



**CARACTERIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (1) * EN LA
CIUDAD DE MANIZALES, 2015 A 2018.**

LUISA FERNANDA MEZA MORALES

SANDRA MILLER LAGTH CASTAÑO ALDANA

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 UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD (1) EN LA
CIUDAD DE MANIZALES, 2015 A 2018.**

DORA CARDONA RIVAS

ALBA LUCIA PAZ DELGADO

LUISA FERNANDA MEZA MORALES

SANDRA MILLER LAGTH CASTAÑO ALDANA

MARIA EMILIA GONZALEZ GUTIERREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

MANIZALES

2019

DEDICATORIA

A Dios quien bendice y guía siempre nuestro camino. A nuestras familias quienes son el centro de nuestra vida y principal motivación, gracias por su amor, confianza y apoyo constante.

AGRADECIMIENTOS

A la Institución de Salud que permitió el desarrollo del proyecto.

A las Tutores Dra. Alba Lucia Paz y Dra. Dora Cardona Rivas por sus directrices, explicaciones y disposición permanente permitieron que pudiera mejorar y culminar el proyecto.

A la Dra. Maria Emilia González por su disposición y apoyo.

A los compañeros del macroproyecto por su entrega y apoyo.

A los Docentes por su interés y colaboración en la consecución de este logro.

RESUMEN

Objetivo: 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.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal.

Población: Instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad, pertenecientes a la red pública o privada.

Muestra: Una Institución de mediana y alta complejidad de Manizales.

Resultados: Los resultados se presentan en dos fases, una fase descriptiva que da cuenta de las etapas de la implementación del programa de seguridad del Paciente: 1. Factores de la implementación, 2. Procesos de la implementación y 3. Los Resultados de la estrategia de la implementación; y una fase interpretativa que hace relación a los modelos organizacionales de implementación de una política y las variables de resultado: aceptabilidad, adopción, idoneidad, fidelidad, costo de la implementación, cobertura y sustentabilidad. Los resultados reflejan el nivel de avance en la implementación de la política y el programa de seguridad del paciente al dar respuesta con cada una de las fases propuestas y al convertir la Seguridad del Paciente en un tema transversal y fundamental que involucra a todos los actores.

Conclusiones: La implementación del programa de seguridad del paciente en la Institución evaluada, mostró un avance importante y progresivo desde el momento de su implementación. Responde a las etapas de implementación de la política pública del Estado Colombiano, haciendo explicito el compromiso con la seguridad del paciente, identificado en un modelo de Desarrollo Organizacional que cuenta con una estructura consolidada y un enfoque Top-Down (de arriba abajo), que responde a las necesidades de los usuarios y de los implementadores haciéndolos partícipes de las decisiones para brindar una atención segura.

Palabras Claves: Política pública, implementación, seguridad del paciente.

ABSTRACT

Objective: Characterize the implementation of patient safety programs in institutions providing health services of low, medium and high complexity in the city of Manizales, 2015 to 2018.

Type of study: Cross-sectional descriptive study.

Population: Institutions providing health services of medium and high complexity, belonging to the public or private network.

Sample: An institution of medium and high complexity of Manizales.

Results: The results are presented in two phases, a descriptive phase that accounts for the stages of the implementation of the Patient safety program: 1. Factors of the implementation, 2. Processes of the implementation and 3. The Results of the strategy of the implementation; and an interpretative phase that relates to the organizational models of a policy implementation and the outcome variables: acceptability, adoption, suitability, fidelity, cost of implementation, coverage and sustainability. These results reflect the level of progress in the implementation of the patient safety policy and program by responding to each of the proposed phases and by converting Patient Safety into a transversal and fundamental issue that involves all actors.

Conclusion: The implementation of the patient safety program in the Institution evaluated showed an important and progressive progress from the moment of its implementation. It responds to the stages of implementation of the public policy of the Colombian State, making explicit the commitment to patient safety, identified in an Organizational Development model that has a consolidated organizational structure and a Top-Down approach (from top to bottom), that responds to the needs of the users and the implementers making them participate in the decisions to provide a safe attention.

Keywords: Public policy, implementation, patient safety.

CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN.....	11
2	INTRODUCCIÓN	12
3	ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
4	JUSTIFICACIÓN	18
5	REFERENTE TEÓRICO.....	20
5.1	CONCEPTUAL.....	20
5.1.1	Seguridad del Paciente – Política de Seguridad del Paciente.....	20
5.1.2	Implementación	26
5.2	NORMATIVO:.....	31
5.3	CONTEXTUAL:	38
6	OBJETIVOS	40
6.1	OBJETIVO GENERAL.....	40
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
7	METODOLOGÍA	41

7.1	CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
8	RESULTADOS.....	47
9	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	71
10	CONCLUSIONES.....	74
11	RECOMENDACIONES	76
12	REFERENCIAS	77
13	ANEXOS.....	81

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Finalidad de los estudios consultados en Seguridad del Paciente	17
Tabla 2 Diferencias entre la visión top down y bottom up de la implementación de las políticas públicas (15).....	27
Tabla 3 Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la Atención en Salud	55
Tabla 4 Asegurar la correcta identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales	56
Tabla 5 Prevención de Úlceras por Presión.....	57
Tabla 6 Procesos para la Prevención y Reducción de la frecuencia de Caídas	58
Tabla 7 Mejorar la Seguridad en la utilización de Medicamentos	59
Tabla 8 Mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos.....	60
Tabla 9 Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de Sangre, Componentes y a la Transfusión Sanguínea.....	61
Tabla 10 Indicadores de Resolución 256 De 2016.....	62
Tabla 11 Indicadores Institucionales adicionales	63
Tabla 12 Modelos para el análisis de la Implementación.....	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo del Queso Suizo	25
Figura 2 Componentes del SOGC (Decreto 1011 de 2006)	35

1 PRESENTACIÓN

La seguridad del paciente se ha convertido en un reto a nivel mundial para todos los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud, siendo un indicador importante de calidad para reducir los resultados adversos y contar con instituciones más seguras y competitivas.

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.

Este proyecto describe las características de la implementación del programa de seguridad del paciente en una institución prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad de la ciudad de Manizales durante el periodo comprendido entre los años 2015 a 2018. Para el estudio de la implementación se han propuesto dos modelos: top down y bottom up, que vinculan el proceso de decisión de la política y su ejecución y permiten identificar el direccionamiento y los recursos relacionados con la implementación; describir las etapas y procesos de la implementación y determinar los productos y efectos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en estudio.

2 INTRODUCCIÓN

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 Organización Mundial de la Salud 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.

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 medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para proponer 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 (3).

A nivel de Colombia, el principal ente 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 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.

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 necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él.

Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, lo anterior conocido como Primera y Segundas víctimas de la atención en Salud, resultado que ocurre 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. Por lo anterior 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 lo 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).

3 ÁREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de la implementación de los programas de seguridad del paciente, en las instituciones prestadoras de salud de mediana y alta complejidad en la ciudad de Manizales, 2015 a 2018?

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, se le ha dado mayor importancia en los últimos años considerándose en la actualidad, un derecho de los pacientes. La Seguridad del Paciente se ha convertido en la columna vertebral durante el proceso de atención en salud, cuya finalidad debe ser la eliminación o reducción de eventos adversos que generen consecuencias negativas en el paciente como fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales.

En este proceso se debe resaltar el esfuerzo constante y permanente que se debe realizar desde todos los actores del sistema de salud, para cambiar o eliminar las costumbres, mitos y tradiciones negativas existentes del personal asistencial durante el proceso de atención. Se debe tener en cuenta que la atención sanitaria es cada vez más compleja, pues 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 Eventos Adversos sobre la salud no es excesivo, pero sí significativo, independientemente de su gravedad, y la mayoría podrían ser evitados. Es por esta razón que uno de los grandes retos de todos los actores del sistema de Salud, es introducir e implementar en el día a día metodologías y estrategias preventivas innovadoras de capacitación, reinducción, evaluación y seguimiento, que permitan generar resultados favorables y continuos, garantizando la adherencia a guías y protocolos de todo el personal involucrado en el proceso asistencial, que garantice atenciones con calidad, eficiencia y seguridad.

Con relación al programa de Seguridad del Paciente existen revisiones a nivel mundial sobre eventos adversos, que conducen a la toma de decisiones en el ámbito de la Salud Pública y llevan a la creación de estrategias prioritarias relacionadas con políticas de calidad en todos los sistemas sanitarios.

Es así como en el año 2005 aparece el lema de “Una atención limpia es una atención más segura”, como iniciativa mundial a favor de la Seguridad del Paciente, y cuyo objetivo era alcanzar un reconocimiento universal sobre el control de las infecciones, que constituye una base sólida y esencial en temas de Seguridad, así como la reducción de las infecciones relacionadas con la atención en salud y sus consecuencias.

Sobre este programa, en el país, el Ministerio de Salud y de Protección Social, con el fin de mejorar la calidad del sistema de Salud, ha venido reforzando la implementación en todas las instituciones prestadoras de los programas de Seguridad del Paciente, con los objetivos de 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; e 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. Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia el esfuerzo a nivel mundial y Nacional en documentar este programa, en fortalecer el reporte de eventos adversos y en mejorar las prácticas seguras.

La literatura científica nacional e internacional reporta estudios puntuales de evaluación de factores que afectan la seguridad, estrategias de seguridad para reducir la aparición de los eventos adversos y evaluación de la cultura de seguridad. Sin embargo, se reporta escasa evidencia acerca de los resultados intermedios y de largo plazo de los programas de seguridad del paciente. No obstante, la evaluación de resultados e impacto de un programa de seguridad revelan una brecha entre lo formulado y lo esperado en los programas, atribuible en un

importante número de casos, en que dicha brecha obedece a deficiencias en la implementación de los programas.

Como consecuencia de lo anterior, la implementación se constituye en un objeto de estudio cuyo alcance pueden mostrar si las deficiencias se encuentran en los procesos, en los actores, en los recursos, en las creencias y otros que podrían ser optimizados y alineados directamente con los objetivos de la política y su operacionalización a nivel institucional.

Es por ello, que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de la implementación de los programas de seguridad del paciente, en las instituciones prestadoras de salud de mediana y alta complejidad en la ciudad de Manizales, 2015 a 2018?

