantizar a todos los habitantes del país el derecho irrenunciable a la seguridad social y a la salud, por lo cual el Estado deberá ampliar progresivamente la cobertura de seguridad social y deberá subsidiar a quienes, por escasez de recursos, no tiene acceso a los servicios de salud”⁽¹⁸⁾.

Ley 100 de 1993, estableció en su artículo 153 en el numeral 9º que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. En el artículo 173 destaca dos funciones centradas a la Garantía de la Seguridad del Paciente en el proceso de atención en una Institución Prestadora de Salud: Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República. Expedir y dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Administradoras de Planes de Beneficios y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las Direcciones Territoriales, Distritales y Locales de Salud, así como la evaluación de ellas⁽¹⁹⁾.

El Decreto 4445 de 1996 del Ministerio de Salud establece las normas sanitarias que deben cumplir las instituciones hospitalarias y similares durante el proceso de atención. En marzo de 1997 la Resolución 0741 del Ministerio de Salud define la obligatoriedad de los prestadores de salud en definir y desarrollar los procesos que garanticen la seguridad personal y protección de los usuarios⁽²⁰⁾.

La ley 715 del año 2001 imparte competencias de la Nación en el sector salud, como es la de definir en el primer año de vigencia de la presente Ley, el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de

Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ⁽²¹⁾.

Decreto 4110 del 09 de diciembre de 2004, se reglamenta la Ley 872 de 2003 y en su artículo 1° adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 de 2003 ⁽²²⁾.

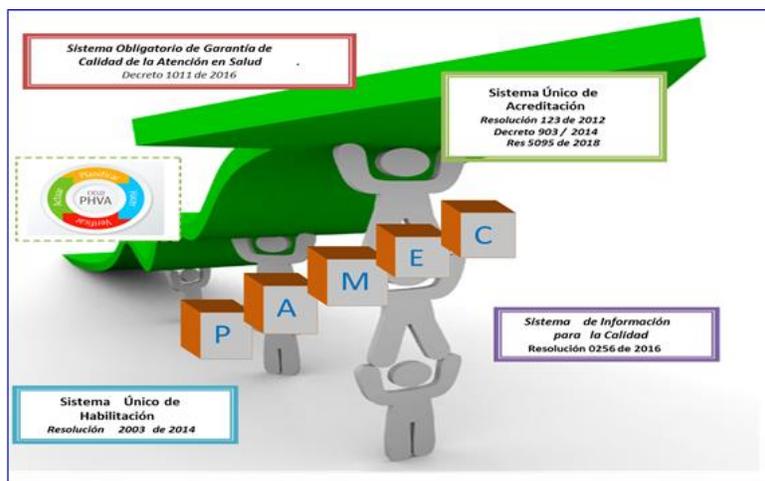
El Sistema Único de Acreditación en Salud, en el año 2005, introdujo como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevó voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un Programa de Seguridad del Paciente ⁽¹⁶⁾.

Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 se establece el **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGC)**, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. ⁽¹¹⁾. Este Decreto establece la Seguridad como un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas probadas que propenden por disminuir el riesgo de presentar un Evento Adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Lo fundamental para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud es aumentar los resultados favorables en el proceso de la atención en salud en el paciente y evitar que el usuario sea afectado de los riesgos asociados a la atención en salud, promoviendo el mejoramiento de la calidad a través de incentivos correspondientes a obtener prestigio e incentivos económicos a las Instituciones que alcancen el cumplimiento de estándares de excelencia.

Componentes del SOGC (Decreto 1011 de 2006)

Componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.



Fuente: Elaboración propia.

Como puede observarse la Seguridad del paciente con su finalidad de lograr atenciones y procesos seguros a través de la gestión del riesgo al interior de las instituciones, se convierte en un eje transversal en el SOGCS, para ello se debe garantizar el cumplimiento de condiciones de habilitación para lograr instituciones con infraestructuras seguras durante el proceso de atención, la auditoría para el mejoramiento de la calidad logra generar procesos continuos que permitan evaluar la calidad observada Vs la calidad esperada; a través del sistema de información se logra la notificación de indicadores cuyo objetivo es identificar la presencia de eventos adversos y permite a las instituciones la elaboración de mecanismos para prevenir, minimizar y/o eliminar la presencia de éstos, por último se encuentra la Acreditación en salud que se fundamenta en atenciones seguras centradas en el usuario y sus familias.

En el Artículo 3 se enuncian las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con el fin de mejorar y evaluar la calidad de la atención en salud, las cuales son:

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.

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.

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.

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.

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 ⁽¹¹⁾.

Resolución 1043 de 2006 (3 de abril) exige en los estándares de habilitación el seguimiento a riesgos institucionales relacionados con procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que ofrece la institución. Implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, teniendo en cuenta:

Capacidad tecnológica y científica: comprende los estándares de infraestructura y de procesos que debe cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios por cada uno de los servicios que presta y que son necesarias y suficientes para reducir los riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, compuesta por talento humano, infraestructura, instalaciones físicas y de mantenimiento, dotación de equipos médicos y cumplimiento de mantenimiento de los mismos, dotación de medicamentos e insumos médicos para uso humano y su gestión adecuada, procesos prioritarios asistenciales, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos presentados durante la atención de los servicios en salud.

Suficiencia patrimonial y financiera: es tener en cuenta y cumplir con las condiciones que permitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios en salud en el mediano plazo.

Capacidad técnico administrativa: Cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con relación a la existencia y representación legal de acuerdo a su naturaleza jurídica y el cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros tendientes a demostrar que la Institución Prestadora de Servicios en salud cuenta con un sistema contable para generar los estados financieros teniendo en cuenta las normas contables actuales ⁽²³⁾.

Resolución 1445 de 2006, se establece **los estándares de acreditación** dirigidos hacia 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. Las funciones de las entidades acreditadoras y el sistema de evaluación por servicios se divide de la siguiente manera: Manual de Estándares de acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Manual de Estándares para las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud Hospitalarias, Ambulatorias, Laboratorios Clínicos, Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología, Servicios de salud de habilitación y Rehabilitación ⁽²⁴⁾.

Resolución 1446 de 2006, establece a nivel del **sistema de información** de monitoria interna el seguimiento de los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Adopta los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud, brinda información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrece insumos para la referenciación por calidad que permite materializar los incentivos de prestigio del sistema ⁽²⁵⁾.

Resolución 030 de 2006 (19 de Mayo). Imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. El Sistema Obligatorio de

Garantía de Calidad en Salud, ha definido los procesos de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos; y lograr la adherencia y satisfacción de los usuarios ⁽²⁶⁾.

Decreto 4747 de 2007 (7 de diciembre): Con este decreto el Ministerio de Salud y Protección Social regula los aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las Empresas responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo ⁽²⁷⁾.

Ley 1122 de 2007 (enero 9) por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de servicios a los usuarios. Hace reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control, la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios en salud ⁽²⁸⁾.

Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia (Resolución 0112 de 2012) 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: ⁽¹⁴⁾.

- El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por 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.

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, 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.

Las Guías Técnicas de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente se expiden en el año 2010, se colocó a disposición una guía con 30 buenas prácticas recomendadas para procesos institucionales seguros, 8 buenas prácticas recomendadas para procesos transversales institucionales y 16 buenas prácticas para procesos asistenciales seguros. En dichas guías se hace referencia a las buenas prácticas para disminuir infecciones, para realizar cirugías seguras, para asegurar la administración de medicamentos, etc., al igual que 4 buenas prácticas para incentivar las mejores prácticas de los profesionales en salud y 2 buenas prácticas para involucrar a los pacientes y la familia ⁽²⁹⁾.

Ley 1438 de 2011 (enero 19) por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el fortalecimiento del mismo a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de atención primaria en salud permita 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, incluyente y equitativo, donde el centro y el objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país... ⁽³⁰⁾.

La Circular 05 del año 2012 del Ministerio de Salud emitida en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud cuya intención es el fortalecimiento de la estrategia de Maternidad Segura con la adopción de la Guía Técnica de Buenas Prácticas para el Binomio Madre-Hijo ⁽³¹⁾.

La Resolución 2679 del 3 de agosto de 2007 del Ministerio de la Protección Social, conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud que promueve, apoya estrategias y da recomendaciones con relación a los temas de la Calidad de la atención en Salud y la Seguridad del paciente en el territorio Colombiano ⁽³²⁾.

La Resolución 123 de 2012 modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, cuya finalidad fue establecer el Manual de acreditación en salud Hospitalario y ambulatorio, reafirmando la importancia que para el SOGCS tiene la Seguridad del Paciente y la atención centrada en el usuario ⁽³³⁾.

Resolución 2003 de 2014 (30 de Septiembre). Esta resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de Servicios de Salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Establece la Autoevaluación de habilitación de servicios en salud en los siguientes momentos: De manera previa a la inscripción del prestador y habilitación de los servicios. Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador y antes de su vencimiento. De manera previa

al reporte de las novedades señaladas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud ⁽¹⁵⁾.

El manual de acreditación ambulatorio y hospitalario fue adoptado por **la Resolución 2082 de 2014** que determina requisitos en Seguridad del Paciente mucho más exigentes, porque no es solamente que las instituciones adopten una Política de Seguridad del Paciente, sino, que se encuentre formulada, implementada y evaluada con medición continua de la cultura de seguridad, siendo éste un atributo de calidad en el sistema único de acreditación ⁽¹⁶⁾.

En enero de 2015 se da la actualización de la Norma técnica de calidad con las 30 buenas prácticas recomendadas y salieron una serie de herramientas que corresponden a los 24 paquetes Instruccionales, cuya finalidad era facilitar la implementación de buenas prácticas que estaban muy centradas en las prácticas primarias básicas, generándose de esta manera un avance muy importante en la concepción de Seguridad del Paciente en Colombia ⁽³⁴⁾.

Ley 1751 de 2015 (febrero 16) Ley estatutaria de salud por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se establece sus mecanismos de protección. El derecho fundamental es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, para lo cual el estado establecerá políticas para asegurar la igualdad del trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de todas las personas acorde al artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, coordinación y control del Estado ⁽³⁵⁾.

La Resolución 0256 del año 2016 se dictan disposiciones con relación **al Sistema de Información para la Calidad** y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, cuya finalidad es mejorar la atención y la seguridad en la atención a los

pacientes; además, mediante la Circular 012, la Supersalud imparte las directrices en lo relacionado con PAMEC (Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad) y SIC (Sistema de información para la Calidad) ⁽¹⁷⁾.

7 CONTEXTUAL

Esta investigación se desarrolla en la ciudad de Manizales, capital del Departamento de Caldas, ubicada en el centro occidente de Colombia, sobre la cordillera central de los Andes, cuenta con una población de aproximadamente 398.874 habitantes de acuerdo a las proyecciones demográficas oficiales para el año 2017, fundada por colonos antioqueños, hoy es una ciudad con actividades económicas, industriales, culturales y turísticas. Manizales cuenta con barrios agrupados en once comunas y la zona rural está conformado por 7 corregimientos los cuales se dividen en veredas. La ciudad cuenta con una densidad de aproximadamente 0.6 habitantes por kilómetro cuadrado, teniendo en cuenta al poco espacio adaptable para construir que deja la topografía. El 47,1% de la población son hombres y el 52,8% son mujeres ⁽³⁶⁾.

En cuanto a los prestadores de servicios de Salud, Manizales cuenta con 328 Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud identificadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud, de acuerdo a su naturaleza jurídica 3 son de carácter Público, 324 de carácter privado y 1 institución mixta, de las cuales 13 cuentan con servicio de urgencias, 14 con hospitalización adulto general, 3 con servicio de obstetricia y 7 con hospitalización pediátrica ⁽³⁷⁾.

En el primer nivel de complejidad y que corresponde a Empresa Social del Estado se encuentran dos IPS, solo una cuenta con servicio de urgencias, hospitalización general adultos, pediatría y obstetricia, en el cual se desarrollará la propuesta de investigación.

Esta IPS es una entidad pública descentralizada, de orden Municipal, de categoría especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Su objeto es la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención y los servicios complementarios que de acuerdo a su capacidad instalada pueda desarrollar. En consecuencia, presta servicios correspondientes al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Plan obligatorio de Salud y los demás servicios incluidos en los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo a su capacidad de resolución.

Igualmente actúa como un centro de investigación, adiestramiento y formación del recurso humano requerido por el sector salud, para lo cual coordina estas acciones con entidades de formación técnicas, tecnológicas y profesionales, de tipo Públicas y Privadas.

Como Empresa Social del Estado, la institución está comprometida con la atención en salud en el municipio de Manizales, siendo la única IPS con una cobertura urbana y rural, contando entre otros con los siguientes servicios:

Consulta externa:

- Consulta médica general.
- Consulta Médica Programada.
- Consulta Preferencial para población de ventanilla preferencial.
- Controles de pacientes de programas.
- Consulta prioritaria en las sedes habilitadas con este servicio.

Salud oral:

- Actividades de promoción, curación y rehabilitación acorde con el nivel de complejidad.
- Atención de urgencias odontológicas.

Servicio de urgencias

- Atención de las urgencias solucionables por médico general en dos Clínicas, las 24 horas del día; se estabilizan signos vitales de las personas, se emite un diagnóstico de impresión y se define la conducta a seguir para mayor bienestar del usuario. Se realiza el proceso del Triage a toda la población que requiere el servicio. Se cuenta con área de Observación en una Clínica para los casos pertinentes.

Servicio de hospitalización

- Cuenta con 47 camas hospitalarias para los servicios de Hospitalización adultos y pediatría.

8 OBJETIVOS

8.1 Objetivo General

Caracterizar el proceso de la Implementación del programa de seguridad del paciente en una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad en la ciudad de Manizales, 2015 a 2018.

8.2 Objetivos Específicos

- Identificar el direccionamiento y los recursos relacionados con la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en estudio.
- Describir las etapas y procesos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente.
- Determinar los resultados y efectos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en estudio.