Teniendo en cuenta lo anterior, se revisaron 68 artículos en revistas indexadas y/o repositorios, cuyo criterio de búsqueda fue basada en la pregunta de investigación; como hallazgo general se observa que los estudios revisados tuvieron finalidades similares que permitieron reunirlos en 4 grandes grupos, así:

Tabla 1 Finalidad de los estudios consultados en Seguridad del Paciente

Evaluación del programa de Seguridad del Paciente (SP) y su aplicabilidad para gestionar los riesgos y reducir la aparición de eventos adversos.	Análisis de estudios previos en el ámbito de la cultura de SP	Describir la cultura de Seguridad del Paciente en una institución	Determinar factores que podrían afectar la seguridad del paciente
56%	9%	34%	1%

Fuente: Elaboración propia

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.

La Política de seguridad del paciente, surge en Colombia como una política pública que el Estado diseñó y gestionó para garantizar la mayor probabilidad de alcanzar sus objetivos, mediante la armonización de todos los actores responsables de su implementación en cada una de sus etapas. Esta política plantea estrategias y líneas de acción, con el propósito de disminuir la ocurrencia de eventos adversos. Su implementación se constituye en un compromiso institucional, que debe estar reflejado en programas de seguridad del paciente articulados y continuos.

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

Caracterizar la implementación de los programas de seguridad del paciente en las instituciones de salud, es un tema que no ha sido abordado en lo que atañe a las políticas nacionales y locales. Por tanto, el presente estudio desde el punto de vista científico, aportará a las necesidades que hoy subyacen en investigación en calidad por su novedad, siendo un tema poco abordado y su medición se realizará en función de la implementación del programa de seguridad del paciente en instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad.

Será de utilidad, porque sus resultados serán la línea de base de la implementación del programa de seguridad del paciente en las instituciones, que favorecerá la toma de decisiones lo cual 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 permitirá 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 Seguridad del Paciente – Política de Seguridad del Paciente

Hablar de Seguridad del paciente implica en Colombia tener un conocimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo principal es prevenir la presencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, minimizando la ocurrencia de eventos adversos, con el fin de lograr tener Instituciones Prestadoras de Servicios de salud con altos estándares de calidad y seguridad.

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*” (2), se 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.

Otro de los aspectos estudiados ha sido “El impacto financiero de los efectos adversos; en el Reino Unido e Irlanda del Norte, las estancias hospitalarias que provocan, cuestan por sí solas cerca de 2000 millones de libras al año; el pago de indemnizaciones, cuesta al Servicio Nacional de Salud, cerca de 400 millones de libras anualmente, además de los costos por una posible responsabilidad profesional estimada en 2400 millones al año, correspondientes a reclamaciones presentadas o previstas; finalmente se estima que las infecciones nosocomiales, condicionan gastos por 100 millones de libras, de las cuales 15% son evitables”(7).

Poco a poco el Sistema de Salud a raíz de los errores cometidos y el costo en salud que han generado estos 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.

Para dar cumplimiento a lo anteriormente mencionado se requiere el compromiso institucional, donde el propósito es lograr sensibilización, concientización y adherencia de todos los miembros de la organización a la Política Institucional, y de esta manera lograr efectividad en la implementación de la misma: Es allí donde la gerencia es parte fundamental y por ello debe definir la seguridad del paciente como eje esencial en la organización; además se debe mostrar y plantear siempre como una estrategia que ayude a disminuir prácticas inseguras, que en la mayoría de los casos, desencadenan eventos adversos que pudieron ser prevenibles con oportunidades de mejora, realizadas a tiempo;

porque la Seguridad del Paciente no es responsabilidad de unos pocos, es responsabilidad de toda la organización.

Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente (7). Estos principios son:

- Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados” (7).

- Según las directrices del Ministerio de Salud con relación al tema de Seguridad del paciente en las instituciones, se determinan 4 pilares que requieren análisis permanente e influyen directamente en la gestión de la misma, que implica un compromiso de toda la organización, todos sus procesos y directamente involucra a todo el personal administrativo, asistencial y de apoyo; estos pilares son:
 - Planeación estratégica: La finalidad es crear ambientes seguros, con sistemas de reporte y confidencialidad, integralidad y con alianza del paciente y su familia.
 - Cultura de seguridad: Basado en reporte y análisis de casos donde se garantice un clima de seguridad y se generen estrategias de socialización entre el personal asistencial, los usuarios y sus familias.
 - Procesos seguros: La finalidad es la identificación y gestión de riesgos generando a su vez priorización de procesos.
 - Buenas prácticas: Basado en las Guías de Buenas prácticas y Seguridad del paciente del Ministerio de Salud.

En síntesis, la cultura de seguridad consiste en compartir los valores y principios de las organizaciones, con la intención de promover entornos seguros relacionados con la atención del paciente y que a su vez incluya una cultura justa.

Al desarrollar la política de seguridad al interior de las instituciones, se debe buscar la obtención de resultados con beneficio a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general, que garanticen entornos seguros y acciones y procesos de calidad que permanezcan y se fortalezcan con el paso del tiempo a través de resultados tangibles y medibles.

De igual manera el Ministerio de Salud en su Política de Seguridad del Paciente, define 4 elementos estratégicos cuya finalidad es lograr mejoras con relación a temas de Seguridad del Paciente así:

- Estrategia Educativa: Cuya intención es la multiplicación de la Política de Seguridad que genere acciones dirigidas al paciente, familia y comunidad, educación a

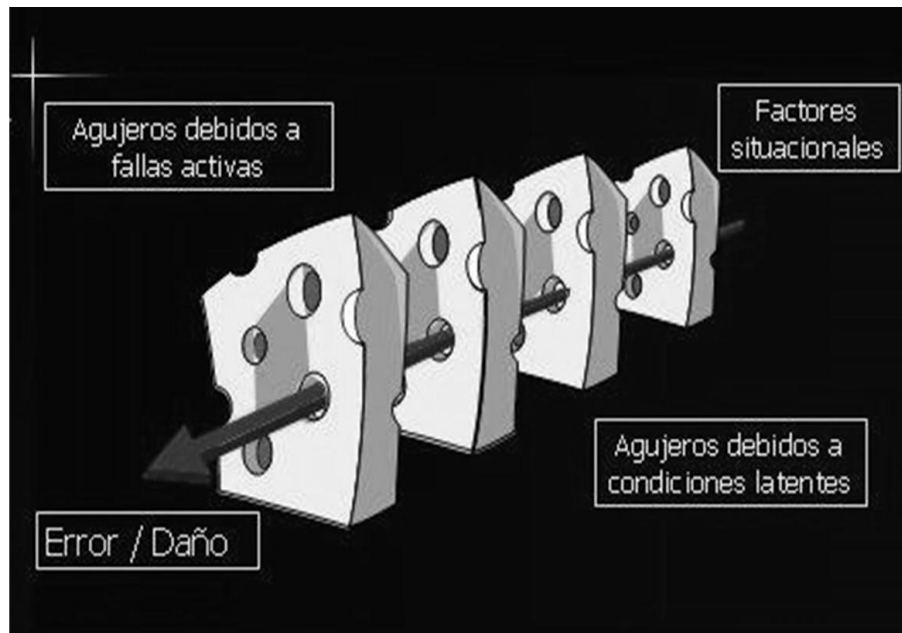
verificadores de habilitación para gestión de riesgo y motivación a nivel universitario para formación e investigación en temas relacionados con seguridad del paciente.

- 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.

Debido al gran interés que despertó la problemática de Seguridad del paciente a nivel nacional e internacional, en noviembre de 2003 se creó una Alianza Internacional en pro de la seguridad del paciente, estableciéndose “como una característica inherente a la atención en salud, que busque minimizar los riesgos y prevenirlos” (8).

“La opinión pública ante la ocurrencia de un evento adverso tiene una conducta punitiva. 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 o no han prevenido la aparición del evento adverso. El modelo del Queso Suizo, explica que para que se produzca un daño, necesitan estar alineadas todas las diferentes fallas en los diferentes procesos (orificios del queso). Igualmente, si se produce una falla en uno de los procesos, ésta puede acentuar las fallas existentes en otros procesos, a manera de un efecto dominó” (10).

Figura 1 Modelo del Queso Suizo



Fuente: Reason J. Human error, models and management, BMJ 2000 JM Aranz, C

Barreras de Seguridad Institucionales:

Algunas barreras de seguridad utilizadas por las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son (10).

- Atención limpia en salud: (Lavado de manos)
- Evitar la confusión en la administración de medicamentos: Formas de denominación, presentación, dosificación, dispensación.
- Disminuir las fallas asociadas al factor humano: Fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Evitar las caídas de pacientes.
- Remisión oportuna de pacientes.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnologías.

La seguridad del paciente es una prioridad de la atención en salud; los incidentes y eventos adversos que ocurren en las instituciones de salud son una alerta acerca de la existencia de una atención insegura; los eventos presentados, son un indicador fundamental de la calidad y sirven de insumo para investigar las causas que los generan y así, poder identificar las barreras de seguridad que podrían evitar la reincidencia de un evento adverso. Por ello es de gran importancia que las instituciones de salud realicen monitoreo, análisis y seguimiento a los indicadores de riesgos y se establezcan acciones para intervenirlos.

La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad, depende más de un equipo que de un individuo. La seguridad del Paciente necesita ser promovida constantemente; para ello se deben realizar mecanismos de evaluación, con la finalidad de puede medir el nivel de implementación de las guías de Práctica Clínica en la organización y en la apreciación de Paciente.

5.1.2 Implementación

Implementación de las Políticas Públicas

Las **políticas públicas** son los proyectos/actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración pública con fines de satisfacer las necesidades de una sociedad (11). También se puede entender como las acciones, medidas regulatorias, leyes, y prioridades de gasto sobre un tema, promulgadas por una entidad gubernamental (13).

Para el estudio de la implementación de las políticas públicas se han propuesto dos modelos que vinculan el proceso de decisión política y su ejecución (Hargrave, 1975 en Roth) el modelo *top down* y *bottom up*. El modelo *top down* remite a un ideal administrativo que se desarrolla de arriba-abajo en el que la primacía de la autoridad, la distinción entre el universo político y administrativo y la búsqueda de la eficiencia son los ejes centrales según lo

planteado por Meny, Thoenig (1992: 159). Bajo los supuestos del modelo top down la implementación de una política pública se fundamenta en la perspectiva de una administración racional (13).

El modelo bottom up inicia con la identificación de los problemas y avanza hacia la construcción de una política pública con reglas y procedimientos en un proceso que es ascendente. Este modelo es el resultado de una visión crítica de la perspectiva neutral del modelo top down que supone que los hacedores de la política controlan los procesos políticos, organizacionales y tecnológicos que afectan la implementación (Elmore, 1979-1980:605). Según Vaquero (2007) a partir de los problemas que se presentan en la sociedad se avanza hacia su solución o cambios a través acciones y recursos para retroceder hacia el logro del comportamiento esperado. El enfoque atribuye a la burocracia el éxito o fracaso de la implementación (14).