9 METODOLOGÍA

9.1 Diseño Metodológico

9.1.1 Tipo de Estudio

El diseño metodológico que se aplicó para el desarrollo de esta investigación está enmarcado dentro del tipo descriptivo (transversal) teniendo en cuenta que permitió seleccionar aspectos observables, se tiene definidas variables en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente y se pueden formular hipótesis del comportamiento de la implementación del mismo programa con base de las características observadas.

9.1.2 Población

La población está compuesta por las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud Publicas del Primer Nivel de atención en la Ciudad de Manizales 2015 a 2018.

9.1.3 Muestra

Se seleccionará una Institución Prestadora de Servicios en Salud Pública de la Ciudad de Manizales teniendo en cuenta que es la más representativa por contar con 17 sedes. Los servicios que harán parte de la muestra son Urgencias y Hospitalización.

9.1.4 Tipo De Muestra

Muestra por conveniencia dado que los sujetos participantes de la investigación fueron seleccionados teniendo en cuenta la accesibilidad a la información.

9.1.5 Unidad de Observación

Programa de Seguridad del Paciente.

10 RESULTADOS

10.1 Resultados de las Entrevistas por Categorías de Análisis

Las entrevistas realizadas a los funcionarios de la E.S.E. se sistematizaron y se codificaron; a partir de la codificación, se encuentran las características del proceso de implementación, se interpretan y se presentan las principales conclusiones derivadas del proceso de análisis.

10.2 Etapas y Procedimientos de Implementación:

De acuerdo a lo referido por el gerente y el líder de calidad, el programa de seguridad del paciente se encuentra implementado en la institución desde el segundo semestre del año 2009 (E1; E2). Además se tienen identificados los riesgos potenciales en la prestación del servicio relacionados con la Seguridad del Paciente, en la empresa se evalúan los riesgos para tratar de adelantarse a los posibles eventos que puedan ocurrir (D113-D116). Adicionalmente, se aplica una matriz para priorizar los riesgos, el cual se actualiza permanentemente y se encuentra semaforizado (E78-E80). La IPS para el reporte y análisis de los eventos adversos, diseñó un software institucional. (D120-D121); se utiliza este reporte virtual, el cual tiene incluido para el análisis de los sucesos adversos el protocolo de Londres, a medida que se diligencia el reporte, se hace la descripción del evento y el respectivo análisis, incluye de igual manera el Plan de Mejoramiento (E86-E91).

Los médicos y enfermeras manifiestan que la IPS promueve el reporte de eventos adversos para mejorar la calidad de la atención en salud y se incita al reporte oportuno para tomar las medidas concretas para evitarlos (D17-D19), en las inducciones, se da a conocer el mecanismo para su reporte y crear la cultura a las personas nuevas que ingresan a la institución (F32-F35), constantemente se está sensibilizando y motivando para que se realicen actividades de prevención y promoción de la atención segura y prevención de eventos adversos e incidentes (I154-I158), se informa que el reporte es la base del programa (J39-J40). La IPS evalúa periódicamente el desempeño del Programa de Seguridad del Paciente, se está pendiente que haya adherencia por el personal (E17-E189), además en forma habitual se realizan rondas de seguridad del paciente (F45-F46) (H28-

H30), también se tiene el apoyo desde salud ocupacional, de las auditoras internas de la institución y con la colaboración del Convenio Docente Asistencial (F47-F48); igualmente, se generan informes desde Gestión de Calidad para dar a conocer a los colaboradores como se desempeña el programa (I70-I71). Adicionalmente desde el Comité de Calidad, se genera información que evalúa el programa (J46-J48).

Las auxiliares de enfermería expresan que desde el área asistencial, se realiza el reporte permanente de los eventos de calidad presentados en el servicio para mejorar la atención en salud (D5), se reportan inmediatamente a la jefe de enfermería (E9).

10.3 Cadenas de Mando:

Se refiere por parte del gerente y el líder de calidad que las personas responsables jerárquicamente de la implementación del programa de seguridad del paciente es el Líder de Gestión de la Calidad (D55-D56); dentro de los cuales también está involucrado el Gerente, el representante del Gerente al Comité de Calidad quien es el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (E46-E52), complementado con el Líder de Gestión Hospitalaria y las Enfermeras coordinadoras de cada Clínica. (D2-D4). También es apoyado por el Equipo de Auditoría Interna de la Institución (F3-F5).

Los médicos y enfermeras expresan que en el programa de seguridad del paciente se encuentran involucrados todos los estamentos desde la alta gerencia hasta los colaboradores asistenciales, teniendo en cuenta que el comité de calidad es quien articula todo el proceso en la entidad. (J2-J7).

10.4 Comunicación para la Implementación:

El gerente y el líder de calidad refieren que el Programa de Seguridad del Paciente, no ha sido difundido en todos los estamentos de la institución (Alta Dirección) (D37-D38), pero si se ha realizado a nivel de los colaboradores de la entidad (E26-E29). El gerente en su debido momento, tomó la decisión de poner en marcha la implementación con la colaboración de los líderes de áreas y los funcionarios de la misma. Es importante que se

detectó que la Junta Directiva no tenga el conocimiento del programa, pues como máxima autoridad de la empresa, debe estar comprometida con su implementación.

El programa de seguridad ha sido difundido a todos los equipos de trabajo de la IPS, personal asistencial y de apoyo (D74-D76), el cual se ha realizado mediante capacitaciones institucional, inducciones de colaboradores nuevos y con el convenio Docente Asistencial (E56-E59). Este convenio permite el espacio en la institución para que estudiantes de último año de las facultades de las universidades puedan realizar sus prácticas, y a su vez tiene dentro de sus objetivos dar capacitaciones de actualización en diversos temas a los funcionarios de la E.S.E.

Es manifestado por los médicos y enfermeras que los mecanismos que emplea la IPS para lograr adherencia al personal al programa de seguridad del paciente son:

- Capacitaciones periódicas y retroalimentación sobre los indicadores de gestión del riesgo de seguridad del paciente (D5-D7).
- Educación continuada, comité de seguridad del paciente (E3-E5), (G6), (H8-H9).
- Apoyo con los convenios docentes asistenciales que realizan capacitación, seguimiento y evaluación a la adherencia a las prácticas seguras (F6-F10).
- Educación a la familia y acompañantes en seguridad del paciente, autocuidado y manejo de desechos hospitalarios por parte de las escuelas de auxiliares de enfermería (F10-F14).
- Socialización del programa de seguridad del paciente en inducciones, reinducción y capacitaciones (J9-J14).
- Momentos Breves de Seguridad del Paciente (J9-J14).

En la institución se tienen identificadas las personas responsables jerárquicamente de la implementación del Programa de seguridad del Paciente (D2), (E2-E3).

Las auxiliares de enfermería respondieron que los mecanismos que emplea la IPS para generar adherencia al personal en las prácticas seguras de atención en salud son las capacitaciones continuas (D4) y la supervisión por los jefes de enfermería (E8). El personal asistencial es informado y participa de la evaluación, análisis y seguimiento de los eventos adversos de calidad relacionados con la Seguridad del Paciente (D6), (E11). Se realiza socialización a las personas involucradas para corregir y mejorar (E12). Se ha informado si el Programa de Seguridad del Paciente ha contribuido a la prevención y disminución de los eventos de calidad en el servicio (D8). El personal asistencial cuando se indaga sobre si conoce cuales son las guías aplicables en el servicio para la gestión de prácticas seguras relacionan las estrategias de: prevención de caídas de pacientes, identificación y clasificación de riesgo con manillas (D9-D10) la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en salud con el lavado de manos y el uso seguro de administración de medicamentos con los 10 correctos para la administración. (E24-E25).

Las Guías aplicables en el servicio para la gestión de Prácticas Seguras, han sido socializadas a través de capacitaciones y charlas (D11), apoyados por los estudiantes en práctica de enfermería y entrega de folletos (E27-E31). El personal asistencial refiere que se puede comunicar libremente en su servicio en caso de observar que algo podría arriesgar la seguridad del paciente (D16), (E42-E45). El personal asistencial de la IPS refiere que no conoce cuales son los indicadores para medir el impacto del programa de Seguridad del Paciente (D17), (E46).

10.5 Direccionamiento y Recursos:

Se responde por parte del gerente y el líder de calidad que el Programa de Seguridad del Paciente cuenta con los recursos financieros que requiere su implementación, no se tiene una asignación presupuestal específica, pero los recursos se encuentran en diferentes rubros de la empresa (D30-D32). También se obtienen recursos del presupuesto de la Alcaldía para intervenir en inversión (E24-E25). Se aclara en este punto que en la estructura contable de la entidad, no se tiene creado el rubro definido del programa, pero que de

acuerdo a lo necesario en su implementación y desarrollo, se autorizan por otros que si están en la estructura financiera.

El Programa de Seguridad del Paciente cuenta con el personal necesario para su implementación (D84-D86). Los cargos son el Líder de Gestión de Calidad y Enfermero de Calidad (E63-E64). El Programa de Seguridad del Paciente cuenta con las Guías necesarias para la gestión de prácticas seguras, (D138) el cual está compuesto por más de 180 documentos que se han desarrollado y actualizado en relación con la calidad y seguridad del paciente (E99-E101). El Programa de Seguridad de la Paciente cuenta con indicadores de proceso, resultado e impacto para su respectiva evaluación. (D149).

Por parte de los médicos y enfermeras se manifiesta que los indicadores implementados responden a necesidades institucionales y a reportes que se deben enviar a los entes de control (E105-E107).

El direccionamiento estratégico incluye la Seguridad del Paciente en la institución, desde la misión institucional se ha tenido en cuenta este aspecto (I1-I2). El Programa de Seguridad del Paciente dispone del talento humano requerido para su implementación, en cabeza del Líder de Gestión de Calidad y Enfermero de Calidad (I45-I49), también se involucran el líder de Gestión Hospitalaria y las enfermeras Administrativas de las Clínicas (I41-I42). La IPS dispone de los recursos económicos u otros recursos para el cumplimiento de las actividades del Programa de Seguridad del paciente (F29-F31), (H20-H21), no tiene una asignación presupuestal única para el programa (I51-I53), pero si tiene los recursos a través de otros rubros (G19-G23).

El Programa de Seguridad del Paciente, cuenta con las guías necesarias para la Gestión de Prácticas Seguras de la Institución, las cuales se encuentran disponibles en el Módulo de Documentación Estratégica del Sistema de Información de la entidad (D25-D27), (H31-H33). También están disponibles los paquetes Instruccionales del mismo programa (J50-J52). La IPS cuenta con indicadores para medir el impacto del programa de seguridad del paciente (D28-D29) (G38-G40). Estos indicadores son socializados periódicamente en

donde estadísticamente se dan a conocer su estado y como se puede mejorar (H35-H38). Se tienen estructurados indicadores de Proceso, resultado e impacto (I78-I79).

En relación con las auxiliares de enfermería, se expresó que en el direccionamiento estratégico está incluida la Gestión de la Seguridad del Paciente en la Institución (D1), (E1). La IPS dispone de los recursos económicos u otros recursos, para el cumplimiento de las actividades del Programa de Seguridad del Paciente (D7), Mejorando el mobiliario hospitalario, suministrando los insumos para mejorar la bioseguridad, entre otros (E14-E19).

Las estrategias implementadas para la aplicación de las Guías de Práctica Segura tienen que ver con la prevención de caídas con el uso de timbres, barandas elevadas de las camas y camillas (D12-D14), prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud con el lavado de manos y manual de bioseguridad (D14), (E34, E36), Uso seguro de Medicamentos (E35). El personal asistencial percibe que existe compromiso y disposición de todos los integrantes del servicio para el cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente (D15); aunque perciben que aún falta más compromiso y disposición (E38-E41).

10.6 Efectos:

El gerente y el líder de calidad opinan que el Programa de Seguridad del Paciente ha disminuido los eventos adversos atribuibles a la atención en salud (D96), el cual se ha logrado con el análisis correspondiente de cada evento e incidente con el equipo implicado y realizando un plan de mejoramiento (D101-D106).

En concordancia, los médicos y enfermeras afirman que el Programa de Seguridad del Paciente, ha contribuido a la prevención y disminución de los eventos adversos teniendo en cuenta que cada caso que se reporta producen planes de mejoramiento para evitar que nuevamente ocurran (D20-D22), se han implementado barreras de seguridad y mejoramiento de las camas hospitalarias (F36-F40); se ha observado la disminución de los

eventos, pero un aumento de los incidentes, además que los eventos adversos son menos graves (I66-I69).

Con base a la hoja de registro diligenciada durante el desarrollo de la investigación, se encuentra que la ESE es una IPS de Primer Nivel de Atención el cual cuenta con una Política de Atención Segura según Acuerdo de Junta Directiva 0005 de 2014, y cuyo compromiso está incluido en la Misión de la entidad. No cuenta con un rubro presupuestal específico para el Programa de Seguridad del Paciente. Se tiene designado un líder que conforma el equipo de Seguridad del Paciente con apoyo de un Enfermero Profesional, quienes reciben capacitación y gestiona con la entidad, los espacios para capacitación institucional en Seguridad del Paciente y las prácticas seguras de obligatorio cumplimiento para los colaboradores asistenciales.

La IPS tiene una metodología establecida para el análisis y gestión del riesgo a través del Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) por servicios y el comportamiento del reporte de incidentes y eventos adversos de Seguridad del Paciente, el cual se realiza semaforización según su priorización y efectos.

La IPS cuenta con Comité de Seguridad del Paciente conformado mediante resolución 0003 del 8 de enero de 2014, el cual se reúne mensualmente o de acuerdo al comportamiento de los incidentes o eventos adversos susceptibles de análisis, con última acta de reunión el 14 de junio de 2019.

La entidad cuenta con un software de construcción propia para el reporte de sucesos adversos denominado (SOGC) Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad con accesibilidad en todos los centros de atención a través del sistema de información institucional por extranet, el cual para cada evento o incidente, se registra con los datos de identificación, descripción del suceso y se realiza el análisis con la metodología del Protocolo de Londres que se encuentra incorporado en el formato del reporte.

La entidad de igual manera cuenta con las Guías de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente que aplican a la entidad de nivel primario de atención las cuales son:

- Guía para detectar, prevenir y reducir el riesgo de Infecciones asociadas a atención en salud. Aprobada 27/02/2019 Versión 2.0.
- Protocolo Institucional de Identificación de Pacientes. Aprobado 19/06/2019 Versión 4.0.
- Guía Administrativa prevención de Úlceras por Presión. Aprobada 27/04/2016 Versión 2.0
- Guía Administrativa para la Seguridad en la Utilización de Medicamentos. Aprobada 18/05/2016 Versión 1.0.

La IPS no tiene implementadas las Guías de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente que se relacionan con Mejorar la Seguridad en los Procesos Quirúrgicos y Prevenir las Complicaciones Asociadas a Disponibilidad y Manejo de Sangre, Componentes y a la Transfusión Sanguínea dado que no corresponden al nivel de complejidad que atiende la IPS.

Se evidencia que el Líder de Gestión de la Calidad cuenta con una lista de control de documentación denominado estado documental, con los documentos elaborados desde el año 2014 hasta el 2019, el cual contiene alrededor de 193 documentos con su nombre, codificación, fecha de aprobación por comité de calidad, Versión, ruta para consultar en documentación estratégica institucional y los responsables en la construcción de la actualización y revisión del documento de los cuales se pueden destacar entre otros:

- El Protocolo de uso de gases medicinales.
- Guía Administrativa de Inmovilización y sedación.
- Guía de Práctica Clínica en Salud Mental.
- Protocolo de Ingreso, Manejo y Egreso.
- Protocolo para la socialización y seguridad de la Tecnología Biomédica.

- Guía de Autocuidado.
- Protocolo de identificación, prevención y manejo de flebitis.
- Guía Administrativa de Uso racional de Antibióticos.
- Guía de Reactivovigilancia.
- Manual de Farnacovigilancia.
- Manual de Tecnovigilancia.
- Protocolo de código azul.
- Guía Administrativa de Triage.
- Guía Administrativa de Uso y Reúso de dispositivos Médicos.
- Manual de Normas Generales de Bioseguridad.
- Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.
- Guías de Práctica Clínica de EDA, Sífilis congénita y gestacional, HTA, Reanimación Neonatal.
- Protocolo Uso de siglas y abreviaturas.
- Guía Administrativa para la Higiene de Manos.
- Guías de primeras causas en Consulta externa, Obstetricia, Hospitalización, Urgencias y Salud Oral.
- Consentimiento informado, Consentimiento informado de no reanimación.
- Manual de Enfermería.
- Protocolos de Laboratorio Clínico, etc.

Todos estos documentos en procura de mejorar la Seguridad en la Atención del Paciente.

Desde Gestión de Calidad, se realiza evaluación semestral a la Adherencia de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente aplicando listas de chequeo de Identificación correcta del usuario, Uso racional de Antibióticos, Prevención de caídas, Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Aplicación Segura de Medicamentos, Lavado de Manos, Prevención de Úlceras por Presión y Uso de Siglas y Abreviaturas, entre otras.

Los documentos son socializados de acuerdo al plan de capacitación Institucional, según evidencia que reposa en la oficina de Bienestar Social, tanto con Capacitaciones de Inducción de personal nuevo que ingresa a la institución, al cual se realiza un plan de inducción a través de la plataforma institucional de capacitación virtual y se entrega CD con los documentos relacionados, según el perfil asistencial. Es así como en los registros se evidencia que en 2016 se realizaron 102 capacitaciones con una asistencia de 1480 colaboradores asistenciales en socialización de temas como Programa de Seguridad del Paciente, Farmacovigilancia y Reactivovigilancia, Socialización de Guía de Referencia y Contrarreferencia, Guía Administrativa de EPOC, Certificación Toma de Citología, Atención de Salud Sexual, Reproductiva y Atención Preconcepcional, Triage, Protocolo de Siglas y Abreviaturas, Socialización PAMEC, Guía Uso Racional de Antibióticos, Lavado de Manos, Consentimiento Informado, Análisis y socialización de Eventos Adversos, Administración Segura de Medicamentos, Enfermería en Urgencias, Buenas Prácticas de Esterilización, Reanimación Cardiopulmonar, entre otras.

Para el 2017 se realizaron 83 capacitaciones con participación de 1325 colaboradores asistenciales con temas entre los cuales se encuentran Calidad y Humanización del Nuevo Modelo de Atención en Salud, Seguridad del Paciente, Manejo del Autoclave, Administración Segura de Medicamentos, Riesgo Biológico, Manual de Residuos Peligrosos, Seguridad del Paciente y Eventos Adversos, Componente Binomio Madre-Hijo, Atención a Víctimas de Violencia Sexual, etc.

En el año 2018 se evidencia en los registros que se realizaron 92 actividades de capacitación en el área cognitiva al personal asistencial con temas como Humanización relacionada con seguridad del paciente y farmacovigilancia, Protocolo de Identificación, Prevención y Manejo de Flebitis, Diluciones de Medicamentos inyectables, Manejo de Equipos Biomédicos, Gestión de sucesos adversos, Implementación de Equipos de Mejoramiento Institucional, Lavado de Manos, Programa de Seguridad del Paciente, Reanimación Neonatal, Motivación del reporte de sucesos adversos, Toma de Muestras de

laboratorio, Seguridad y Salud en el Trabajo, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Historias Clínicas, Tecnovigilancia, Manejo de Autoclave, etc.

Lo anterior indica que la IPS realiza esfuerzos para tener un talento humano capacitado con el fin de mejorar la calidad en la atención y proveer Seguridad al Paciente.

11 RESULTADOS DE INDICADORES:

La IPS realiza el registro mensual de los indicadores reglamentarios que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente y reporta semestralmente los indicadores normativos relacionados con el Programa de Seguridad del Paciente, los cuales son analizados con el ente Territorial de Salud con el fin de evaluar las acciones implementadas a los eventos centinelas y a las posibles desviaciones que se pueden presentar, según actas de asistencia técnica realizadas por la Dirección Territorial de Salud.

La IPS realiza trazabilidad desde 2008 al reporte de los sucesos adversos, encontrándose que para el 2015 se reportaron 122 incidentes y 81 eventos adversos, en el 2016 se reportaron 78 incidentes y 63 eventos adversos, para el 2017 47 incidentes y 33 eventos adversos y en 2018 48 incidentes y 35 eventos adversos: como se puede observar la severidad de los sucesos adversos, ha presentado una reducción progresiva, si se compara con el año 2015 el año 2018 tuvo un reducción del 56.8%, con igual tendencia tanto para los incidentes como la totalidad de los sucesos adversos reportados.

Tabla 4 Trazabilidad de reporte de sucesos adversos en Institución Prestadora de servicios de salud pública de baja complejidad de Manizales en los años 2015, 2016, 2017 y 2018 con comparativo de proporción de variación entre 2015 y 2018.

	2015	2016	2017	2018	% Variación 2015-2018
Incidentes	122	78	47	48	-60.66 ↓
Eventos	81	63	33	35	-56.80 ↓
Total	203	141	80	83	-59.12 ↓

Fuente: Software de Programa de Seguridad del Paciente en ESE que presta servicios primarios de salud del Municipio de Manizales, 2019.

La institución de igual manera como indicador propio mide el índice de evento adverso que para el año 2015 fue del 0.0078, para el 2016 el 0.0080, para el 2017 el 0.0050 y para el

2018 el 0.0050, índice que también muestra una tendencia a disminuir, si se analizan estos cuatro años como resultado del número total de eventos adversos reportados sobre el total atenciones en el año en la IPS.

Otros indicadores propios de la entidad son la Tasa Global de Caídas, Proporción Global de Caídas, entre otros.

En cuanto a los indicadores, se evidencia que la implementación del Programa de seguridad del paciente ha tenido una tendencia a disminuir la ocurrencia de sucesos adversos.

Dentro de los indicadores analizados en la hoja de registro en esta investigación, se observa que con relación a la tasa de Infección Asociada a la atención en Salud se presentó un incremento en un 53,33% entre 2015 a 2016, mientras que entre el 2016 a 2017 se presentó una disminución del 43,48%; para el 2018 no se obtuvo datos suministrados por la IPS.

En cuanto a la proporción de adherencia al lavado de manos entre 2015 a 2016 hubo un incremento a la adherencia en un 1,31%, entre 2016 a 2017 la adherencia bajó en 6 % y de igual manera entre 2017 a 2018 se redujo en un 0.24%.

Con relación a la proporción de pacientes identificados correctamente, para el 2015 fue de 89.16%, con un incremento para el 2016 y 2017 en la adherencia hasta llegar al 99.4% pero en el 2018 el resultado fue de 84%; sin embargo la institución no reportó ningún suceso adverso relacionado con la identificación segura de usuario.

Para el indicador de prevención de úlceras por Presión, para los años 2015 hasta 2018, no se presentaron sucesos relacionados en este indicador, para la evaluación de la adherencia en la identificación del riesgo para presentar Úlceras por Presión durante la Hospitalización, se cumplió con un porcentaje del 100% en los años 2016 y 2017, para el 2018 la proporción a la adherencia fue del 95.9% para una reducción del 4.1%.

En el proceso para la prevención y reducción de frecuencia de caídas, se observa que la variación del reporte de caídas entre el 2015 y el 2016 sufrió un incremento del 153.25%, la

variación entre el 2016 y 2017 fue del -26.83%, mientras que para los años 2017 a 2018 la variación fue de un 50.67%, teniendo en cuenta la severidad en la caída de pacientes se reportan más incidentes que eventos adversos, es así que para el 2015 se reportaron 11 caídas como eventos adversos, para el 2018 solo se reportaron 5 caídas clasificadas como eventos adversos, para una reducción de caídas con lesión de un 54.55%; lo que permite concluir que se tiene más cultura del reporte y las medidas implementadas para reducir la frecuencia de caídas de pacientes como son las manillas de identificación del riesgo de caída, los timbres de llamado para los pacientes hospitalizados u observados en el servicio de urgencias, las barandas de las camas y camillas elevadas y los frenos de seguridad activados, además de las cintas antideslizantes y barandas en los baños, ha permitido reducir la severidad de los sucesos adversos relacionados con caídas de pacientes en los años analizados.

En cuanto a la evaluación a la adherencia al protocolo de prevención de caídas y la identificación del riesgo la variabilidad en la proporción va desde 91.66% a 96.81%.

Tabla 5 Hoja de registro de indicadores de Guías de Prácticas de Seguridad del Paciente en Institución Prestadora de servicios de salud pública de baja complejidad de Manizales para los años 2015, 2016, 2017 y 2018, y su proporción de variabilidad comparativo entre años.

INDICADORES GUIAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	META SISPRO NACIONAL	RESULTADO 2015	RESULTADO 2016	RESULTADO 2017	RESULTADO 2018	PORCENTAJE DE VARIACION 2015 A 2016	PORCENTAJE DE VARIACION 2016 A 2017	PORCENTAJE DE VARIACION 2017 A 2018
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD								
TASA DE INFECCIÓN ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS) X 1000	0.83	0.15	0.23	0.13	SD	53,33%	-43,48%	SD

INDICADORES GUIAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	META	RESULTADO 2015	RESULTADO 2016	RESULTADO 2017	RESULTADO 2018	PORCENTAJE DE VARIACION 2015 A 2016	PORCENTAJE DE VARIACION 2016 A 2017	PORCENTAJE DE VARIACION 2017 A 2018
	SISPRO NACIONAL							
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS		88,6	89,76	84,36	84,16	1%	-6%	-0,24%
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES								
PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE		89,16	88,12	99,4	84	-1,17%	12,80%	-15,49%
PORCENTAJE DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
PREVENCIÓN POR PRESIÓN								
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		SD	100	100	95,9	SD	0,00%	-0,041
TASA DE LESIONES EN PIEL DE ULCERAS POR PRESION (UPP) X 1000	1.61	0	0	0	0	0	0	0
PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS								
PROPORCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE		0,8	2,05	1,5	2,26	156,25%	-26,83%	50,67%
ADHERENCIA AL PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS		96,81	94,47	91,66	93,31	-2,42%	-2,97%	1,80%
PROPORCIÓN DE PACIENTES A QUIENES SE LES IDENTIFICA EL RIESGO DE CAÍDAS		96,81	94,47	91,66	93,31	-2,42%	-2,97%	1,80%
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS								
IDENTIFICACIÓN DE ALERTA DE MEDICAMENTOS		96,65	100	100	94,55	3,47%	0,00%	-5,45%
PORCENTAJE DE ERRORES DE MEDICACIÓN		0	0.072	0.01	0.0175	0.072	-86,11%	70,00%

INDICADORES GUIAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	META	RESULTADO 2015	RESULTADO 2016	RESULTADO 2017	RESULTADO 2018	PORCENTAJE DE VARIACION 2015 A 2016	PORCENTAJE DE VARIACION 2016 A 2017	PORCENTAJE DE VARIACION 2017 A 2018
	SISPRO NACIONAL							
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		NA						
PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA		NA						

Semafización de tendencia de indicadores			
Meta Vs Indicador		Tendencia del indicador según años comparados	
	Indicador por debajo de la meta		Reducción del indicador
	Indicador por encima de la meta		Incremento del indicador
	Indicador igual que la meta		Igual valor en los años comparados

Para la evaluación de la identificación del alerta en la aplicación de medicamentos se obtuvo un incremento en la adherencia entre 2015 a 2016 del 3.47%, permaneciendo igual para entre los años 2016 a 2017 y una reducción en la adherencia del 5.45% entre 2017 a 2018.

Los indicadores de Seguridad del Paciente notificados teniendo en cuenta la Resolución 00256 de 2016, se observa que para el 2016 la tasa de incidencia de infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter presentó un valor de 0.11, para los años 2015, 2017 y 2018 es de 0.