Según Sabatier (1986) el modelo top-down contiene 5 condiciones que se deben reunir para valorar la implementabilidad de las alternativas para alcanzar los objetivos de la ley o programa. Tales condiciones son: fundamentación en una teoría sólida de cambio en el comportamiento público para alcanzar los objetivos (armonización entre instrumento y efectos); explicitación, en la ley, de directrices de actuación que “garanticen” la mayor probabilidad de lograr los comportamientos previstos; capacidades políticas de gestión y compromiso de los dirigentes o entes responsables de la implementación; apoyo por parte de electores, legisladores y tribunales; mantenimiento de los objetivos legales no obstante nuevas políticas, cambios socioeconómicos y fundamentos técnicos (15).

Tabla 2 Diferencias entre la visión top down y bottom up de la implementación de las políticas públicas (15).

Enfoque de implementación	Top down (Sabatier & Mazmanian, 1979)	Bottom up (Hjern & Hjull 1982)
---------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Punto de partida del análisis de la implementación de la política pública	Decisiones de las autoridades político-administrativas (PPA, planes de acción)	Actividades de la red de implementación a nivel local (APA, red de acción pública)
Proceso para la identificación de los principales actores de la política pública	Desde arriba, y a partir del sector público, hacia abajo, y hacia el sector privado	Desde abajo («street-level actors»), hacia arriba, considerando de manera simultánea los actores públicos y privados
Criterios de evaluación de la calidad de la implementación de la política pública	<ul style="list-style-type: none"> -Regularidad (conformidad legal) del proceso de implementación -Eficacia: grado de realización de los objetivos formales del PPA 	<ul style="list-style-type: none"> -No tiene criterios claramente definidos <i>a priori</i> -Evaluación del grado de participación de los actores involucrados -Evaluación del nivel de conflicto de la implementación
Interrogante fundamental (para la gestión de las políticas públicas)	<p>¿Qué modalidades (estructuras y procedimientos) de implementación deben utilizarse a fin de garantizar el mayor grado de realización de los objetivos oficiales?</p>	<p>¿Qué interacciones entre los actores públicos y privados de una red de acción pública deben tomarse en cuenta durante la implementación para que ésta sea aceptada?</p>

Fuente: Adaptado de Sabatier (1986)

Señala Subirats (16) que con la palabra Implementation los autores anglosajones refieren a las actividades de ejecución de una legislación, a los procesos político-administrativos que son producto de una decisión parlamentaria, a la realización concreta de los objetivos de una política, es decir a la ejecución en la práctica, de las normas legales y reglamentarias que regulan la intervención estatal.

El mismo autor señala que la implementación no incluye exclusivamente la producción de actividades concretas, como los actos administrativos, sino también todos los procesos de la planificación.

Por su parte Elmore (1978) analiza que la implementación a través de cuatro modelos organizacionales: implementación como administración de sistemas (planeación y control); implementación como proceso burocrático (según comportamiento de los burócratas);

implementación como proceso organizacional (responsabilidad de los implementadores); implementación como negociación y conflicto (negociación entre los actores sociales y políticos).

René Mayntz (1979-1983) configura una nueva opción, que promueve la efectividad, partiendo de la base de las implementaciones son contingentes, con aspectos de orden ideológico orientado a valores y no a fines, a la tendencia a privilegiar enfoques basados en razones jurídicas formales versus razones prácticas orientadas a la efectividad; de allí su interés en señalar la importancia de que la formulación de políticas incluya los instrumentos que se van a privilegiar para modificar el comportamiento de los destinatarios. Describe como útiles las normas reglamentarias, las transferencias financieras e incentivos, el suministro de bienes y servicios, la reglamentación de procedimientos y la persuasión. Sugiere tener en mente la concepción de los usuarios del problema, programa, política etc., y las condiciones que evolucionan de manera permanente en la sociedad como la estructura social, las intervenciones estatales, la interacción con otras políticas, los cambios socioeconómicos y la cultura entre otros (citado por Roth: 123) (14).

A pesar de las diferencias entre los enfoques top-down y bottom-up para el análisis de la implementación, Sabatier (1986:37) señala que sus ventajas tienen relación con la formulación de la política. El enfoque top down parece más pertinente cuando existe una pieza de legislación dominante o cuando los recursos para la investigación son escasos y la estructura de la implementación se encuentra más o menos organizada. El enfoque bottom up cuando no hay una pieza dominante de legislación sino un gran número de actores con dependencias de poder; o cuando el interés se centra en las situaciones locales.

Tras analizar de manera diacrónica diversos procesos de implementación, Bardach (1977) propuso reorientar de manera general la investigación en este campo como el Juego de la Implementación (Implementation game) acogiendo las críticas a las perspectivas TOP down. Mediante la metáfora del juego busca atraer la atención sobre los actores, los retos sobre la interacción, las estrategias y tácticas, los medios, reglas y límites de su actuación frente al fraude y la ilegalidad. Bajo la perspectiva de implementación como juego, se favorece

colocar la atención, también, en aquellos actores que no quieren participar en el juego y las implicaciones en el proceso de la implementación (14).

Además, en este enfoque se relativiza la imagen ideal de la implementación como proceso dirigido a ejecutar el contenido sustantivo de la Política de una manera mecánica y a diferenciar claramente la programación de las políticas de su implementación. Permite cuestionar la supremacía de los actores públicos sobre los actores privados tanto económicos como sociales.

Revuelta señala que la configuración de enfoques híbridos como el de Advocacy Coalition Framework marco de coaliciones de apoyo que intenta sintetizar los enfoques top down y bottom up y producir una teoría del proceso de la política. Advocacy Coalition es promovida como una teoría causal del proceso de las políticas y se basa en cinco supuestos: a) las teorías del proceso de las políticas deben mencionar el rol de la información técnica contenido en las soluciones; b) el análisis requiere una perspectiva de largo plazo tal como una década o más; c) la unidad de análisis no es una organización gubernamental o programa específico sino un subsistema en el cual actores de organizaciones públicas están interesadas en el asunto; d) los subsistemas de las políticas involucran actores de diferentes niveles de gobierno; e) las políticas y programas involucran teorías implícitas sobre el cómo lograr los objetivos.

Otro enfoque híbrido es el de redes de políticas o policy networks; su principal interés es analizar la manera en que tales redes influyen en la toma de decisiones; sin embargo, Renueva señala que este enfoque no se centra en la implementación y sus problemas.

Teniendo en cuenta los variados enfoques sobre la implementación, la comprensión de los procesos implicados en el proceso de implementación de las políticas públicas requiere incorporar, no solo el análisis de la fase de programación, sino también los planes de acción con sus outputs y los resultados de la aplicación (outcomes) (17).

5.2 **NORMATIVO:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Resolución WHA55.18 invita, a los participantes en la 55 Asamblea Mundial de la Salud a concentrarse con mayor profundidad en los temas relacionados con los problemas de Seguridad del Paciente, y sugiere la creación de sistemas con bases científicas cuya finalidad sea brindar a los usuarios atenciones seguras con altos estándares de calidad, haciendo énfasis en el seguimiento a eventos relacionados con la tecnología, la vigilancia en medicamentos, el equipo médico y de profesionales que componen las instituciones, ya que se considera que en estos tres aspectos se concentra la mayor cantidad de errores que predisponen a atenciones inseguras y errores de calidad (18).

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” (19).

Como Respuesta a los cambios con relación al sistema de salud en nuestro país, y en el marco de la ley 100 de 1993 se define la calidad como la piedra angular en el proceso de atención de salud; y específicamente en el artículo 173 se establecen dos funciones para garantizar la seguridad del paciente:

- La primera es definir la responsabilidad del Ministerio de Trabajo de optar por políticas y proyectos asociados al plan de desarrollo.
- La segunda es la regulación de la calidad de los servicios de salud por parte de los actores del sistema.

Adicionalmente la Ley 100 de 1993, establece que el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuya finalidad es brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Una vez se determina este punto de partida, se inician una serie de reformas a nuestras leyes con el fin de legislar y dar un alcance integral con relación a la atención en salud, para ello el Ministerio de Salud en su Decreto 4445 de 1996 establece las normas sanitarias que deben cumplir las instituciones hospitalarias y similares durante el proceso de atención, más adelante en marzo de 1997 según la Resolución 0741 del Ministerio de Salud se define la obligatoriedad de los prestadores de salud en definir y desarrollar los procesos que garanticen la seguridad personal y protección de los usuarios.

En el año 2001 con la ley 715 se 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.

En el año 2005, el Sistema Único de Acreditación en salud introdujo como requisito de entrada a las instituciones que quisieran acreditarse la exigencia de tener un sistema de reporte de eventos adversos, lo cual llevó voluntariamente a estas instituciones a diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente.

El 3 de abril de 2006 se publica el Decreto 1011, donde se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), definiéndose como “El conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (1).

Teniendo en cuenta la resolución 1445 de 2006, cuando se adoptaron los manuales de acreditación, ambulatorio y hospitalario, de Laboratorio clínico, de Rehabilitación e Imagenología, se empezaron a evaluar las acciones que se realizaban en seguridad del paciente y al verificar si se presentaban fallas, se debían definir e identificar para generar investigación, análisis y toma de decisiones. Dicho estándar despertó el interés por la seguridad del paciente centrado en los procesos de calidad superiores de acreditación.

Con la ley 1122 de 2007, se orientó el Sistema de Salud hacia la evaluación por resultados y la regulación de la prestación de los servicios de salud. Un indicador importante de la calidad de los servicios de salud es la seguridad del paciente, por lo cual se hizo necesaria la creación de unos lineamientos: La Política de Seguridad del Paciente.

En junio 11 de 2008, publican los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia, su objetivo principal es contar con instituciones más seguras y competitivas en términos de calidad y seguridad, cuya estrategia debe consistir en la prevención de situaciones que afecten la Seguridad del paciente, minimizando y en lo posible eliminando la presencia de eventos adversos. Ésta busca direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud, hasta la promoción de una atención segura, disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes y prevenir la ocurrencia de eventos adversos. Así que con esa política Nacional de seguridad del paciente se crea el reto, para que las Instituciones de salud empiecen a pensar en que deben tener su propia política de seguridad (7).