La Tasa de caída de pacientes en el servicio de Urgencias el dato para 2015 es de 0, para 2016 y 2017 del 0.14 y para el 2018 es del 0.27, con un incremento entre 2015 a 2018 de 1%.

Con relación a la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización para el año 2015 no se obtuvo dato, mientras que para el 2016 la proporción reportada fue de 0.13, para el 2017 fue de 0 y para el 2018 de 0.25. En el servicio de urgencias para el año 2015 no se obtuvo el dato, en tanto para el 2016 fue de 0.015, para el 2017 el 0.01 y para el 2018 fue 0.1.

Con relación a la presencia de eventos relacionado con endometritis post parto y úlceras por Presión en los años analizados en la presente investigación no se presentaron eventos.

Tabla 6 Hoja de registro de indicadores Resolución 0256 de 2016 de Institución Prestadora de servicios de salud pública de baja complejidad de Manizales para los años 2015, 2016, 2017 y 2018, y su proporción de variabilidad comparativo entre años.

INDICADORES DE RESOLUCION 256 DE 2016	META	RESULTADO 2015	RESULTADO 2016	RESULTADO 2017	RESULTADO 2018	PORCENTAJE DE VARIACION 2015 A 2016	PORCENTAJE DE VARIACION 2016 A 2017	PORCENTAJE DE VARIACION 2016 A 2017
	SISPRO NACIONAL							
Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)		0	0	0	0	0	0	0
Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC) X 1000		0	0,11	0	0	0,11	-0,11	0
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias X 1000	0,83	0	0,14	0,14	0,27	-0,14	0	0,13
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica X 1000	0,04	0	0	0	0	0	0	0
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	1,54	0	0,13	0	0,25	0,13	-0,13	0,25
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	0,1	0	0,015	0,01	0,1	0,015	-0,33%	9
Tasa de úlceras por presión.	1,61	0	0	0	0	0	0	0
Proporción de cancelación de cirugía		NA	NA	NA	NA	0	0	0
Proporción endometritis post parto vaginal		0	0	0	0	0	0	0

Semaforización de tendencia de indicadores			
Meta Vs Indicador		Tendencia del indicador según años comparados	
	Indicador por debajo de la meta		Reducción del indicador
	Indicador por encima de la meta		Incremento del indicador
	Indicador igual que la meta		Igual valor en los años comparados

Teniendo en cuenta los resultados encontrados en esta investigación tanto en las entrevistas como en la hoja de registro para las Guías de Buenas Prácticas e indicadores, se puede deducir que la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en esta Institución Prestadora de Servicios en Salud se interpreta a la luz del Modelo de Desarrollo Organizacional así:

Se evidencio que la entidad tiene una estructura democrática, lo cual se traduce en una adecuada eficacia en los procesos de la política en referencia. Luego de aplicarse las practicas adecuada de seguridad del paciente, se logra un consenso entre los funcionarios para lograr una adecuada implementación, y así disminuir la probabilidad de fracaso en el mismo, esto se puede observar en las Etapas y Procedimientos de Implementación.

Las cadenas de mando en la entidad, permiten tener una autonomía en su labor y logran un adecuado control del mismo, encontrando una buena participación en la toma de decisiones que afectan a la entidad, a los funcionarios y a los usuarios, obteniendo un mayor compromiso de todos los estamentos con los objetivos de la organización.

En la comunicación de la implementación de la política, se encuentra que es adecuada, permitiendo una buena estructuración que aumenta el control, la participación y los compromisos adquirido por los colaboradores. Esta comunicación ha permitido que la responsabilidad en la toma de decisiones sea distribuida en todos los niveles jerárquicos de la entidad, sin perder la responsabilidad de cada colaborador.

En direccionamiento de la política y asignación de recursos, corresponde más a los niveles superiores de la organización, logrando una aceptable orientación de la implementación,

solo con la observación que no se encuentra un rubro definido en el presupuesto, pero que se logran las asignaciones económicas a través de otros rubros, lo cual no se traduce en un posible fracaso de la política. Lo anterior, refuerza lo esbozado por el modelo en el sentido que la alta dirección tiene más autonomía en cuanto al direccionamiento y recursos, y que los colaboradores de la base y mandos medios tiene más controles, y acogen el consenso de laborar en procura de cumplir con los objetivos establecidos en la implementación de la misma.

Los efectos encontrados en la investigación, se traducen en el modelo en cuanto que la capacidad de la implementación se encuentra más en la base de la entidad, pues a este nivel debe existir un mayor compromisos en acogerse a los protocolos y procedimientos que llevan a un acertado desarrollo del toda la política. En relación a lo anterior existe relación con la etapa de los procesos en la implementación, con integración de los equipos de trabajo en la entidad, los cuales se constituyen en la herramienta principal para el funcionamiento de la institución, en el sentido que si están bien conformados y bien coordinados, facilitan más la implementación.

En referencia a los Resultados de Indicadores, se evidencia que la implementación del Programa de seguridad del paciente ha demostrado una tendencia anual en su disminución del número total de eventos adversos reportados sobre el total atenciones en el año en la IPS, lo cual traduce el compromiso de los colaboradores en la adherencia al modelo, con un trabajo en equipo que se ha consolidado cada vez más, y que el consenso obtenido a todos los niveles jerárquicos de la organización ha logrado obtener estos resultados.

Así mismo se relacionan las Variables de los Resultados de la Implementación de la Política de Seguridad del paciente en la entidad:

Aceptabilidad: se determinó a través de las entrevistas que la política tiene alto nivel de aceptabilidad por la gerencia y los funcionarios, faltando más socialización a la junta directiva para lograr una percepción por todos los estamentos de la institución, de todas

maneras, los funcionarios perciben las ventajas, credibilidad y comodidad frente a los procesos que se deben cumplir en el desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente.

Adopción: en la investigación, se observó que se tomó la decisión inicial, por la alta dirección de la implementación de la Programa de Seguridad del paciente, destinada a utilizar esta nueva estrategia con la meta de mejorar la calidad en la prestación de los servicios en salud, aprovechando el conocimiento de la misma por el talento humano y con la decisión de darle continuidad a través del tiempo.

Idoneidad: se detecta en los funcionarios un alto nivel de idoneidad, en cuanto que perciben que la intervención es apropiada para lograr un impacto en la atención de los usuarios y que va a repercutir en forma positiva en la organización, con percepción de ser muy práctica, con posibilidad de tener correspondencia y verificabilidad en todos los servicios.

Viabilidad: se determina en la investigación que tiene viabilidad la implementación de la política, por existir las condiciones propicias en la institución, que es práctica el funcionamiento de las áreas asistenciales y con gran utilidad para el objetivo planteado por la alta dirección.

Fidelidad: con base a los resultados, se establece que la implementación se ha realizado de acuerdo a su formulación inicial, con adecuada adherencia por parte de los colaboradores, con sentido de integridad en su aplicación, para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud a los pacientes, y además se detecta que desde su inicio se ha aumentado el gradualidad de la ejecución, con mejoramiento en los procesos e impacto en el resultado en los indicadores.

Costo de la Implementación: revisando las respuestas de las entrevistas desde la gerencia, se muestra que no se tiene definido un rubro específico en el presupuesto, por lo cual no se sabe el costo total de la implementación de la política, ni del funcionamiento del programa, pero que las diferentes necesidades de inversión o suministros, se consiguen a través de otros rubros del presupuesto, y además en lo referente a la infraestructura, se tiene el apoyo

de la Alcaldía Municipal quien financia los requerimientos exigidos para los fines pertinentes.

Cobertura: en la investigación se comprueba que la implementación cubre a toda la población beneficiaria de los servicios de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con alcance a todos los servicios habilitados, centrada en mejorar la Seguridad de los Pacientes en la atención, con la calidad suficiente para garantizar la inocuidad y el mejoramiento continuo en los procesos y procedimientos aplicados.

Sustentabilidad: en la revisión de las respuestas de las entrevistas y con los indicadores, se denota que la intervención se ha mantenido a través de los años, desde que se inició su implementación, gracias a que se institucionalizó en todos los estamentos de la entidad, dándole continuidad, durabilidad, integración e incorporación al desarrollo de la plataforma estratégica.

Observando los resultados de las anteriores variables, se puede considerar que sirven como indicadores de la eficacia real de la implementación de la política en la IPS, y que se consideran como factores que han colaborado en el cumplimiento de los objetivos planteados desde su inicio, como es la satisfacción de los usuarios por la calidad en la prestación de los servicios y la adherencia por parte de los colaboradores.

Se resalta la falta de creación del rubro específico en el presupuesto de la implementación de la política, por lo cual no se puede determinar ni el costo total, ni parcial, ni el costo marginal, por lo cual es bueno dejarlo como inquietud a la alta dirección, también es necesario tener informado a todo el personal asistencial, sobre el resultado de los indicadores que aplican de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente.

Se resalta la sostenibilidad encontrada en la ejecución de la implementación de la política, logrando gran fidelización y empoderamiento por parte de los funcionarios.

12 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las investigaciones sobre la implementación de políticas públicas en salud están centradas en investigar la política en sí misma, programas y prácticas clínicas y de salud pública, con la finalidad de entender lo que está funcionando bien o mal, además de cómo y porque la implementación es adecuada o errónea, y además de revisar otros enfoques que permitan su mejoramiento.

Las políticas públicas siempre necesitan un proceso de implementación, que puede resultar difícil por las diferencias encontradas desde su planteamiento, pues se puede cuestionar si su enfoque es mejorar un problema específico donde se conoce su origen y su posible solución, o si se trata de documentación que solo expone las necesidades de un país, además debe considerarse los diferentes factores que pueden intervenir en la implementación de cualquier política. Puede encontrarse que una política puede ser más efectiva cuando busca cambiar sucesos o cosas menores que las que desean impactar con cambios grandes, debido a que se puede conocer mejor los diferentes actores o factores que interfieren en forma directa o indirecta, y que pueden favorecer o evitar el cumplimiento de los objetivos planeados.

El despliegue de las políticas públicas se viene desarrollando en los últimos años, a través de las normas legales y que se constituyen en herramientas necesarias. Estas normas luego de implementarse, deben analizarse y calificarse los objetivos logrados a través del tiempo, para poder determinar qué tan efectivas son las medidas tomadas y que impacto han logrado en la comunidad.

Al realizar el análisis de la investigación realizada, se observa que se acopla más al Modelo Top - Down, pues se encuentra que en la institución se vienen realizando cambios en forma incremental, aplicando la tecnología o los medios para conseguir los resultados, los cuales son conocidos y divulgados, además se aplica la política en un entorno estable, pues se investigó en una institución con muchos años de trayectoria en el departamento de Caldas

y con prestigio reconocido por su desempeño, también se agrega que el nivel de conflicto sobre los objetivos es bajo y la institución tienen bien definidas sus competencias.

Así mismo podemos adicionar que el modelo observado, se inicia con la formulación por parte del Ministerio de Salud de una Normatividad Nacional para su cumplimiento en las IPS, y posteriormente, el análisis de la toma de decisiones por parte de la alta dirección de la entidad para poder iniciar su implementación, luego se efectúa su ejecución y desarrollo, y constantemente se realizan análisis de los resultados a través de los indicadores, verificando cual ha sido el impacto de los objetivos en el tiempo utilizando mecanismos de detección de fallas que permitan aplicar planes de mejoramiento para obtener mejores respuestas.

En referencia a los principios que orientan las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente y de acuerdo a lo encontrado en la investigación podemos mencionar:

Que si existe un *Enfoque de Atención Centrada en el Usuario*, pues se refiere a que los resultados logrados con la implementación del programa de seguridad del paciente, ha aumentado la calidad en la atención y ha permitido reducir los riesgos de presentarse sucesos adversos.

También se pudo detectar que en la entidad existe una *Cultura de Seguridad*, en la que la política se logra un entorno de confidencialidad y de confianza entre usuarios, profesionales, aseguradores y la comunidad. La institución y sus colaboradores tienen el compromiso de responsabilizarse de las condiciones que permita obtener dicho ambiente.

Así mismo se observa que en la institución investigada la política de seguridad del paciente es un *Componente del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención de la Salud* y que integra a todos sus componentes.

En cuanto al principio de *Multicausalidad*, se ha determinado que el problema de Seguridad del Paciente tiene un origen sistémico y multicausal e involucra los diferentes actores del sistema de salud y las diferentes áreas de la institución prestadora de salud.

Del mismo modo, se requiere de implementación y metodologías prácticas para impactar positivamente la Seguridad del Paciente, con base en la evidencia científica encontrada, lo cual confirma el principio de *Validez*.

Adicionalmente en cuanto a la *Alianza con el Paciente y su Familia* se observa que en la entidad, la política de Seguridad del Paciente involucra a las familias y al paciente en sus acciones de mejora, además de la información que se suministra y difunde a toda la comunidad a través de la educación que se le brinda a población objeto.

Es importante resaltar que existe una verdadera *Alianza con el Profesional de la Salud*, la cual se detectó en las entrevistas realizadas a los colaboradores, observando que el Programa de Seguridad surge del reconocimiento de principio ético en la atención prestada a los usuarios por el equipo profesional en salud y de la complejidad de estos procesos, se observa una participación activa de los mismos con la condición de evitar el señalamiento injustificado.

Al desarrollar el Programa de Seguridad del Paciente al interior de la entidad se encuentra que la obtención de resultados son claros, perceptibles y con indicadores, que permiten al usuario y sus familias entornos y servicios seguros con mejor calidad, evitando o minimizando cada vez más la incidencia de eventos adversos.