En el año 2010, aparecen las guías técnicas de buenas prácticas para la seguridad del paciente y se puso 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.

Durante el año 2011 se publica la ley 1438, cuyo objetivo es el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia 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 objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes

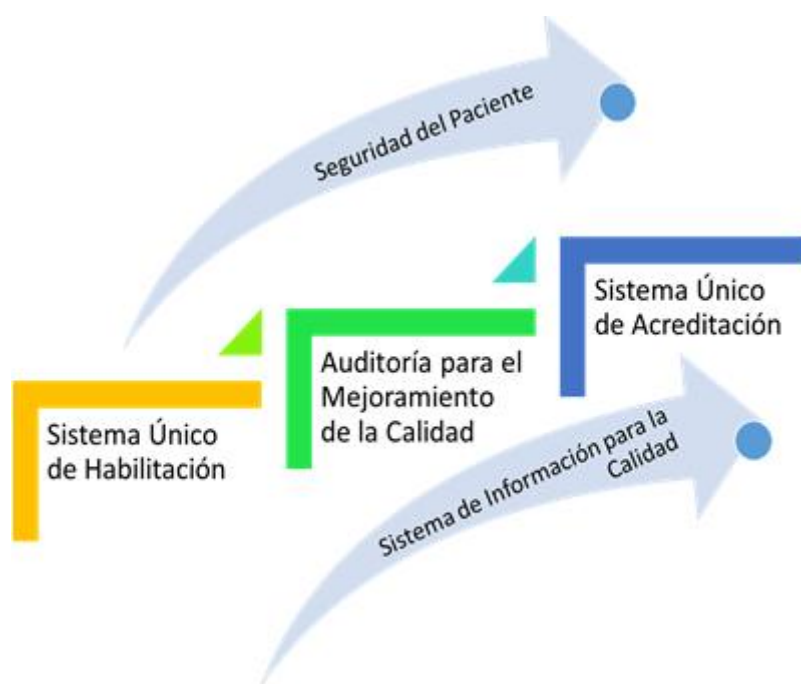
en el país. Además, da directrices sobre el Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.

En el Año 2012 El Ministerio de Salud en Conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud emiten la Circular 05 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.

Teniendo en cuenta que el SOGCS tiene la finalidad de mejorar los resultados durante el proceso de atención en salud, pero centrados en el usuario, se hace necesario revisar sus características, (1) como son:

1. “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.
2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **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.
4. 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.
5. 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

Figura 2 Componentes del SOGC (Decreto 1011 de 2006)



Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la figura 2, la Seguridad del Paciente se convierte en un eje transversal del SOGCS ya que está inmersa en los 4 componentes: muestra de esto es poder garantizar el cumplimiento de condiciones de habilitación mediante infraestructuras seguras, contando con personal idóneo y capacitado, desarrollo de procesos bien documentados dentro de los cuales se tiene el programa de seguridad del paciente, utilización de equipos biomédicos acordes con tecnología de punta durante el proceso de atención; la auditoría para el mejoramiento de la calidad logra definir cuál es la calidad esperada permitiendo evaluar el avance en el mejoramiento continuo y el cierre de brechas; a través del sistema de información se logra la notificación de indicadores de seguridad y por último la Acreditación en Salud cuyos ejes fundamentales son 7, establece dentro de éstos una atención clínica, excelente y segura centrada en el paciente y su familia.

A través de la Resolución 2679 del 3 de agosto de 2007 del Ministerio de la Protección Social, se 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.

En la Resolución 123 de 2012 se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, cuya finalidad fue establecer el Manual de acreditación en salud hospitalario y ambulatorio, reafirmando con este documento la importancia que para el SOGCS tiene la Seguridad del Paciente y la atención centrada en el usuario.

Para el año 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 2003 que tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, específicamente en cuanto a la condición de la Capacidad Tecnológica y Científica cuyo enfoque de riesgo en la habilitación procura que el diseño de los estándares cumpla con ese principio básico y que éstos apunten a los riesgos principales en el grupo de estándares de Procesos Prioritarios define y exige la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud. Exigiendo con ello que tengan 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: Planeación estratégica de la seguridad con la exigencia de una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia; un referente y/o un equipo para la gestión de la seguridad de pacientes y el fortalecimiento de la cultura institucional.

Es por ello, que el manual de acreditación ambulatorio y hospitalario fue evolucionando, hoy 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.

En el mismo año se define mediante el Decreto 903 y la Resolución 2082, todas las disposiciones relacionadas con el Sistema único de Acreditación, que teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, toda atención en salud con calidad significa una atención segura para los pacientes.

En enero de 2015 se da la actualización de la Norma técnica de calidad con las 30 buenas prácticas recomendadas y a la par 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.

Ya para el año 2016 mediante la Resolución 0256 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).

Finalmente para el año 2018 mediante la Resolución 5095 que establece el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en su Versión 3.1 adicional a los estándares de Seguridad del Paciente ya existentes y que son los estándares 5,6 y 7 que contemplan todos los aspectos de interés en Seguridad del Paciente, adiciona el Estándar 8 Código AsSP4 que establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud tengan definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.

En Colombia se ha avanzado gradualmente y se cree que el primer avance se ha tenido en el sistema obligatorio de garantía de la calidad, enfocado en todos sus componentes en la gestión del riesgo, contando con procesos seguros en las instituciones de servicios de salud, implementando la totalidad de las guías de buenas prácticas de seguridad, que les sean aplicables a las instituciones requisitos para la obtención de la calidad de la atención en salud.

5.3 CONTEXTUAL:

El Departamento de Caldas está situado en el Centro Occidente de la Región Andina, Manizales su Capital según las cifras del Centro de Información y Estadística (CIE) Municipio de Manizales tiene una población de aproximadamente 400.136 habitantes (2018) (21), se encuentra situado a una Altura de 2.153 msnm y cuenta con una Superficie de 508 km².

Hoy es una ciudad con actividad económica, industrial, cultural y turística. Manizales cuenta con barrios agrupados en 11 comunas y la zona rural está conformada por 7 corregimientos, los cuales se dividen en veredas. Su densidad es de aproximadamente 0.6 habitantes por km², y cuenta con poco espacio adaptable para construir debido a la topografía de la ciudad. El 47,1% de la población son hombres y el 52,8 son mujeres (21).

Con relación a los Servicios de Salud la ciudad cuenta con Prestadores Públicos y Privados clasificados así:

- Públicos: 22 prestadores
- Privados: 315 prestadores
- Profesionales independientes: 1437 prestadores
- Transporte especial: 16 prestadores

La ciudad cuenta con 1 IPS de Naturaleza Jurídica Pública, 1 IPS Mixta de carácter Privado y 5 IPS de Naturaleza Jurídica Privada que ofertan servicios como: Urgencias, General Adultos, Cirugía y Cuidado Intensivo Adulto, y que prestan servicios de Mediana y Alta complejidad a la población del Departamento de Caldas. IPS que, además, trabajan su misión enfocada en la calidad y la seguridad en la prestación de los Servicios de Salud; lo que se ve reflejado hoy en día en que una de las IPS cuenta con la Acreditación en Salud en Salud por parte del ICONTEC y las demás IPS están trabajando para su certificación.

Como lo menciona la Secretaria de Salud de Manizales: “Manizales al igual que Colombia impulsa la Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía

de Calidad de la Atención en Salud, y es por eso que se direccionan las políticas Institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención segura”(22); fortaleciendo desde la Secretaria de Salud Municipal la Política de Seguridad del Paciente y así definirla como pilar de calidad en la Atención del Municipio de Manizales.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la Implementación de los programas de seguridad del paciente en instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad (1) en la ciudad de Manizales, 2015 a 2018.

6.2 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 cambios (efectos) en los indicadores de seguridad durante la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en estudio.

7 METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo Transversal

POBLACIÓN: Instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad, pertenecientes a la red pública o privada en la ciudad de Manizales – Caldas – Colombia, 2015 a 2018.

MUESTRA: Una Institución de mediana y alta complejidad del Municipio de Manizales - Caldas - Colombia, 2015 a 2018. Los servicios a analizados fueron Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Unidad de cuidado crítico.

IPS 1:

Nivel de Complejidad: 3

Nivel de Complejidad del Servicio Urgencias: Media – Alta

Nivel de Complejidad del Servicio General Adultos (Hospitalización): Alta

Nivel de Complejidad del Servicio Cuidado Intensivo Adultos: Alta

Nivel de Complejidad Grupo Quirúrgico: Media – Alta

TIPO DE MUESTREO: Se tomó una muestra donde los sujetos participantes en la investigación fueron seleccionados teniendo en cuenta la accesibilidad a la información y proximidad al investigador.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Programa de Seguridad del Paciente

CATEGORIAS DE ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DE VARIABLES:

Ver anexo 1.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

FUENTES DE INFORMACIÓN:

- **Fuentes primarias:**

Institución y actores involucrados con la Seguridad del Paciente en las instituciones evaluadas, para los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía y unidades de cuidado crítico, tales como Gerente, Líder de calidad, Líder de Seguridad del paciente, Líder de servicio médico y de enfermería, Representante asistencial (profesional de la salud y auxiliar de enfermería). La institución evaluada se denominó como IPS 1, con el objetivo de garantizar el anonimato de la información y los resultados.

- **Fuentes secundarias:**

Documentos institucionales como: Indicadores de salud de los años 2015 a 2018 establecidos según la Resolución 256 de 2016, y los recomendados en los paquetes instruccionales de Seguridad del Paciente, con la finalidad de observar tendencias en la IPS durante los años 2015, 2016, 2017 y 2018 de manera comparativa.

INSTRUMENTOS:

- Entrevista que contiene 11 preguntas orientadoras, las cuales fueron dirigidas al Gerente, Líder de calidad y Líder de Seguridad del Paciente. En dicho instrumento se evaluaron las categorías de factores de la implementación, procesos de la implementación y resultados de la estrategia de implementación, abordando las subcategorías como: Direccionamiento y recursos, Etapas y procesos de implementación, comunicación para la implementación, cadenas de mando y efectos respectivamente. **Ver anexo 2.**
- Entrevista que contiene 11 preguntas orientadoras las cuales fueron dirigidas a Líder de servicio médico y de enfermería por servicio a evaluar. En dicho instrumento se evaluaron las categorías de factores de la implementación, procesos de la implementación y resultados de la estrategia de implementación, abordando las subcategorías como:

Direccionamiento y recursos, Etapas y procesos de implementación, comunicación para la implementación, cadenas de mando y efectos respectivamente. **Ver anexo 3.**

- Entrevista que contiene 13 preguntas orientadoras las cuales fueron dirigidas a Representante asistencial (profesional de la salud y auxiliar de enfermería). En dicho instrumento se evaluaron las categorías de factores de la implementación y procesos de la implementación, abordando las subcategorías como: Direccionamiento y recursos y comunicación para la implementación. **Ver anexo 4.**
- Hoja de registro que evaluó la existencia documental de la Política, el programa y buenas prácticas de seguridad del paciente a través de 45 ítems, correspondiendo los 12 primeros ítems a buenas prácticas de seguridad del paciente y los ítems restantes a las guías de práctica de seguridad del paciente, dando prioridad a las de obligatorio cumplimiento para los servicios a evaluados como son:
 - 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.
 - Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
 - Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
 - Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos
 - Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.