De acuerdo al análisis que realiza Elmore⁽⁷⁾ define cuatro modelos organizacionales para la implementación a saber: a) **Implementación como administración de sistemas**, en el cual los problemas de administración son producto de las deficiencias en planeación, especificación y control. b) Implementación como un **Proceso Burocrático** que representa una perspectiva sociológica en torno a las organizaciones, el punto de partida de este modelo es la hipótesis de que el rasgo esencial de las organizaciones consiste en la

interacción entre la rutina y el libre albedrío. Sugiere la observación del comportamiento de los burócratas y los problemas derivados al momento de introducir nuevas políticas con objeto de intentar adaptarlos al objetivo de la política. c) Implementación como **conflicto y negociación**: que se interesa en el problema de cómo las personas con intereses diferentes se adhieren a una tercera en común, existiendo un proceso permanente de negociación e influencia entre los actores sociales y políticos, d) y por último el Modelo del **Desarrollo Organizacional**, que es el modelo que más afín se encuentra a los hallazgos del estudio; este modelo, es el resultado de una combinación relativamente reciente de la teoría sociológica y la psicológica que centra su atención en el conflicto entre las necesidades de los individuos y las necesidades vitales de la organización.

El modelo del Desarrollo Organizacional ofrece una imagen del proceso de implementación muy diferente, además de sostener que, entre más democrática sea la organización, más eficiente será. De igual forma, este modelo determina cómo la falta de consenso y obligación entre los responsables de la implementación es una de las razones fundamentales para su fracaso.

Las proposiciones en que se basa el Modelo de Desarrollo Organizacional son:

- a) “Las organizaciones deberían funcionar para satisfacer las necesidades psicológicas y sociales fundamentales de los individuos. Necesidades estas de autonomía y control sobre su propio trabajo, de participación en las decisiones que los afectan y de compromiso con los objetivos de la organización.”⁽³⁸⁾
- b) “Las organizaciones deberían estructurarse de tal suerte que maximizaran el control, la participación y los compromisos individuales en todos los niveles. La mejor estructura organizacional es la que minimiza el control jerárquico y distribuye la responsabilidad de la toma de decisiones entre todos los niveles de la organización.”

(38)

Desde la perspectiva de este modelo, los fracasos de la implementación no se conciben como resultado de un deficiente control administrativo, ni de la persistencia de rutinas

burocráticas, sino que surgen de la ausencia de consenso y de compromiso entre los responsables de la implementación.

Esto refuerza el concepto de quienes están en el nivel inferior de la organización son agentes menos competentes en la toma de decisiones que quienes están en la cúspide. Eso quiere decir que quienes están arriba tienen más autonomía de decisión, mientras que los de abajo son sometidos a mayores controles. Así, quienes implementan deben hacer a un lado sus puntos de vista y someterse a la autoridad y competencia de superiores que son los que elaboran las políticas.

El mensaje contundente de este modelo es que la capacidad de implementación se origina en la base de las organizaciones, no en la cúspide. En cada uno de los dos modelos de Administración de Sistemas y de proceso burocrático, el problema central gira en torno a la manera en la que los responsables de la elaboración de las políticas y los funcionarios de alto nivel podrían modificar el comportamiento de los encargados de la implementación, utilizando para ello los dispositivos habituales de control jerárquico.

Y en ese sentido es donde tiene gran relación con la etapa de los procesos de implementación pues los equipos de trabajo son una herramienta clave para el correcto funcionamiento de la organización en la medida que, si están bien diseñados y coordinados, facilitan la implementación de las política.

El modelo que más se ajusta a una organización donde existen los consensos, la sana resolución de conflictos, las buenas relaciones interpersonales y, por lo tanto, una buena implementación, es el modelo de Desarrollo Organizacional. Como lo dice Aguilar⁽³⁸⁾, “los grupos de trabajo eficaces se caracterizan por el acuerdo en torno a los objetivos, la comunicación abierta, la confianza y el apoyo mutuo, el aprovechamiento pleno de las aptitudes de sus miembros y el manejo adecuado de los conflictos”.

Se podría decir por lo tanto que este es el modelo que más trata de acercarse a una implementación que involucre a todos los individuos de la organización y de poner de

antemano las capacidades de cada persona con el fin de alejarse de un absolutismo al imponer y optar por una confianza en los equipos de trabajo a la vez que se fomenta en ellos la eficiencia a través de lo que cada uno tiene que aportar. De esta manera, antes que la política que se va a implementar, se piensa en los equipos de trabajo que la van a implementar y se les hace parte de esto, con el fin de que cada persona sienta que de verdad aporta a dicha implementación.

Teniendo en cuenta lo anterior y revisando el documento “Aspectos Organizacionales en la Implementación de Políticas Públicas del sector social-productivo: el caso del Fideicomiso para el Desarrollo de Microproyectos Productivos del Sistema de Financiamiento para el Desarrollo del Estado, SIFIDE, del Estado de San Luis de Potosí.”⁽³⁹⁾ El Programa de Seguridad del Paciente nace con el fin de brindar más seguridad y reducir los eventos adversos en la prestación de servicios en salud y de esta manera mejorar la calidad en la atención, el cual tiene la posibilidad de producir consecuencias indeseables, lo que se puede considerar como una solicitud social, teniendo en cuenta que la salud es una de las necesidades básicas sociales y a su vez requiere de intervenir sobre la autonomía y el control en el trabajo de quienes brindan este servicio en la Institución.

Este aspecto se identifica con una de “las cuatro proposiciones fundamentales del modelo de Desarrollo Organizacional como modelo de políticas públicas”,⁽³⁹⁾ reflejándose en la adopción del Programa de Seguridad del Paciente por la alta gerencia en la institución desde 2009 con base al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y direccionando su implementación con las diferentes estrategias identificadas como elaboración de documentos asistenciales para la estandarización de procesos, la identificación y priorización de riesgos potenciales en la prestación del servicio con metodología AMFE, identificación y análisis sistemática de los eventos en salud con el fin de incluir cambios en la estructura asistencial y crear barreras de seguridad para evitar su repetición, capacitaciones tanto en inducciones como en jornadas de educación continua para el personal asistencial para así sensibilizar y motivar en la incorporación de actividades de

prevención y promoción de la atención segura y reducir de esta manera en la presentación de incidentes y evento adversos, entre otras estrategias identificadas.

De igual manera se puede identificar la segunda proposición fundamental del Modelo de Desarrollo Organizacional en la cual “las organizaciones deberían estructurarse de tal suerte que se maximizaran el control, la participación y el compromiso individual en todos los niveles, minimizando el control jerárquico y distribuye la responsabilidad de toma de decisiones entre todos los niveles de la organización”, ⁽³⁹⁾ en la Institución Prestadora de Servicios en Salud, se identifica los niveles jerárquicos en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente representado en el Líder de Gestión en Calidad como cabeza responsable del programa, apoyado por el representante del gerente ante el comité de calidad, un enfermero asignado al programa y el Líder de Gestión Hospitalaria, las enfermeras administrativas de las clínicas y el equipo de auditoría interna; los colaboradores asistenciales entrevistados reconocen que el programa de seguridad del paciente, involucra a todos los estamentos desde la alta gerencia hasta el personal asistencial, articulando de igual manera la creación de una Política de Atención Segura con Acuerdo de Junta Directiva 0005 de 2014, un comité de Seguridad del Paciente conformado por Resolución 0003 de 2014, todo lo anterior forjado a través de una estructuración, creando cargos que antes no existían y convocando la participación de los colaboradores administrativos y asistenciales a través la expedición de los documentos legales que permitieran la viabilidad de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente.

La tercera proposición fundamental del Modelo de Desarrollo Organizacional planteado por Elmore describe que “un proceso efectivo de toma de decisiones en las organizaciones depende de la creación de grupos eficaces de trabajo. La calidad de las relaciones interpersonales en las organizaciones determina en buena medida la calidad de las decisiones. Los grupos de trabajo se caracterizan por su acuerdo mutuo en torno a las metas, por la comunicación abierta entre los individuos, por la confianza y el apoyo mutuo entre los miembros del grupo, por el pleno aprovechamiento de las aptitudes de los miembros y por el control eficaz de los conflictos. La toma de decisiones consiste

principalmente en la construcción del consenso y de sólidas relaciones interpersonales entre los miembros del grupo,”⁽³⁹⁾ para esta proposición la IPS con la gestión del Líder de Calidad y el representante del Gerente al comité de calidad, han realizado a nivel de los colaboradores asistenciales y de apoyo, la difusión del Programa con colaboración de los líderes de área y estudiantes de los convenio docencia servicio que realizan práctica en las clínicas con mecanismos para lograr adherencia al Programa de Seguridad del Paciente como capacitaciones institucionales periódicas, inducciones a colaboradores nuevos que ingresan a la entidad, retroalimentación de los indicadores de gestión del riesgo, educación continuada, realización de comité de seguridad del paciente, capacitación, seguimiento y evaluación a la adherencia a las prácticas seguras, momentos breves de seguridad y se involucra a los usuarios con educación a la familia y acompañantes en seguridad del paciente, autocuidado y manejo de desechos hospitalarios. En los respectivos comités se busca construir a través de la discusión consenso y mejorar las relaciones interpersonales con el equipo de trabajo.

Se realiza seguimiento a los indicadores reglamentarios que aplican a las Guías de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente y los normativos relacionados con el Programa socializados y notificados a los entes de control territorial y a los colaboradores asistenciales. Se evidencia la tendencia que presentan estos indicadores, lo cual marca una reducción en su presentación, representando un proceso efectivo de toma de decisiones y conformación eficaz de equipos de trabajo. Es de resaltar que actualmente la Junta Directiva de la Entidad no cuenta con socialización de la Política de Seguridad del Paciente teniendo en cuenta este ente es renovado frecuentemente y requiere en cada vigencia ser dada a conocer.

La cuarta proposición del modelo de Desarrollo Organizacional refiere que “el proceso de implementación es, necesariamente, un proceso de creación de consenso y de adaptación entre quienes elaboran las políticas y los responsables de la implementación. El problema central de la implementación no reside en el grado hasta el cual se conformen los responsables de la implementación a la política prescrita, sino en la capacidad del proceso

mismo de generar consenso en torno a la meta, de propiciar el ejercicio de la autonomía individual y de fomentar el compromiso con la política por quienes deben ponerla en práctica, ⁽³⁹⁾ para este punto la decisión de la implementación de la Política en la IPS para ese entonces se tomó desde la alta dirección con base a la creación por Ministerio de Salud y Protección Social del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad que derivó en el Programa de Seguridad del Paciente, con el fin de utilizar una nueva estrategia con la meta de mejorar la calidad en la prestación de los servicios en salud, para la cual no se tuvo la oportunidad de crear consenso entre los participantes de la implementación, entre ellos los líderes y colaboradores asistenciales y de apoyo, paso que se dio con el transcurrir del tiempo que los actores, con las diferentes estrategias ya descritas, se involucraron, fueron obteniendo aceptabilidad y viabilidad hasta llegar a la fidelidad a través de la adherencia por parte de los colaboradores, con sentido de integridad en su aplicación y observando mejoramiento en la calidad en la atención a los pacientes, incrementando gradualmente, la ejecución del programa y mejorando el impacto en el resultado de los indicadores.

En el documento de Guízar Montúfar, Rafael de la Universidad de la Salle Bajío, 2013, ⁽⁴⁰⁾ en el que se analiza el Desarrollo Organizacional en sus principios y aplicaciones, se considera que el cambio se presenta en las organizaciones como parte de su evolución normal, y que estar consciente de ello les permite adaptarse con más rapidez a las turbulencias del entorno. Por ello, si una organización no cambia, puede obtener resultados desastrosos o incluso desaparecer. Muchas instituciones intentan enfrentarse al cambio y capitalizan las oportunidades que se les presentan mediante la aplicación de programas de Desarrollo Organizacional.

En este proceso de cambio concurren Fuerzas internas, funciones del trabajador, objetivos, tecnología y políticas, y además Fuerzas externas: educacionales, culturales, sociales, políticas, económicas y tecnológicas.

Existen varias razones por las cuales es necesario apoyarse en el Desarrollo Organizacional: aumento de conocimientos, rápida obsolescencia de los productos, composición cambiante de la fuerza de trabajo y la creciente internacionalización de los negocios.

Varios Visionarios del Desarrollo Organizacional como Lewin, McGregor Likert, Lippitt, Watson y French obtuvieron resultados excelentes al considerar que cualquier proceso de cambio se gesta tanto en el ámbito personal como en el grupal u organizacional. Es indudable que el desarrollo organizacional existirá mientras en las empresas prevalezca este espíritu de cambio en todos los órdenes, pues ello representa la clave para que mantengan su competitividad tanto en el mercado nacional como en el exterior.

El modelo de planeación, que define las etapas de cambio planeado, fue desarrollado por Lippitt, Watson y Westley. Los dos principales conceptos de este modelo implican que toda la información debe ser compartida libre y abiertamente entre la organización y el agente de cambio (consultor), y que dicha información puede ser útil solo si se concreta en planes de acción, es decir, “aterrizar” la planeación. El modelo de investigación-acción enfoca el cambio planeado como un proceso cíclico que involucra colaboración entre los miembros de la organización y los expertos en Desarrollo Organizacional. Este modelo da especial importancia a la recopilación de datos y al diagnóstico antes de la acción. El modelo de cambio de Faria Mello quien integra el valioso concepto conocido como “contacto y contrato” y el cual es considerado el inicio para la realización de un estudio de Desarrollo Organizacional.

Se puede concluir que el Desarrollo Organizacional implica un proceso cíclico que nunca termina.

Por lo planteado en los diferentes capítulos en esta obra, se observa que se enfoca más en la explicación del modelo de Desarrollo Organizacional y lo encontrado en este proyecto se enfoca más en el análisis de la implementación de la política de seguridad del paciente, lo que se considera que no tiene correlación con lo planteado en la investigación desarrollada en la Entidad. Se debe tener en cuenta que algunos conceptos se pueden aplicar a la organización, como el proceso constante de cambio y la colaboración entre los miembros de la misma entidad.