Ver anexo 5.

- Hoja de registro que evaluó la existencia de indicadores de las 7 guías elegidas como prioritarias en los servicios a evaluados, y los indicadores de la Resolución 256 de 2016 que aplicaban. **Ver anexo 6.**
- Hoja de registro donde se digitaron los resultados de los indicadores correspondientes a las guías de práctica de seguridad del paciente elegidas según los servicios a evaluados durante los años 2015, 2016, 2017 y 2018, al igual que los indicadores de la Resolución

256 de 2016 que aplicaron con el fin de hacer el análisis de las tendencias de manera comparativa. **Ver anexo 7.**

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Como primer paso se solicitó autorización al representante legal de la IPS, una vez se obtuvo la aceptación por parte de la IPS se continuó con los demás pasos establecidos.
- Se definió como criterio de inclusión para selección del personal de salud el tiempo de antigüedad o permanencia en la Institución que fue de mínimo 2 años.
- Para la aplicación de las entrevistas se solicitó consentimiento informado a los entrevistados con el fin de realizar grabación.
- Se citó previamente a los funcionarios elegidos para aplicación del instrumento y se explicó brevemente la finalidad de la entrevista.
- Se procedió a realizar la entrevista en un lugar privado, se realizó de manera individual y se garantizó confidencialidad en sus respuestas.
- La transcripción de cada entrevista se realizó lo más pronto posible con el fin de evitar pérdida de la información y daños en los equipos de audio.
- Para la recolección de la información en las hojas de registro, se citó al líder del Programa de Seguridad del paciente, se explicó la finalidad del estudio y se solicitó autorización para la verificación de la información, la cual se registró de manera simultánea en cada hoja de registro.
- Los datos recolectados mediante las entrevistas abiertas semiestructuradas fueron utilizados para complementar el análisis de la información recogida mediante las hojas de registro.

PLAN DE ANÁLISIS:

El análisis de información se realizó de acuerdo a la naturaleza de los datos:

Análisis de la información cualitativa:

Para los datos cualitativos obtenidos a través de las entrevistas se realizaron dos procesos: Descripción e Interpretación según categorías de análisis.

1. Descripción de las Categorías de análisis:

- Se realizó transcripción a partir de las grabaciones.
- Se sistematizó en una hoja de excel de acuerdo con la cantidad de datos recolectados.
- Una vez sistematizadas se inició el proceso de codificación abierta, axial y selectiva, con base en las categorías previamente definidas.

2. Interpretación de las categorías de análisis.

Análisis de la información cuantitativa:

- Los datos numéricos se procesaron atendiendo a su naturaleza y se sistematizaron en una hoja de excel.
- Para el análisis se emplearon medidas de la estadística descriptiva.

7.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 (23), se realizó una investigación sin riesgo que corresponde a estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de 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 diligenció consentimiento informado a cada entrevistado (**Anexo 8**), mediante el cual se garantizó que el sujeto expresara voluntariamente su intención de participar en la

investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

8 RESULTADOS

Los resultados se presentan en dos fases, una fase descriptiva que da cuenta de las etapas de la implementación del programa de seguridad del Paciente: 1. Factores de la implementación, 2. Procesos de la implementación y 3. Los Resultados de la estrategia de la implementación; y una fase interpretativa que hace relación a los modelos organizacionales de implementación de una política y las variables de resultado: aceptabilidad, adopción, idoneidad, fidelidad, costo de la implementación, cobertura y sustentabilidad.

Fase Descriptiva

Desde el año 2006 Colombia estableció por medio del Decreto 1001 en uno de sus componentes, en el Sistema Único de Acreditación requisitos de carácter voluntario para la gestión y reporte de eventos adversos derivados de la atención en Salud, lo que derivó que las IPS con un enfoque en estándares de alta calidad desarrollaran prácticas para la implementación de un Programa de Seguridad del Paciente.

A partir del año 2008 el Ministerio de Salud estableció la política de Seguridad del Paciente liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el objetivo de: “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”(7), dando inicio para su implementación a las buenas prácticas para la seguridad del paciente propuestas por el Ministerio, que inicialmente fueron consideradas de carácter voluntario y más adelante a través del Sistema Único de Habilitación con la Resolución 2003 de 2014, se convirtieron en un criterio obligatorio para todos los Prestadores de Servicios de Salud.

Frente a estos preceptos, la Institución objeto de estudio implementó la política y el programa de Seguridad del Paciente y estableció como propósito brindar una atención segura. El presente estudio, buscó caracterizar la implementación de la política de Seguridad del Paciente en una institución de mediana y alta complejidad y a través de las entrevistas con

los diferentes actores se logró evidenciar las etapas de implementación relacionadas con los factores, los procesos y los resultados de la estrategia de la implementación de la política de Seguridad del Paciente que se destacan en la institución.

En la etapa de los factores de la implementación se identificó que la Institución prioriza uno de los ejes de acreditación como es la atención centrado en el paciente dando respuesta al direccionamiento y los recursos reflejado en la formulación del Programa de Seguridad del Paciente en su direccionamiento estratégico desde el año 2008, el cual dado su mejoramiento continuo de la calidad cuenta con 16 prácticas seguras para el proceso de atención en salud; estrategias orientadas a la prevención, análisis e intervención de los problemas de calidad relacionados con la atención en salud. En la IPS se percibe la importancia de brindar una adecuada y segura atención al usuario "un gran énfasis en vigilar y dar como mayor prioridad cada vez más a la seguridad y a la atención del paciente. (L.1.1 - L1.3 Personal de salud)".

La institución cuenta con los recursos necesarios para mantener y mejorar la seguridad institucional basada en la Gestión de Riesgo, siendo uno de los objetivos Institucionales formulado específicamente para brindar una atención segura y de calidad, desde el Programa Integrado de Seguridad Institucional (PISI), que contiene cada una de las estrategias encaminadas a brindar una atención segura al paciente, disminuyendo así la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, programa que contiene todo lo relacionado con gestión de la infraestructura, la tecnología y la información, mostrando así un enfoque sistémico para la prevención y gestión de riesgos organizacionales.

Así mismo para la definición e implementación institucional de toda política o programa es fundamental el apoyo de la alta dirección, sin él las estrategias se convierten en acciones sin eco y terminan siendo directrices sin respaldo. Todo despliegue o implementación de una política o programa requiere de recursos relacionados con infraestructura, talento humano, insumos, dispositivos y medicamentos necesarios para la prestación del servicio, así como para la formación continua del talento humano. Al interior de la institución se pudo observar como la IPS cuenta con todos los recursos necesarios para la implementación del programa de Seguridad del Paciente "un proceso de calidad si no tiene el visto bueno o todo el apoyo

desde la alta dirección y esto es en recursos, en tiempo a la gente, en viajes, en referenciaciones, o sea en todo lo que implica implementar un sistema de gestión de calidad pues es imposible, entonces el hospital siempre ha dedicado todos los recursos que se requieren para tecnología, dispositivos, capacitaciones o sea todo lo que implica trabajar en seguridad del Paciente. (C.2.1 - C.2.5 Directivos)".

Dentro de los recursos requeridos para la implementación del programa de seguridad del Paciente la IPS definió una estructura por la seguridad del paciente que se ve reflejado en la integración del equipo líder de seguridad del paciente, equipo multidisciplinario conformado por: "tres enfermeras profesionales, una especialista en clínica de heridas dedicada exclusivamente al análisis y clasificación de este tipo de eventos, la coordinadora de infectología en este mismo aspecto y yo como enfermera del programa, pues con todo lo asistencial, una química farmacéutica que se encarga con el apoyo de un gestor de tecnovigilancia en el manejo de todo lo de medicamentos, tecnovigilancia y farmacovigilancia, mm la coordinadora del programa que es la médica de calidad y del programa de seguridad y una auxiliar de enfermería que hace las veces de nuestra asistente (E.6.1 - E.6.6 Directivos)". El equipo ha sido capacitado continuamente en la implementación y análisis de acciones de mejoramiento, es responsable de desplegar cada una de las estrategias y de realizar las capacitaciones a los demás colaboradores.

La etapa de los procesos de la implementación enmarca las subcategorías de etapas y procedimientos, cadenas de mando y comunicación para la implementación.

Se pudo evidenciar en las etapas y procedimientos de la implementación que la Institución ha venido desarrollando desde el año 2012 la documentación e implementación del programa de seguridad del paciente. Cada una de las estrategias fueron construidas teniendo en cuenta las mejores prácticas de seguridad estudiadas para disminuir la ocurrencia de fallos de calidad durante el proceso de atención en Salud. Documentos a las cuales tienen acceso todos los colaboradores y personal en práctica formativa a través del software de gestión integral Almera.

La institución adoptó los 16 paquetes instruccionales de seguridad del paciente del Ministerio como son: Identificación segura de pacientes, Manejo seguro de Medicamentos, Gestión de los eventos de seguridad, Prevención de las Infecciones asociadas a la Atención en Salud, Seguridad Transfusional, Cirugía Segura, Prevención de Caídas, Piel Sana, Involucrar al Paciente y a sus allegados en la seguridad, Comunicación Segura, Equipo de Respuesta Rápida ERR, Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares, Reducir el riesgo de la atención del Paciente crítico, Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo, Nutrición segura, Reducir el riesgo de la atención en pacientes con enfermedad mental (E.10.2 - E.10.6 Líderes).

Se ha evidenciado como el programa ha permitido realizar identificación, control y monitoreo de los riesgos en la atención en salud; con un enfoque no punitivo y confidencial “si siempre pues nos están como incentivando al reporte, siempre es no punitivo (D.7.1 Líderes)”. En la IPS se realiza el reporte permanente de los eventos o incidentes ocurridos durante la atención en salud, a través de "cinco líneas de reporte: una línea 1111, que es un buzón que funciona 24 horas al día 7 días (E.9.1 Directivo)", "otro de los medios es el formato de fallas en la atención (E.9.4 - E.9.5 Directivo)", "otro es directamente a la oficina, somos una oficina que está ubicada al interior del área asistencial para favorecer el contacto con el personal (E.9.7 - E.9.8 Directivo)", "por correo electrónico que es un medio muy utilizado por las entidades de aseguramiento o por los líderes de procesos que nos reportan algún evento, por búsqueda activa que se hace a través de las rondas o por chat GES, que es un chat interno al cual pertenecen los líderes de área y nos reportan pues por allí eventos que requieren la intervención inmediata (E.9.9 - E.9.12 Directivo)".

En la Institución se percibió un ambiente favorable para el reporte de fallas en la atención en salud, a través de diferentes testimonios que se centraron en las conductas no punitivas por parte de compañeros, líderes y superiores; enfocadas en brindar un mejor atención al paciente "Si, si, se puede comunicar, como te dije también no hay acciones punitivas, sino que son más acciones correctivas, ehm en bienestar tanto del paciente como a la formación de nosotros que somos los profesionales a cargo. (C.12.1 - C.12.2 Personal de salud)".

Para la identificación de los riesgos en los procesos y procedimientos institucionales la IPS adoptó y adaptó la metodología AMFE; técnica que permite identificar, evaluar y gestionar las fallas potenciales y su efecto, de esta manera definir acciones que permitan minimizar o eliminar la ocurrencia o materialización del riesgo. Para su gestión la IPS utiliza el Software de Gestión Integral Almera.

Con la capacitación en la estrategia de Gestión de eventos de seguridad la institución logró concientizar a cada uno de los colaboradores en la importancia del reporte permanente de fallos incrementando la cultura del autoreporte, que se enfoca en la detección temprana y permite la definición de barreras efectivas. Adicional, a través de los equipos de mejoramiento y comités institucionales los colaboradores conocen el comportamiento respecto a los eventos adversos y tendencias de los indicadores.

La documentación y reporte de las fallas en la Atención se realiza por medio del software Almera, a través del módulo de Riesgos, donde tienen acceso cada uno de los colaboradores y reciben capacitación durante la inducción para su acceso y registro. Para el análisis de fallas o eventos de calidad la Institución definió como metodologías causa raíz el diagrama de Ishikawa o espina de pescado y el protocolo de Londres, utilizados según la severidad de la falla reportada (E.9.21 Directivos) y para el respectivo análisis de eventos adversos dentro de la metodología estandarizada se realiza citación a las personas involucradas con el objetivo de proponer acciones de mejoramiento (G.4.8 - G.4.10 Líderes) que buscan fortalecer las barreras y disminuir los fallos durante el proceso de atención en Salud. Adicionalmente la Institución cuenta con un comité ampliado de seguridad del paciente, donde se realiza análisis de eventos centinela.

Los mecanismos que estableció la IPS para generar adherencia al programa de seguridad del paciente están las “listas de chequeo, las rondas de seguridad, inducción y reinducción, también tenemos espacios como los grupos operativos de mejoramiento” ((D.3.3, (G.3.1 - G.3.2 Líderes)); mecanismos que son utilizados de manera periódica para contribuir al mejoramiento continuo del proceso de atención en Salud.

La política establece la Alianza con el paciente y su familia; principio reflejado en la estrategia “Involucrar al Paciente y a sus allegados en la seguridad”, considerado en la IPS uno de los ejes fundamentales haciendo énfasis en la atención centrada en el usuario y su familia, identificando las necesidades y expectativas e involucrándolos en el cuidado y educación en el manejo de su patología o condición de salud.

La Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud¹ se evidencia como desde un enfoque sistémico la Institución ha integrado cada uno de los componentes de habilitación, PAMEC, Acreditación y Sistema de información con la obtención de certificaciones nacionales otorgadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y organizaciones líderes nacionales en temas relacionados con Calidad y Seguridad del Paciente.

Las cadenas de mando de la Institución evidencian un enfoque multicausal e interdisciplinar, reflejado en el involucramiento de las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores. En la IPS el Programa de Seguridad del Paciente cuenta con un grupo compuesto por "la Coordinadora del Programa, la enfermera del programa y cada uno de los actores o de las personas que cumplimos con los diferentes roles en la implementación del programa (E.4.1 - E.4.2 Directivos), pero también hacen parte: "la alta gerencia, desde la junta directiva desde nuestra gerente, encaminado por el área de calidad y dirigido propiamente a al área de seguridad del paciente, cierto, entonces, eemm los responsables pienso que somos todos (G.2.1 - G.2.3 Líderes). Se evidencia un grupo robusto que trabaja en la implementación y mantenimiento del programa de Seguridad Paciente y donde se involucra a la Junta Directivos, la Gerencia, líderes, colaboradores y terceros contratados, utilizando como estrategias la conformación de equipos de mejoramiento y el comité ampliado de seguridad del paciente que permite conocer y hacer seguimiento al programa de seguridad del Paciente.

La comunicación para la implementación del programa de seguridad del paciente hace referencia a la Alianza de la IPS con el profesional de la salud, se evidenció en el involucramiento del personal en cada una de las actividades Institucionales, en el empoderamiento y sentido de pertenencia del personal administrativo y asistencial en el día

a día con cada uno de los procesos relacionados con la seguridad del paciente y en el respaldo que ofrece la Institución a los colaboradores a través de la formación continua evidenciado en el Plan Maestro (Plan de capacitaciones institucional).

La etapa de Resultados de la estrategia de implementación hace referencia a los efectos generados con la implementación de las fases anteriores. Toda implementación de políticas o programas trae consigo la evaluación periódica de cada una de las estrategias documentadas e implementadas, medición que permite conocer el avance obtenido después de su despliegue Institucional, la IPS objeto del estudio definió indicadores que permiten monitorear y gestionar continuamente la calidad y seguridad durante el proceso de atención en salud y adicionalmente cuenta con cada uno de los reportes realizados de los indicadores de obligatorio cumplimiento definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 256 de 2016.

Adicional las prácticas de seguridad cuentan con indicadores como: índice de eventos adversos, distribuciones por tipo (complicación, incidente, eventos), eventos relacionados con medicamentos, flebitis, indicadores de adherencia (caídas, lesiones por presión), tasa de infecciones, indicadores de cultura de seguridad; entre otros (E.11.2 - E.11.10 Directivos); indicadores que permiten monitorizar y evaluar las tendencias y priorizar estrategias de mejoramiento; estos son socializados en el Comité ampliado de Seguridad del Paciente, permitiendo así conocer los cambios generados con la implementación del programa. A continuación, se presentan los indicadores relacionados con cada una de las estrategias de seguridad del paciente de los años 2015 al 2018, con las metas, los resultados, la tendencia y la descripción, dando respuesta así a la subcategoría de Efectos

Indicadores

Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud

Se pudo observar en los indicadores que dan respuesta a la estrategia de seguridad detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud, que 8 de 12 indicadores presentan una tendencia positiva y se han ubicado dentro de la meta establecida, evidenciando de esta manera adherencia a las prácticas y barreras definidas por la institución dentro del programa de seguridad del paciente durante los años 2015 al 2018 entre los cuales se encuentran: Índice de infección asociado al cuidado en salud, proporción de infección quirúrgico, proporción de adherencia a la profilaxis antibiótica, proporción de adherencia a los aislamientos hospitalarios y la distribución de las IAAS en los servicios de UCI, neonatos, urgencias y cirugía. Con tendencia negativa los indicadores de distribución de Ginecoobstetricia y hospitalización, tasa de infección urinaria asociada a sonda, tasa de bacteremia asociada a catéter centra y proporción de adherencia al lavado de manos. (ver tabla 3)

Tabla 3 Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la Atención en Salud




INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META				RESULTADO				UNIDAD	MINI GRAFICAS	TENDENCIA	DESCRIPCIÓN
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018				
TASA DE INFECCIÓN ASOCIADAS CON LA ATENCION EN SALUD	No se mide												No se realiza Medición
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO	Distribución Hosp. General	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	34	31	42	41			↑	La tendencia del indicador evidencia un aumento en el presencia de IAAS con relación a los primeros dos años para este servicio, con una diferencia entre 8 y 10 puntos porcentuales; mostrando una ligera estabilización.
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO	Distribución UCI Adulto	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	37	48	34	31			↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución en la presencia de IAAS para este servicio, con una diferencia significativa entre el 2do año y el 3er y 4to año.
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO	Distribución Urgencia	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	7	8	0	2			↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución en la presencia de IAAS para este servicio, con una diferencia significativa con relación a los dos primeros años y los dos últimos años.
INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META				RESULTADO				UNIDAD	MINI GRAFICAS	TENDENCIA	DESCRIPCIÓN
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018				
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO	Distribución Cirugía	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	56	38	33	38			↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución en la presencia de IAAS para este servicio, observándose una diferencia significativa con relación al primer año.
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO	Distribución Neonatos	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	16	17	8	1			↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución en la presencia de IAAS para este servicio, con una diferencia significativa con relación a los dos primeros años y los dos últimos años.
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO	Distribución Ginecoobst	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	8	2	5	7			↓	La tendencia del indicador evidencia un aumento en el presencia de IAAS con relación a los primeros dos años para este servicio, con una diferencia significativa entre el 2 segundo año y el 3er y 4to año.
INFECCIÓN GLOBAL ASOCIADA AL CUIDADO EN SALUD	Índice IAAS	1,5	1,5	1,5	1,5	2,72	1,07	0,89	1,04	x 100 egresos		↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución importante con relación a la presencia de IAAS, observándose como solamente el primer año de medición estuvo por fuera de la meta establecida.
INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDA	Tasa ISTU-AC	6	6	6	5	1,56	2,34	2,52	1,94	x 1000 días de uso		↑	La tendencia del indicador evidencia una curva fluctuante que ha ido aumentando con relación al primer año reportado, pero que muestra mejoría en el último año, adicional el indicador se ha mantenido dentro de la meta establecida.
BACTEREMIA ASOCIADA A A CATÉTER CENTRAL	Tasa	3	3	3	2	1,01	1,78	1,75	1,31	x 1000 días de uso		↑	La tendencia del indicador evidencia una curva fluctuante que ha ido aumentando con relación al primer año reportado, pero que muestra mejoría en el último año, adicional el indicador se ha mantenido dentro de la meta establecida.
PROPORCIÓN DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA	Proporción	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	0,9%	0,6%	0,5%	0,7%	%		↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución importante con relación a la presencia de Infecciones, observándose como pico mas alto el 1er año, adicional el indicador se ha mantenido dentro de la meta establecida.
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS	Proporción	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	91,4%	84,9%	80,5%	42,3%	%		↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución en la adherencia, observándose un comportamiento dentro de meta en los 3 primeros años, pero para el último año se observa una disminución importante que generó estar por fuera de la meta.
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA	Proporción	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	77,9%	87,8%	91,9%	89,7%	%		↑	La tendencia del indicador permite identificar un aumento en la proporción de adherencia a la profilaxis antibiótica, observándose únicamente el primer año fuera de la meta establecida.
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LOS AISLAMIENTO HOSPITALARIOS	Proporción	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	94,6%	96,3%	99,1%	97,8%	%		↑	La tendencia del indicador permite evidenciar un aumento en la adherencia, presentando los picos mas altos e importantes en los 2 últimos años, adicional el indicador se ha mantenido por encima de la meta establecida.