13 CONCLUSIONES

En concordancia con los Objetivos Específicos planteados en la investigación y los resultados obtenidos en las entrevistas, además de la revisión de los indicadores y su trazabilidad se puede concluir que:

Se identifica claramente el **Direccionamiento por la Alta Dirección** y los Líderes de Área, con alto grado de aceptabilidad y una importante adopción de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, que ha garantizado su sostenibilidad a través de los años, con gran sentido de idoneidad y resaltando su viabilidad en la organización. Así mismo, se ha logrado una importante cobertura en la institución y hacia la población usuaria de los servicios que se prestan en la misma, conllevando a la sustentabilidad real con la incorporación de la Política en el quehacer general de los colaboradores y de la entidad.

En referencia **a los recursos relacionados con la implementación del Programa de Seguridad** del Paciente en estudio, se determina que no se ha incorporado el rubro correspondiente en el presupuesto, por lo cual no se tiene el dato de los costos parciales, marginales, ni totales. Las diferentes necesidades de la implementación se logran cubrir a través de otros rubros en el presupuesto anual, y además se cuenta con el apoyo de la Alcaldía Municipal para realizar procesos de Mejoramientos o adecuaciones en la parte de infraestructura y con el convenio Docente Asistencia para la consecución de equipos biomédicos y apoyo en la capacitación continua tanto de los colaboradores como los usuarios de los servicios.

Se determina que la organización **tiene bien definidas las etapas y procesos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente**, lo cual le ha permitido realizar un seguimiento a través de los indicadores respectivos, y así determinar la trazabilidad de cada uno, ejecutando planes de mejoramiento cuando da lugar para aplicarlos, o sostener los que muestran tendencia positiva, dándolos a conocer a las entidades de control de acuerdo a la normatividad vigente.

También se estableció que **los productos y efectos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en estudio** se tienen bien determinados, gracias a la aceptación, adopción y fidelización por parte de la Alta Dirección y los colaboradores, impactando en forma positiva en su sustentabilidad, viabilidad e impacto con indicadores con resultados positivos. El análisis comparativo de los indicadores en los años 2015 al 2018 muestra tendencia positiva, gracias al esfuerzo realizado por los funcionarios que lideran el programa y el apoyo de la alta dirección y de los demás estamentos de la organización con estrategias específicas que el Programa incluye como la inducción, capacitación continua, implementación de barreras de seguridad, mejoramiento en infraestructura, actualización de equipos biomédicos, realización de rondas de seguridad y demás estrategias previstas en la caja de herramientas del Programa de Seguridad del Paciente.

14 RECOMENDACIONES

Dar a conocer a la alta gerencia (Junta Directiva), el Programa de Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta que como máxima autoridad de la IPS debe estar comprometida con su implementación y mantenimiento.

Se recomienda construir líneas base que permitan tener metas propias para evaluar el desempeño de los indicadores, y así evaluar objetivamente el Programa con los indicadores propios y de notificación obligatoria por la normatividad.

Fortalecer las estrategias de implementación del Programa de Seguridad del Paciente con énfasis en capacitaciones, inducciones y reinducciones al personal asistencial, con el fin de continuar impactando positivamente en la calidad en la atención en salud y favorecer a los usuarios y sus familias.

Dar a conocer los resultados de la presente investigación a los miembros de la alta gerencia de la entidad que sirva de base para toma de decisiones que fortalezcan el Programa de Seguridad del Paciente.

Es recomendable hacer difusión de la presente investigación a otras Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud con el fin de dar a conocer los resultados y efectos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente y permitir ampliar este tipo de investigación en estas.

15 REFERENCIAS

1. Aranaz, J., Aibar, C., Gea, M., & León, M. (2004). Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Medicina Clínica*, 123(1), 5-21.
2. OMS. (2010, 9). IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. OMS Organization Mundial de la Salud, RESEARCH: Better knowledge for safer care. Ginebra: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf.
3. Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2003,9). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. INSTITUTE OF MEDICINE: NATIONAL ACADEMY PRESS, Committee on Quality of Health Care in America. Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.
4. Ministerio de la Protección Social. (2007, 10). Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. República de Colombia, Estudio IBEAS. Bogotá D.C.: Fundación FITEC. Obtenido de <http://www.saludcordoba.gov.co/portal/descargas/legislacion/guias-manuales/pacientes.pdf>.
5. Godoy RSP, Pecanha DLN. Cultura organizacional e processos de inovação: um estudo psicossociológico em empresa de base tecnológica. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, v. 29, n.1, jun. 2009. Disponible:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2009000100012&lng=pt&nrm=iso>.
6. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, 2007.
7. Revuelta Vaquero B, La implementación de políticas públicas. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México; Julio de 2007. DÍKAION 200721135-

156. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72001610>. Fecha de consulta: 17 de octubre de 2017.
8. Rosas, JB. Políticas Públicas: Implementación y viabilidad política. Universidad de Chile, 28 de Noviembre de 2008. Disponible en [https://es.scribd.com/document/20059981/Clase 7 Políticas Públicas MGPP 19 noviembre 2008.pdf](https://es.scribd.com/document/20059981/Clase-7-Políticas-Públicas-MGPP-19-noviembre-2008.pdf).
 9. Muiño Miguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente. Anales de Medicina Interna Vol 24 N°12, pg 602 – 606, Aran Ediciones, SL. Madrid, 2007).
 10. Organización Mundial de la Salud. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. WHO 2009. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
 11. Ministerio de la Protección Social. Decreto N° 1011 de 2006. Bogotá, DC; 2006 abril 3; citado 2017 septiembre 15. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%20006.pdf.
 12. Gobierno de Chile Ministerio del interior SUBDERE. Guía metodológica para la formulación de políticas públicas regionales. 2009 octubre 5. Citado 2017 octubre 13. Disponible en: http://www.subdere.cl/sites/default/noticiasold/articles-76900_recurso_1.pdf.
 13. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Revista Salud de Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad Social, México, 1986; 28:324-327.
 14. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Resolución 0112 de 2012.
 15. Ministerio de Salud y Protección social, 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. Bogotá, 28 de Mayo de 2014.

16. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2082 de 2014, Por el cual se dictan disposiciones para la Operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Bogotá, 29 de Mayo de 2014.
17. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2082 de 2014, Por el cual se dictan disposiciones en relación al Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la Calidad en Salud. Bogotá, 05 de Febrero de 2016.
18. Constitución Política de la República de Colombia. Gaceta Constitucional Número 114 del 4 de julio de 1991.
19. Ley 100 de 1993, Congreso de la República de Colombia, Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Diario Oficial N° 41148 de 23 de diciembre de 1993.
20. Ministerio de Salud, Resolución N° 04445 de 1996. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Bogotá, 2 de diciembre de 1996.
21. Ley 715 de 2011, Congreso de la República de Colombia, Por el cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política. Diario Oficial N° 44654 de 21 de diciembre de 2001.
22. El Departamento Administrativo de la Función Pública y el Presidente de la Republica, Decreto 4110 de 2004, por el cual se reglamenta la ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Bogotá, 9 de diciembre de 2004.
23. Ministerio de la Protección Social, Resolución N° 1043 de 2006. Por el 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. Bogotá, 3 de abril de 2006.
24. Ministerio de la Protección Social, Resolución N° 1445 de 2006. Por el cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora. Diario Oficial N° 46271. Bogotá, 17 de Mayo de 2006.

25. Ministerio de la Protección Social, Resolución N° 1446 de 2006. Por el cual se define el Sistema de Información para la Calidad. Diario Oficial N° 46271. Bogotá, 17 de Mayo de 2006.
26. Superintendencia Nacional de Salud. Circular externa 030 de 2006. Instrucciones en materia de indicadores de calidad. Diario Oficial N° 46278. Bogotá, 24 de mayo de 2006.
27. Ministerio de la Protección Social. Decreto N° 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Diario Oficial N° 46835. Bogotá, 7 de diciembre de 2007.
28. Congreso de la Republica. Ley 1122 de 2007. Por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial N° 46506. Bogotá, 9 de enero de 2007.
29. Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Ministerio de Salud. Bogotá, 2010.
30. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial N° 47957. Bogotá, 19 de enero de 2011.
31. Ministerio de Salud. Circular 005 de 2012. Lineamientos para la formulación del Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo anual vigencia 2012. Bogotá, 26 de enero de 2012.
32. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2679 de 2007. Por el cual se conforma el comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud. Diario Oficial N° 46715. Bogotá, 9 de agosto de 2007.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 123 de 2012. Modifica la resolución 1445 de 2006 en lo relativo al manual de acreditación de salud ambulatorio y hospitalario dirigido a las instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen servicios ambulatorios. Diario Oficial N° 48329. Bogotá, 31 de enero de 2012.
34. Norma Técnica Colombiana. NTC- ISO 9001. ICONTEC Internacional. Bogotá, 23 de septiembre de 2015.

35. Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Diario Oficial N° 49427. Bogotá, 16 de febrero de 2015.
36. Observatorio de salud. Dirección Territorial de Salud de Caldas. 2017. Disponible en <http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/>
37. Ministerio de Salud. Registro Especial de Prestadores de Salud. Octubre 2018. Disponible en <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>.
38. Aguilar Villanueva, Luis F. La implementación de las políticas. Tercera edición. México DF: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa; 2000. Disponible en: <https://economaiypoliticaspUBLICAS.files.wordpress.com/2015/01/6-elmores-en-la-implementacion-de-las-politicas-luis-f-aguilar-v.pdf>
39. Blanco Livera, Everardo. Aspectos organizacionales en la implementación de políticas públicas del sector social- productivo: el caso del Fideicomiso para el Desarrollo de Microproyectos Productivos del Sistema de Financiamiento para el Desarrollo del Estado, SIFIDE, del Estado de San Luis Potosí. Tesis para obtener el grado de Maestro en Asuntos Políticos y Políticas Públicas. El Colegio de San Luis A.C. San Luis de Potosí; septiembre de 2010.
40. Guízar Montúfar, Rafael. Desarrollo Organizacional, Principios y Aplicaciones. Cuarta Edición. Universidad de la Salle Bajío, Mc Graw Hill Edición, 2013.

16 ANEXOS

Anexo 1. Categorías de análisis y caracterización de variables

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	OPERACIONALIZACION	ITEMS	INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	OBJETIVOS ESPECIFICOS
FACTORES DE LA IMPLEMENTACION	DIRECCIONAMIENTO Y RECURSOS	* Expresiones en las fuentes consultadas	<p>* ¿El programa de Seguridad del paciente cuenta con los recursos financieros que requiere su implementación?</p> <p>* ¿El programa de seguridad del paciente cuenta con las guías necesarias para la gestión de prácticas seguras en la institución? (Cuáles)</p> <p>* ¿El programa de seguridad del paciente cuenta con indicadores de proceso, resultados e impacto que permiten su evaluación? (Cuáles)</p> <p>* ¿El programa de Seguridad del Paciente dispone del talento humano requerido para su implementación? (Cargos)</p> <p>* ¿La IPS dispone de los recursos económicos u otros recursos, para el cumplimiento de las actividades del Programa de Seguridad del paciente?</p> <p>* ¿La IPS cuenta con indicadores para medir el impacto del programa de seguridad del paciente?</p> <p>* Enuncie las estrategias implementadas para la aplicación de las guías de práctica segura en su servicio</p> <p>* ¿Percibe que existe compromiso y disposición de todos los integrantes de su servicio para el cumplimiento del Programa de Seguridad del paciente?</p>	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el direccionamiento y los recursos relacionados con la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en estudio.

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	OPERACIONALIZACION	ITEMS	INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	OBJETIVOS ESPECIFICOS
PROCESOS DE LA IMPLEMENTACION	ETAPAS Y PROCEDIMIENTOS DE IMPLEMENTACION	* Expresiones en las fuentes consultadas	<p>* ¿El programa de Seguridad del paciente ha sido implementado en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)?</p> <p>* ¿Se tienen identificados los riesgos potenciales en la prestación del servicio, relacionados con la Seguridad del Paciente?</p> <p>* ¿Qué estrategias utiliza la IPS para el reporte y análisis de eventos adversos? (Cuáles)</p> <p>* ¿El programa de seguridad del paciente cuenta con las guías necesarias para la gestión de prácticas seguras en la institución? (Cuáles)</p> <p>* ¿El programa de seguridad del paciente cuenta con indicadores de proceso, resultados e impacto que permiten su evaluación? (Cuáles)</p> <p>* ¿En la IPS se hace seguimiento y evaluación a los eventos relacionados con la seguridad del paciente?</p> <p>* ¿En la IPS se promueve el reporte permanente de los eventos adversos para mejorar la calidad de la atención en salud?</p> <p>* ¿La IPS evalúa periódicamente el desempeño del programa de seguridad del paciente?</p> <p>* ¿Desde el área asistencial se realiza el reporte permanente de los eventos de calidad presentados en el servicio para mejorar la atención en salud?</p>	Entrevista	Describir las etapas y procesos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente
	CADENAS DE MANDO	* Expresiones en las fuentes consultadas	* ¿Cuáles son las personas responsables jerárquicamente de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en su	Entrevista	Describir las etapas y procesos de la implementación del Programa de Seguridad del

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	OPERACIONALIZACION	ITEMS	INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	OBJETIVOS ESPECIFICOS
			<p>institución?</p> <p>* ¿El programa de Seguridad del paciente ha sido difundido a todos los equipos de trabajo de la IPS? (Personal asistencial y de apoyo)</p>		Paciente
	COMUNICACIÓN PARA LA IMPLEMENTACION	* Expresiones en las fuentes consultadas	<p>* ¿El programa de seguridad del paciente ha sido difundido en todos los estamentos de la institución (Alta Dirección)?</p> <p>* ¿El programa de Seguridad del paciente ha sido difundido a todos los equipos de trabajo de la IPS? (Personal asistencial y de apoyo)</p> <p>* ¿Qué mecanismos emplea la IPS para generar adherencia al personal en las prácticas seguras de atención en salud?</p> <p>* ¿Ha sido informado quienes son las personas responsables jerárquicamente de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en su institución?</p> <p>* ¿El personal asistencial es informado y participa de la evaluación, análisis y seguimiento de los eventos de calidad relacionados con la Seguridad del Paciente?</p> <p>* ¿Ha sido informado si el programa de Seguridad del paciente ha contribuido a la prevención y disminución de los eventos de calidad en su servicio?</p> <p>* ¿Conoce usted cuales son las guías aplicables en su servicio para la gestión de prácticas seguras? (Cuáles)</p> <p>* ¿Cómo fueron socializadas las guías aplicables en su servicio para la gestión de prácticas seguras?</p>	Entrevista	Describir las etapas y procesos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	OPERACIONALIZACION	ITEMS	INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	OBJETIVOS ESPECIFICOS
			<p>* ¿En caso de observar que algo podría afectar la Seguridad de paciente, se comunica libremente en su servicio?</p> <p>* ¿Conoce cuáles son los indicadores para medir el impacto del programa de seguridad del paciente?</p>		
RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION	EFFECTOS	*Análisis comparativo de indicadores 2015-2017	<p>Resultado de Indicadores del Programa de Seguridad del paciente años 2015 a 2017</p> <p>* ¿El programa de seguridad del paciente ha logrado disminuir los eventos adversos atribuibles a la atención en salud? (Cómo lo han logrado)</p> <p>* ¿En la IPS la implementación del Programa de Seguridad del paciente ha contribuido a la prevención y disminución de los eventos adversos?</p> <p>***Se verificaran los indicadores según las guías prácticas de Seguridad del paciente durante los años 2105 a 2017 por cada una de las guías obligatorias para los servicios a evaluar, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud - Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales - Prevención de úlceras por Presión - Prevenir y reducir la frecuencia de caídas - Seguridad en la utilización de medicamentos - Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos - Prevenir 	<p>* Hoja de registro de indicadores para analizar tendencias de cada IPS durante los años 2015 a 2017 de manera comparativa.</p> <p>* Se cruzará información para el análisis con algunas preguntas de las entrevistas</p>	<p>• Determinar los productos y efectos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en estudio.</p>

CATEGORIA	SUB CATEGORIA	OPERACIONALIZACION	ITEMS	INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	OBJETIVOS ESPECIFICOS
			<p>complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.</p> <p>***Se verificaran los indicadores que aplique según la Resolución 256 de 2016 y que se encuentran descritos en la hoja de registro***</p>		

CARACTERIZACION DE VARIABLES					
CLASIFICACION DE VARIABLES	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	OPERACIONALIZACION	INDICADOR
VARIABLES DE INFECCION ASOCIADAS CON LA ATENCION	Infecciones asociadas con la atención en salud	Númerica	Razón	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Tasa de infecciones asociadas con la atención en salud
	Infección urinaria asociada a sonda	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Índice de infección urinaria asociada a sonda
	Bacteremia asociada a catéter central	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Índice de infección urinaria asociada a sonda
	Infección quirúrgica	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de infección quirúrgica
	Adherencia a la higiene de manos	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de adherencia a la higiene de manos
	Adherencias a la profilaxis antibiótica	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de adherencias a la profilaxis antibiótica
	Adherencia a los aislamientos hospitalarios	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de adherencia a los aislamientos hospitalarios
VARIABLES DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISENCIALES	Paciente identificados correctamente	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de paciente identificados correctamente
	Incidente o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje de Incidente o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente
	Incidente o eventos adversos asociados con la identificación redundante	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje de Incidente o eventos adversos asociados con la identificación redundante
VARIABLES DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	Ulceras por presión	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de úlceras por presión

CARACTERIZACION DE VARIABLES

CLASIFICACION DE VARIABLES	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	OPERACIONALIZACION	INDICADOR
	Lesiones en piel de úlceras por presión	Numérica	Razón	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Tasa de lesiones en piel de úlceras por presión
	Presentación de úlceras por presión	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Índice de presentación de úlceras por presión
	Pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución
	Complicaciones en pacientes con úlceras por presión	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de complicaciones en pacientes con úlceras por presión
VARIABLES DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE FRECUENCIA DE CAÍDAS	Caídas del paciente	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de caídas del paciente
	Pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas
VARIABLES DE SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	Reacciones adversas a medicamentos	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de reacciones adversas a medicamentos
	Errores de medicación	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje de errores de medicación
	Fallas en la conservación y almacenamiento de medicamentos	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de fallas en la conservación y almacenamiento de medicamentos
VARIABLES DE SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	Cirugía no pertinente	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de cirugía no pertinente
	Cirugía programada cancelada	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de cirugía programada cancelada
	Pacientes con fallas anestésicas	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de pacientes con fallas anestésicas
	Pacientes con heridas contaminadas	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de pacientes con heridas contaminadas
VARIABLES DE COMPLICACIONES TRANSFUSIONALES	Eventos adversos derivados de proceso transfusionales	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de eventos adversos derivados de proceso transfusionales
	Reacciones transfusionales	Numérica	Razón	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Tasa de reacciones transfusionales
	Reacción adversa transfusional	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje de reacción adversa transfusional
	Tipo de reacciones adversa transfusional según definiciones del	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje de tipo de reacciones adversa según

CARACTERIZACION DE VARIABLES

CLASIFICACION DE VARIABLES	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	OPERACIONALIZACION	INDICADOR
	caso				definiciones del caso
	Reacción adversa transfusional por grado de severidad (leve, moderado, severo o muerte)	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje de reacción adversa transfusional por grado de severidad (leve, moderado, severo o muerte)
	Grado de imputabilidad (Grado 0, 1, 2 ó 3)	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje por grado de imputabilidad (Grado 0, 1, 2 ó 3)
	Reacción adversa transfusional por componente sanguíneo transfundido	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje de reacción adversa transfusional por componente sanguíneo transfundido
VARIABLES DE INDICADORES SEGÚN RESOLUCIÓN 256 DE 2016	Incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico	Numérica	Razón	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico
	Incidencia de infección de tracto urinario asociada a catéter	Numérica	Razón	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Tasa de incidencia de infección de tracto urinario asociada a catéter
	Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter	Numérica	Razón	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a catéter
	Caída de pacientes en el servicio de urgencias	Numérica	Razón	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias
	Caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Numérica	Razón	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
	Eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
	Eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias
	Ulceras por presión	Numérica	Razón	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Tasa de úlceras por presión
	Cancelación de cirugía	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de cancelación de cirugía

Anexo 2. Guía de entrevista

- **Entrevista a Gerente – Líder de Calidad y Líder de Seguridad del paciente**

La presente entrevista quiere recoger sus opiniones sobre los temas a que se refiere el programa de seguridad del paciente en la Institución en la que usted trabaja, según su relación con el tema propuesto.

Fecha: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

Implementación	
Pregunta	Categoría a evaluar
1. ¿El programa de Seguridad del paciente ha sido implementado en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)?	Etapas y procedimientos de implementación
2. ¿El programa de Seguridad del paciente cuenta con los recursos financieros que requiere su implementación?	Direccionamiento y recursos
3. ¿El programa de seguridad del paciente ha sido difundido en todos los estamentos de la institución (Alta Dirección)?	Comunicación para la implementación Cadenas de mando
4. ¿Cuáles son las personas responsables jerárquicamente de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en su institución?	Cadenas de mando
5. ¿El programa de Seguridad del paciente ha sido difundido a todos los equipos de trabajo de la IPS? (Personal asistencial y de apoyo)	Comunicación para la implementación Cadenas de mando
6. ¿El programa de Seguridad del Paciente dispone del talento humano requerido para su implementación? (Cargos)	Direccionamiento y recursos

7. ¿La implementación del programa de seguridad del paciente ha logrado disminuir los eventos adversos atribuibles a la atención en salud? (Cómo lo han logrado)	Efectos
8. ¿Se tienen identificados los riesgos potenciales en la prestación del servicio, relacionados con la Seguridad del Paciente?	Etapas y procedimientos de implementación
9. ¿Qué estrategias utiliza la IPS para el reporte y análisis de eventos adversos? (Cuáles)	Etapas y procedimientos de implementación
10. ¿El programa de seguridad del paciente cuenta con las guías necesarias para la gestión de prácticas seguras en la institución? (Cuáles)	Etapas y procedimientos de implementación Direccionamiento y recursos
11. ¿El programa de seguridad del paciente cuenta con indicadores de proceso, resultados e impacto que permiten su evaluación? (Cuáles)	Direccionamiento y recursos Etapas y procedimientos de implementación

Anexo 3. Guía de entrevista

- **Entrevista a Líder de servicio médico y de enfermería por servicio a evaluar**

La presente entrevista quiere recoger sus opiniones sobre los temas a que se refiere el programa de seguridad del paciente en la Institución en la que usted trabaja, según su relación con el tema propuesto.

Fecha: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

En la IPS	
Pregunta	Categoría a evaluar
1. ¿El direccionamiento estratégico incluye la gestión de la Seguridad del Paciente en la institución?	Direccionamiento y recursos
2. ¿Cuáles son las personas responsables jerárquicamente de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en su institución?	Cadenas de mando
3. ¿Qué mecanismos emplea la IPS para generar adherencia al personal en las prácticas seguras de atención en salud?	Comunicación para la implementación
4. ¿En la IPS se hace seguimiento y evaluación a los eventos relacionados con la seguridad del paciente?	Etapas y procedimientos de implementación
5. ¿El programa de Seguridad del Paciente dispone del talento humano requerido para su implementación? (Cargos)	Direccionamiento y recursos
6. ¿La IPS dispone de los recursos económicos u otros recursos, para el cumplimiento de las actividades del Programa de Seguridad del paciente?	Direccionamiento y recursos
7. ¿En la IPS se promueve el reporte permanente de los eventos adversos para mejorar la calidad de la atención en salud?	Etapas y procedimientos de implementación

8. ¿En la IPS la implementación del Programa de Seguridad del paciente ha contribuido a la prevención y disminución de los eventos adversos?	Efectos
9. ¿La IPS evalúa periódicamente el desempeño del programa de seguridad del paciente?	Etapas y procedimientos de implementación
10. ¿El programa de seguridad del paciente cuenta con las guías necesarias para la gestión de prácticas seguras en la institución? (Cuáles)	Direccionamiento y recursos
11. ¿La IPS cuenta con indicadores para medir el impacto del programa de seguridad del paciente?	Direccionamiento y recursos

Anexo 4. Guía de entrevista

- **Entrevista dirigida a Representante asistencial (profesional de la salud y auxiliar de enfermería).**

La presente entrevista quiere recoger sus opiniones sobre los temas a que se refiere el programa de seguridad del paciente en la Institución en la que usted trabaja, según su relación con el tema propuesto.

Fecha: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

En la IPS	
Pregunta	Categoría a evaluar
1. ¿El direccionamiento estratégico incluye la gestión de la Seguridad del Paciente en la institución?	Direccionamiento y recursos
2. ¿Ha sido informado quienes son las personas responsables jerárquicamente de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en su institución?	Comunicación para la implementación
3. ¿Qué mecanismos emplea la IPS para generar adherencia al personal en las prácticas seguras de atención en salud?	Comunicación para la implementación
4. ¿Desde el área asistencial se realiza el reporte permanente de los eventos de calidad presentados en el servicio para mejorar la atención en salud?	Etapas y procedimientos de implementación
5. ¿El personal asistencial es informado y participa de la evaluación, análisis y seguimiento de los eventos de calidad relacionados con la Seguridad del Paciente?	Comunicación para la implementación
6. ¿La IPS dispone de los recursos económicos u otros recursos, para el cumplimiento de las actividades del Programa de Seguridad del paciente?	Direccionamiento y recursos
7. ¿Ha sido informado si el programa de Seguridad del paciente ha contribuido a la prevención y disminución de los eventos de calidad en su servicio?	Comunicación para la implementación

8. ¿Conoce usted cuales son las guías aplicables en su servicio para la gestión de prácticas seguras? (Cuáles)	Comunicación para la implementación
9. ¿Cómo fueron socializadas las guías aplicables en su servicio para la gestión de prácticas seguras?	Comunicación para la implementación
10. Enuncie las estrategias implementadas para la aplicación de las guías de práctica segura en su servicio.	Direccionamiento y recursos
11. ¿Percibe que existe compromiso y disposición de todos los integrantes de su servicio para el cumplimiento del Programa de Seguridad del paciente?	Direccionamiento y recursos
12. ¿En caso de observar que algo podría afectar la Seguridad de paciente, se comunica libremente en su servicio?	Comunicación para la implementación
13. ¿Conoce cuáles son los indicadores para medir el impacto del programa de seguridad del paciente?	Comunicación para la implementación

Anexo 5. Hoja de Registro: Política, Programa y Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente.