Fuente: Elaboración Propia

Asegurar la correcta identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales

Se pudo evidenciar como uno de los indicadores que responde a la adherencia del personal a la estrategia de asegurar la correcta identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales desde el inicio de su medición se ha mantenido y superado la meta institucional establecida. Como hallazgo importante el indicador de porcentaje de incidentes asociados a fallas en la identificación del paciente ha tenido una tendencia en ascenso reflejando de esta manera la cultura del autoreporte y la efectividad de las barreras establecidas puesto que ninguno de los incidentes reportados ha conllevado a la presencia de eventos adversos por la misma causa reflejado en el indicador de porcentaje de eventos asociados a fallas en la identificación del paciente. (Ver tabla 4)

Tabla 4 Asegurar la correcta identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales

INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META				RESULTADO				UNIDAD	MINI GRAFICAS	TENDECIA	DESCRIPCIÓN
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018				
PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE	Proporción adherencia	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	86,1%	95,7%	83,7%	90,5%	%		↑	La tendencia del indicador evidencia curva fluctuante de adherencia, observando como punto mas alto el 2do año y los tres años con valores semejantes; adicionalmente el indicador se ha mantenido dentro de la meta.
PORCENTAJE DE INCIDENTES ASOCIADOS A FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Incidentes: Valor por base	Sin meta	Sin meta	Sin meta	Sin meta	0	16%	31%	50%			↑	La tendencia del indicador evidencia aumento constante e importante con relación a la primera medición, observándose como punto mas alto el último año.
PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	Eventos Adversos: Valor por base	Sin meta	Sin meta	Sin meta	Sin meta	0	0	0	0			—	La tendencia del indicador evidencia medición estable, observándose en los reportados el indicador en "0" ceros.
PORCENTAJE DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS CON LA IDENTIFICACIÓN REDUNDANTE.	No se mide												No se realiza medición

Fuente: Elaboración Propia

Prevención de Úlceras por Presión (UPP)

En los indicadores que dan respuesta a la estrategia de prevención de Úlceras por Presión (UPP) se refleja como la IPS priorizó la medición de la identificación del riesgo, Índice UPP y la proporción de pacientes en los que se cumplen con las barreras para prevenir UPP, evidenciando que cada uno de éstos ha superado la meta institucional establecida y su tendencia es positiva mostrando importantes cambios desde el inicio de su medición. Para los demás indicadores recomendados por el Ministerio de Salud y Protección social la IPS no realiza medición. (Ver tabla 5)

Tabla 5 Prevención de Úlceras por Presión

INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO I	META				RESULTADO				UNIDAD	MINI GRAFICAS	TENDENCIA	DESCRIPCIÓN
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018				
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	Proporción	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	100%	100%	100%	100%	%		—	La tendencia del indicador permite evidenciar adherencia superior y constante, manteniéndose encima de la meta institucional establecida
IDENTIFICACIÓN DE UPP	No se mide												No se realiza medición
PREVENCIÓN DE LESIONES EN PIEL DE PACIENTES POR PRESIÓN (UPP)	No se mide												No se realiza medición
PREVENCIÓN DE PRESENTACION DE LESIONES POR PRESIÓN (UPP)	Índice	4	4	4	4	Sin dato	2,24	2,1	2,18	x 1000 atenciones		—	La tendencia del indicador permite evidenciar estabilidad en los datos reportados, diferenciados en decimales, manteniéndose dentro de la meta institucional establecida
PREVENCIÓN DE LESIONES DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)	No se mide												No se realiza medición
IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES QUE SUFREN ULCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN LA UNIDAD	No se mide												No se realiza medición
IDENTIFICACIÓN DE LESIONES EN PACIENTES SUFREN ULCERAS POR PRESIÓN	No se mide												No se realiza medición
IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN LOS QUE SE CUMPLE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR LAS LESIONES DE PIEL	Proporción	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	78,2%	87,5%	82,6%	90,8%	%		↑	La tendencia del indicador permite evidenciar un aumento en la adherencia con relación al primer año, observándose solamente el primer año por fuera de la meta establecida

Fuente: Elaboración Propia

Procesos para la Prevención y Reducción de la frecuencia de Caídas

Para los indicadores que dan respuesta a prácticas seguras en los procesos para la Prevención y Reducción de la frecuencia de Caídas se pudo observar los indicadores que muestran una tendencia con mejores resultados son los que miden la adherencia del personal de salud a la estrategia y a las barreras implementadas, como son: Proporción de Pacientes en los que se identifica el Riesgo de caída y proporción de pacientes en los que se cumple con la identificación del riesgo de caídas, datos reportados que superan las metas anuales. El indicador que presentó mayor variabilidad fue Proporción de caídas, sin embargo, se mantuvo dentro de la meta institucional establecida. (Ver tabla 6)

Tabla 6 Procesos para la Prevención y Reducción de la frecuencia de Caídas

INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO I	META				RESULTADO				UNIDAD	MINI GRAFICAS	TENDENCIA	DESCRIPCIÓN
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018				
REDUCCIÓN DE CAÍDAS DEL ÍNTE	Índice	3	3	3	3	0,21	0,1	0,14	0,17	x 1000 pacientes atendidos		↑	La tendencia del indicador a través del tiempo permite evidenciar un aumento constante en relación al segundo año de medición; el indicador se ha mantenido dentro de los límites establecidos.
ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS	No se mide												No se realiza medición
REDUCCIÓN DE PACIENTES A LOS QUE SE LES IDENTIFICA EL RIESGO DE CAÍDAS	Barreras de caídas pregunta clasificación	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	100%	100%	100%	100%	%		—	La tendencia del indicador permite evidenciar una adherencia superior y constante, manteniéndose siempre encima de la meta institucional establecida.
REDUCCIÓN DE PACIENTES EN LOS QUE SE CUMPLEN LAS BARRERAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR LAS CAÍDAS	Proporción	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	86,3%	89,5%	85,0%	87,3%	%		—	La tendencia del indicador permite evidenciar una adherencia superior y constante, manteniéndose siempre encima de la meta institucional establecida.

Fuente: Elaboración Propia

Mejorar la Seguridad en la utilización de Medicamentos

Los indicadores que dan respuesta a la estrategia de mejorar la Seguridad en la utilización de Medicamentos evidencian una tendencia importante con relación a los procesos de adherencia del personal de salud. El indicador Proporción de reacciones adversas a medicamentos se ha mantenido estable entre los años 2015 a 2018. El Indicador de proporción de adherencia a las barreras de seguridad en la utilización de medicamentos muestra una tendencia en aumento que es importante teniendo en cuenta la meta institucional, el indicador que presentó mayor variabilidad y que se encuentra fuera de meta es proporción de cumplimiento a las directrices de reconciliación medicamentosa. Los demás indicadores propuestos por el ministerio no fueron priorizados por la institución. (Ver tabla 7)

Tabla 7 Mejorar la Seguridad en la utilización de Medicamentos



INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META				RESULTADO				UNIDAD	MINI GRAFICAS	TENDENCIA	DESCRIPCIÓN
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018				
ES DE CONCILIACIÓN	No se mide												No se realiza medición
IFICACIÓN DE ALERTA DE AMENTOS	Se realiza al 100% de los pacientes												Se realiza al 100% de los paciente
RCIÓN DE REACCIONES SAS A MEDICAMENTOS	Índice EA asociados a Med					7	7	7	7	x 1000 atenciones		—	La tendencia del indicador evidenci estabilidad en los datos reportado
NTAJE DE ERRORES DE ACIÓN	No se mide												No se realiza medición
RCIÓN DE FALLAS EN LA RVACIÓN Y ENAMIENTO DE	No se mide												No se realiza medición
RCIÓN DE ADHERENCIA A RRERAS DE SEGURIDAD ANEJO DE AMENTOS	Proporción	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	64,9%	92,0%	87,8%	84,0%	%		↑	La tendencia del indicador permite evi un aumento significativo en la adheren relación al 1er año, observandose sola el primer año por fuera de la meta y los por encima de la meta.
RCIÓN DE CUMPLIMIENTO DIRECTRICES CIONALES DE CILIACIÓN AMENTOSA	Proporción	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	43,3%	88,2%	70,7%	69,8%	%		—	La tendencia del indicador evidenci aumento significativo entre el 1er y e año, observandose como punto mas a 2do año y siendo el único que ha est dentro de la meta establecida.