HOJA DE REGISTRO POLITICA, PROGRAMA Y BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
IPS Evaluada:		INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE MANIZALES
Fecha de aplicación:		07/07/2019
Responsable (s) de aplicación del instrumento:		Germán Aristizabal Moreno - Julio César García Jiménez

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
1	¿Se evidencia que la Política de Seguridad del paciente hace parte fundamental de la plataforma estratégica de la institución?	CUMPLE	Acuerdo 0005 de 2014
2	¿La Gerencia asigna un presupuesto económico destinado para el cumplimiento de las actividades de Seguridad del paciente?	NO CUMPLE	
3	¿Cuenta la IPS con un equipo líder de Seguridad del Paciente?	CUMPLE	
4	¿Se dan entrenamiento a los líderes en los aspectos de Seguridad del paciente?	CUMPLE	
5	¿Se capacita de manera continua a los colaboradores en las prácticas seguras de obligatorio cumplimiento?	CUMPLE	
6	¿Cuenta la IPS con una metodología definida para el análisis y gestión del riesgo?	CUMPLE	Cuál? Priorización de riesgos con semaforización de eventos por servicio, AMFE.
7	¿Se tienen identificadas las posibles causas de fallas potenciales durante el proceso de atención?	CUMPLE	AMFE por servicio.
8	¿Se evidencia el acto administrativo o la Resolución de creación del Comité de Seguridad del paciente?	CUMPLE	RESOLUCIÓN N° 0003 DE 8 de Enero de 2014

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
9	¿Se evidencia la existencia de actas de reuniones periódicas del Comité de Seguridad de Paciente?	CUMPLE	ÚLTIMA ACTA ELABORADA 14 DE JUNIO DE 2019
10	¿Existen evidencia del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud como Incidentes y/o Evento Adverso?	CUMPLE	SOFTWARE DE SOGC, con acceso a través del Sistema de Información Institucional por extranet en todos los centros de atención de la institución.
11	¿Se evidencia la implementación de un sistema de análisis de causas de las fallas en la atención en salud?	CUMPLE	PROTOCOLO DE LONDRES
12	¿Existe evidencia del desarrollo institucional de las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente, obligatorias que le apliquen?	CUMPLE	
GUIAS DE PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
13	¿En la institución se encuentra documentada la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud?	CUMPLE	Código del documento GQ-SEP-003-G002, Actualizado el 27/02/2019, Versión 2,0.
14	¿Se evidencia socialización de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud?	CUMPLE	
15	Existe implementación de los parámetros establecidos en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.	CUMPLE	
16	Se evidencian indicadores propios de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud	NO CUMPLE	

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
17	En la institución se encuentra documentada la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales?	CUMPLE	Código del documento GQ-SEP-P004, Actualizado el 19/06/2019, Versión 4,0.
18	Se evidencia socialización de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.	CUMPLE	
19	Existe implementación de los parámetros establecidos en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.	CUMPLE	
20	Se evidencian indicadores propios de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.	NO CUMPLE	
21	En la institución se encuentra documentada la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevención de úlceras por Presión?	CUMPLE	Código del documento GA-GEH-002-G007, Actualizado el 27/04/2016, Versión 2,0.
22	Se evidencia socialización de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevención de úlceras por Presión.	CUMPLE	
23	Existe implementación de los parámetros establecidos en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevención de úlceras por Presión.	CUMPLE	
24	Se evidencian indicadores propios de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevención de úlceras por Presión.	NO CUMPLE	

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
25	En la institución se encuentra documentada la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevenir y reducir la frecuencia de caídas.	CUMPLE	Código del documento GQ-SEP-003-G004, Actualizado el 24/04/2019, Versión 2,0.
26	Se evidencia socialización de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevenir y reducir la frecuencia de caídas.	CUMPLE	
27	Existe implementación de los parámetros establecidos en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevenir y reducir la frecuencia de caídas.	CUMPLE	
28	Se evidencian indicadores propios de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevenir y reducir la frecuencia de caídas.	NO CUMPLE	
29	En la institución se encuentra documentada la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Seguridad en la utilización de medicamentos.	CUMPLE	Código del documento GQ-SEP-003-G004, Actualizado el 24/04/2019, Versión 1,0.
30	Se evidencia socialización de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Seguridad en la utilización de medicamentos.	CUMPLE	
31	Existe implementación de los parámetros establecidos en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Seguridad en la utilización de medicamentos.	CUMPLE	
32	Se evidencian indicadores propios de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Seguridad en la utilización de medicamentos.	NO CUMPLE	

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
33	En la institución se encuentra documentada la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.	NO APLICA	
34	Se evidencia socialización de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.	NO APLICA	
35	Existe implementación de los parámetros establecidos en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.	NO APLICA	
36	Se evidencian indicadores propios de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.	NO APLICA	
37	En la institución se encuentra documentada la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.	NO APLICA	
38	Se evidencia socialización de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.	NO APLICA	

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
39	Existe implementación de los parámetros establecidos en la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.	NO APLICA	
40	Se evidencian indicadores propios de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud relacionada con: Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.	NO APLICA	
41	Existen otras guías técnicas complementarias relacionadas con buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud?	CUMPLE	Cuáles? Protocolo de uso de gases medicinales, Guía Administrativa de Inmovilización y sedación, Guía de Práctica Clínica en Salud Mental, Protocolo de Ingreso, Manejo y Egreso, Protocolo para la socialización y seguridad de la Tecnología Biomédica, Guía de Autocuidado, Protocolo de identificación, prevención y manejo de flebitis, Guía Administrativa de Uso racional de antibióticos, Guía de reactivo vigilancia, Manual de Farmacovigilancia, Manual de Tecnovigilancia, Protocolo de código azul, Guía Administrativa de Uso y Reúso de dispositivos médicos, Manual de normas generales de bioseguridad, Manual de Buenas Prácticas de Esterilización, Guías de Práctica Clínica de EDA, Sífilis congénita y gestacional, HTA, Reanimación Neonatal, Guía administrativa de Triage, Protocolo Uso de siglas y abreviaturas, Guía Administrativa para la Higiene de Manos, Guías de primeras causas en Consulta externa, Obstetricia, Hospitalización, Urgencias y Salud Oral. Consentimiento informado, Consentimiento informado de no reanimación, Manual de enfermería,

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
			etc...
42	¿Se realiza evaluación semestral de la adherencia a las guías de las buenas prácticas de seguridad del paciente?	CUMPLE	
43	¿Se realiza el seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y los que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes?	CUMPLE	
44	Se realiza reporte semestral a los indicadores normativos relacionados con seguridad del paciente.	CUMPLE	
45	Se realizan acciones correctivas frente a las desviaciones encontradas.	CUMPLE	

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Modificado de:		<ul style="list-style-type: none"> * Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. * Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”. * Modelo pedagógico. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”. * Resolución 256 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social. * Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”. * Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”. * Prevención de úlceras por Presión. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”. * Prevenir y reducir la frecuencia de caídas. Paquetes Instruccionales. Guía técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”. * Seguridad en la utilización de medicamentos. Paquetes Instruccionales. Guía técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”. * Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos. Paquetes Instruccionales. Guía técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”. * Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea. Paquetes Instruccionales. Guía técnica “Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud”.

Anexo 6. Hoja de Registro: Indicadores Guías de Prácticas de Seguridad del Paciente.

INDICADORES GUIAS DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CUMPLIMIENTO
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	
TASA DE INFECCIÓN ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)	CUMPLE
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	NO CUMPLE
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO	NO CUMPLE
INFECCIÓN GLOBAL ASOCIADA AL CUIDADO EN SALUD	NO CUMPLE
INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDA	NO CUMPLE
BACTEREMIA ASOCIADA A CATÉTER CENTRAL	NO APLICA
PROPORCIÓN DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA	NO APLICA
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS	CUMPLE
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA	NO APLICA
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LOS AISLAMIENOS HOSPITALARIOS	NO APLICA
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	
PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE	CUMPLE
PORCENTAJE DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	CUMPLE
PORCENTAJE DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN REDUNDANTE.	CUMPLE
PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN	
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CUMPLE
PROPORCIÓN DE UPP	CUMPLE
TASA DE LESIONES EN PIEL DE ULCERAS POR PRESION (UPP)	CUMPLE
ÍNDICE DE PRESENTACION DE ULCERAS POR PRESION (UPP)	CUMPLE

INDICADORES GUIAS DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CUMPLIMIENTO
PREVALENCIA DE ULCERAS POR PRESION (UPP)	CUMPLE
PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE DESARROLLAN ULCERAS POR PRESION (UPP) EN LA INSTITUCIÓN	CUMPLE
PROPORCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ULCERAS POR PRESION (UPP)	CUMPLE
PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	
PROPORCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE	CUMPLE
ADHERENCIA AL PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS	CUMPLE
PROPORCIÓN DE PACIENTES A QUIENES SE LES IDENTIFICA EL RIESGO DE CAÍDAS	CUMPLE
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	
ERRORES DE CONCILIACIÓN	NO APLICA
IDENTIFICACIÓN DE ALERTA DE MEDICAMENTOS	CUMPLE
PROPORCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	NO CUMPLE
PORCENTAJE DE ERRORES DE MEDICACIÓN	CUMPLE
PROPORCIÓN DE FALLAS EN LA CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS	CUMPLE
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E IMPLANTE EQUIVOCADO	NO APLICA
PROPORCIÓN DE CIRUGÍA NO PERTINENTE	NO APLICA
PROPORCIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA CANCELADA	NO APLICA
PROPORCIÓN DE PACIENTES CON FALLAS ANESTÉSICAS	NO APLICA
PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HERIDAS CONTAMINADAS	NO APLICA
PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	
PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DE PROCESOS TRANSFUSIONALES	NO APLICA

INDICADORES GUIAS DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CUMPLIMIENTO
TASA DE REACCIONES TRANSFUSIONALES	NO APLICA
PORCENTAJE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)	NO APLICA
PORCENTAJE TIPO REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT) SEGÚN DEFINICIONES DE CASO	NO APLICA
PORCENTAJE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT) POR GRADO DE SEVERIDAD (LEVE, MODERADO, SEVERO O MUERTE)	NO APLICA
PORCENTAJE POR GRADO DE IMPUTABILIDAD (GRADO 0, 1, 2 o 3)	
PORCENTAJE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT) POR COMPONENTE SANGUÍNEO TRANSFUNDIDO.	NO APLICA

INDICADORES DE RESOLUCION 256 DE 2016

INDICADOR	OBSERVACION	ATRIBUTO	CUMPLIMIENTO
Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	No requieren reporte por parte del Prestador. El cálculo de este indicador lo realizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de fuentes integradas en SISPRO y de la información suministrada por el Instituto Nacional de Salud.	SEGURIDAD	NO APLICA
Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)			CUMPLE
Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)			CUMPLE
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Si requiere reporte a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social		CUMPLE
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.			CUMPLE
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización			CUMPLE

INDICADOR	OBSERVACION	ATRIBUTO	CUMPLIMIENTO
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	SISPRO, según Anexo Técnico No. 2- Registro Tipo 5		CUMPLE
Tasa de úlceras por presión.			CUMPLE
Proporción de cancelación de cirugía.	Si requiere reporte a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO, según Anexo Técnico No. 2-Registro Tipo 4		NO APLICA

Modificado de:

- * Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.
- * Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".
- * Modelo pedagógico. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".
- * Resolución 256 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.
- * Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".
- * Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".
- * Prevención de úlceras por Presión. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".
- * Prevenir y reducir la frecuencia de caídas. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".
- * Seguridad en la utilización de medicamentos. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".
- * Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".
- * Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea. Paquetes Instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".

Anexo 7. Hoja de Registro: Resultado de Indicadores Guías de Prácticas de Seguridad del Paciente, Trazabilidad y tendencia entre 2015 a 2018.

Anexo 8. Hoja de Registro: Resultado de Indicadores Resolución 0256 de 2016, Trazabilidad y tendencia entre 2015 a 2018.

Anexo 9. Consentimiento informado entrevistas.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PUBLICA	
INVESTIGACIÓN:	
Título:	
"Caracterización de la implementación de programas de seguridad del paciente en Instituciones Prestadoras de servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad en la ciudad de Manizales, 2015 a 2018".	
Ciudad y fecha: _____	
Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, estudiantes de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:	
1. Entrevista	
Adicionalmente se me informó que:	
Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.	
No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de seguridad del paciente en mi servicio y en la institución.	
Autorizo a los investigadores para que realicen grabación de la entrevista, con el objetivo de facilitar la transcripción de la información suministrada.	
<ul style="list-style-type: none">• Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.	

- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

HUELLA

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____ Huella Índice derecho:

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 082 del día 28 del mes de noviembre de 2018.

RESUMEN DEL PROYECTO

Nombre:

“Caracterización de la implementación de programas de seguridad del paciente en Instituciones Prestadoras de servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad en la ciudad de Manizales, 2015 a 2018”.

Objetivo General:

Caracterizar la Implementación de los programas de seguridad del paciente en instituciones prestadoras de servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad en la ciudad de Manizales, 2015 a 2018.

Objetivos específicos:

- Identificar el direccionamiento y los recursos relacionados con la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en estudio.
- Describir las etapas y procesos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente
- Determinar los productos y efectos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en estudio.

Justificación:

La Seguridad del Paciente, es un tema de interés Mundial y nacional, que en los últimos años ha adquirido gran importancia, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre de 2004 declaró la seguridad en los servicios de salud como “un problema de salud pública”

La política de seguridad del paciente tiene como propósito plantear estrategias y líneas de acción, que permitan disminuir la ocurrencia de eventos adversos para reducir costos de no calidad. Si bien se encuentran investigaciones relacionadas con las evaluaciones de las políticas y programas de Seguridad del Paciente, existen pocos estudios concluyentes con relación a la caracterización de la implementación de éstos; por tanto, el presente estudio desde el punto de vista científico aportará a las necesidades en investigación en calidad; sus resultados favorecerán la toma de decisiones que redundará en el mejoramiento continuo y permitirá la transferencia de conocimiento en la comunidad científica y en los diferentes actores involucrados en la prestación de servicios de salud..

Procedimientos:

Se realizará un estudio descriptivo en tres instituciones prestadoras de servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad, pertenecientes a la red pública y privada en la ciudad de Manizales – Caldas – Colombia, 2015 a 2018. Los servicios a analizar serán Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Unidad de cuidado crítico. Se tomará una muestra donde los sujetos participantes en la investigación serán seleccionados teniendo en cuenta la accesibilidad a la información y proximidad al investigador.

Riesgos esperados:

Teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993, esta es una investigación sin riesgo, que corresponde a estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, razón por la cual no se afectarán las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Se diligenciará consentimiento informado a cada entrevistado, mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación.

Beneficios:

Contribuir al logro de los objetivos propuestos en la Política de Seguridad del Paciente, para generar estrategias que garanticen la permanencia de buenas prácticas a largo plazo que redunden en atenciones seguras y de calidad en las instituciones.

Anexo 10. Sistematización de Información de Entrevistas a Representante de Gerencia y Líder Gestión de la Calidad.**Anexo 11. Sistematización de Información de Entrevistas a Líder Gestión Hospitalaria, Enfermeras Coordinadoras, Médicos y Enfermeras.****Anexo 12. Sistematización de Información de Entrevistas a Auxiliares de Enfermería.**