Fuente: Elaboración Propia

Mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos

Se evidencian como los indicadores priorizados en la IPS para la estrategia de mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos: Proporción de procedimientos quirúrgico en paciente o lugar equivocado o procedimiento erróneo y proporción de pacientes con fallas anestésicas permiten observar una tendencia positiva a la baja, manteniéndose de esta manera dentro de la meta establecida y evidenciando así la adherencia a las barreras establecidas en la estrategia por parte del personal. Para los demás indicadores recomendados por el Ministerio de Salud y Protección Social la institución no realiza medición. (Ver tabla 8)

Tabla 8 Mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos

INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META				RESULTADO				UNIDAD	MINI GRAFICAS	TENDENCIA	DESCRIPCIÓN
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018				
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E	Proporción	2%	2%	2%	2%	1%	0%	0%	0%	%		↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución significativa con relación al 1er año reportado, adicional el indicador ha mantenido dentro de la meta.
PROPORCIÓN DE CIRUGÍA NO PERTINENTE	No se mide												No se realiza medición
PROPORCIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA CANCELADA	No se mide												No se realiza medición
PROPORCIÓN DE PACIENTES CON FALLAS ANESTÉSICAS	Proporción de complicaciones anestésicas	7	7	7	7	0,01	0	0,03	0	casos por 100 cirugías realizadas		↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución importante entre el 3er y el 4to año, el indicador se ha mantenido dentro de las metas establecidas.
PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HERIDAS CONTAMINADAS	No se mide												No se realiza medición

Fuente: Elaboración Propia

Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de Sangre, Componentes y a la Transfusión Sanguínea

Los indicadores que dan respuesta a la estrategia de seguridad de prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de Sangre, Componentes y a la Transfusión Sanguínea, mostraron resultados con tendencia positiva a través de los años reportados, teniendo en cuenta el objetivo del indicador y la meta para los que aplican. Adicional a lo anterior para estrategia implementada se realiza medición de la mayoría de indicadores ya que estos son de reporte obligatorio en el programa de Hemovigilancia. (Ver tabla 9)

Tabla 9 Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de Sangre, Componentes y a la Transfusión Sanguínea

ADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META				RESULTADO				UNIDAD	MINI GRAFICAS	TENDENCIA	DESCRIPCIÓN
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018				
CIÓN DE EVENTOS DERIVADOS DE LOS TRANSFUSIONALES	Proporción					0%	1%	1%	1%	%		↑	La tendencia del indicador evidenci aumento con relación al primer año, da se han mantenido en los demás años reportados
RE ACCIONES FUSIONALES	Se mide en índice												No se realiza medición
NTAJE DE REACCION SA TRANSFUSIONAL	Índice	6	6	6	6	0,09	0,22	0,03	0,11	casos por 100		↓	La tendencia del indicador evidenci disminución importante con relación segundo año para los demás datos, adic indicador se ha mantenido dentro de la establecida.
NTAJE TIPO REACCION SA TRANSFUSIONAL (RAT) DEFINICIONES DE CASO	No se mide												No se realiza medición
NTAJE DE REACCION SA TRANSFUSIONAL POR GRADO DE DAD (LEVE, MODERADO, O MUERTE)	Distribución RAT por Severidad					no hay dato	0,50%	0,08%	0,25%			↓	La tendencia del indicador evidenci fluctuación en los datos reportand observándose como punto más alto el 1 y una disminución importante con relación los otros dos años.
NTAJE POR GRADO DE ABILIDAD (GRADO 0, 1, 2 O 3)	Índice RAT					no hay dato	0,1	0,1	0,03			↓	La tendencia del indicador evidenci disminución importante con relación primeros años reportados.
NTAJE DE REACCION SA TRANSFUSIONAL POR COMPONENTE SANGUINEO TRANSFUNDIDO.	Distribución RAT por origen: del Hemocomponente o Fallas en el Proceso Transfusional					0,33%	0,67%	0,08%	0,25%			↓	La tendencia del indicador fluctuación datos reportados, observándose como mas alto el 3er año y mostrando en los datos periodos de aumento y disminución.

Fuente: Elaboración Propia

Indicadores Resolución 256 de 2016

Para los indicadores que son de obligatorio reporte por la Resolución 256 de 2016, se observó que la institución ha realizado reporte permanente de la mayoría de estos desde el año solicitado; aunque para los indicadores el Ministerio de Salud y Protección Social no ha fijado una meta Nacional se observa como la IPS estableció metas Institucionales que contribuyen a la implementación de barreras, garantizando de esta manera la minimización de los riesgos durante el proceso de atención en salud.

Como indicadores diferentes a los mencionados anteriormente dentro de las estrategias de seguridad del paciente y que se encuentran dentro de la meta propuesta por la institución son: tasa de neumonía asociada al ventilador, tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter, sin embargo, se evidencia variabilidad y tendencias al aumento en los mismo. El indicador de Proporción de cancelación de cirugía muestra una tendencia a la baja y se ha mantenido dentro de la meta establecida. (Ver tabla 10)

Tabla 10 Indicadores de Resolución 256 De 2016

INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META				RESULTADO				UNIDAD	MINI GRAFICAS	TENDENCIA	DESCRIPCIÓN
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018				
Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	Tasa	5	5	5	5	1,54	2,64	2,97	4,09	casos X 1.000 días de sometimiento al tubo endotraqueal		↑	La tendencia del indicador permite evidenciar un aumento con relación al primer año, manteniéndose dentro de la meta establecida.
Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)	Tasa	6	6	6		1,56	2,34	2,52	5	X 1000 días de uso de catéter		↑	La tendencia del indicador permite evidenciar un aumento con relación al primer año, manteniéndose dentro de la meta establecida.
Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)	Tasa	2	2	2	2	0,96	1,73	1,7	1,34	X1000 días de uso de catéter		↑	La tendencia del indicador, permite evidenciar un aumento significativo con relación al 1er año reportado, manteniéndose dentro de la meta establecida.

INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META				RESULTADO				UNIDAD	MINI GRAFICAS	TENDENCIA	DESCRIPCIÓN
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018				
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Indicador - Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Sin meta	Sin meta	Sin meta	Sin meta	Sin dato	Sin dato	0,13	0,13	T		—	La tendencia del indicador evidencia una curva estable con relación a los años medidos
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Sin meta	Sin meta	Sin meta	Sin meta	Sin dato	Sin dato	Sin dato	0,02	T			No se puede analizar tendencia
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Proporción EA Asociados a la Administración de Medicamentos en Hospitalización	Sin meta	Sin meta	Sin meta	1,50%	Sin dato	Sin dato	0,95%	1,04%			↑	La tendencia del indicador evidencia aumento con relación al primer año reportado, manteniéndose dentro de la meta establecida para el último año reportado.
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Proporción EA Asociados a la Administración de Medicamentos en Urgencias	Sin meta	Sin meta	Sin meta	Sin meta	Sin dato	Sin dato	0,16%	0,11%			↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución relación al primer año reportado
Tasa de úlceras por presión.	Índice	4	4	4	4	Sin dato	2,24	2,1	2,18	x 1000 atenciones		—	La tendencia del indicador permite evidenciar estabilidad en los datos reportados diferenciados en decimales, manteniéndose dentro de la meta institucional establecida.
Proporción de cancelación de cirugía	Indicador - Proporción de cancelación de cirugía por causa institucional	Sin meta	Sin meta	4,00%	4,00%	Sin dato	Sin dato	1,01%	0,34%			↓	La tendencia del indicador evidencia una disminución relación al primer año reportado, manteniéndose dentro de la meta establecida.

Tabla 11 Indicadores Institucionales adicionales

Indicadores Programa de Seguridad del Paciente		
Proporción	Distribución	Índice
Colaboradores que calificaron como satisfactorio la Gestión de la Seguridad del Proceso de Atención Brindado en su Área	Flebitis por Tipo	Eventos de Tecnovigilancia Asociados al Uso de Dispositivos Médicos Reusables
Colaboradores que Admiten que la Alta Dirección está Comprometida con la Seguridad del Paciente	Reportes por Clasificación de Riesgo del Dispositivo Médico y Equipo Biomédico	Eventos Adversos Asociados al Manejo Seguro de los Medicamentos x Cada 1000 pacientes atendidos
Colaboradores que Consideran que Existen Fallas en la Seguridad Durante el Proceso de Atención del Paciente	Eventos de Seguridad Asociados a Tecnovigilancia	Lesiones de Piel asociadas al cuidado de la salud x Cada 1000 pacientes atendidos
Colaboradores Capacitados y Sensibilizados en el Programa de Seguridad del Paciente	Fallos en la Atención según Canal de Reporte	
Cumplimiento a las Directrices Institucionales de Reconciliación Medicamentosa	Flebitis por Servicio	
Vigilancia de Eventos Adversos	Eventos de seguridad por su clasificación	
Adherencia a Barreras de Seguridad	Eventos adversos por su severidad	
Adherencia a las Barreras de Seguridad en la Comunicación Segura	Eventos adversos por servicio	
Adherencia a las Barreras de Seguridad en Cirugía Segura	Eventos adversos por tipo	
Indicadores de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud		
Cumplimiento de profilaxis antibiótica quirúrgica	Infecciones asociadas a la atención en salud de acuerdo a su posible prevención	
Endometritis post parto		
Infección de Sitio Operatorio (ISO) en cirugía con herida limpia contaminada		
de Infección en Sitio Operatorio (ISO) en cirugía con Herida Limpia		
Adherencia al Uso Racional de Antibióticos		
Cumplimiento de barreras de seguridad relacionadas con prevención de infecciones asociadas a la atención en salud		
Muestras que cumplen con los valores máximos permitidos de luminometría		
Flebitis infecciosas institucionales		
Indicadores de Prevención de Lesiones de Piel		
	Categorías de lesiones por presión	Lesiones de Piel que ocasionan daño en el paciente x Cada 1.000 Atenciones
	Tipos de heridas	
	Lesiones de Piel por Tipo	
Indicadores de Prevención de Caídas		
	Caídas según su severidad	
Indicadores de Transfusión Segura		
Unidades sanguíneas cruzadas y no transfundidas al paciente que se le solicitó		
Pacientes en los que se cumplen las barreras de seguridad en la Transfusión Sanguínea		

Fase Interpretativa

Teniendo en cuenta que el presente estudio buscó caracterizar la implementación de una política pública materializada a través del programa de Seguridad del Paciente, los resultados de la fase interpretativa se abordaron desde 1) el modelo organizacional propuesto por Richard Elmore (14) y 2) las características de resultado de la implementación propuesto por Peters. DH y Col (27).

1. Elmore analiza la implementación desde cuatro modelos: implementación como administración de sistemas (planeación y control); implementación como proceso burocrático (según comportamiento de los burócratas); implementación como desarrollo organizacional (responsabilidad de los implementadores); implementación como negociación y conflicto (negociación entre los actores sociales y políticos) (14). En la siguiente tabla se presenta un resumen que permite ilustrar los principales aspectos de cada uno de los modelos y ubicar el modelo organizacional que predomina en la institución de estudio.

Tabla 12 Modelos para el análisis de la Implementación

MODELO	CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL MODELO			
	Principio central	Posición frente al poder	Definición sobre la toma de decisiones	Bosquejo del proceso de implementación
I. ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS	Organizaciones funcionan como maximizadoras racionales de valores	Estructura de control jerárquico	Asignación óptima por tareas a las unidades	Implementación a. definición de objetivos, b. asignación de responsabilidades y parámetros de desempeño
II. PROCESO BUROCRÁTICO	Atributos: Autonomía – rutina	Disperso y fragmentado	Decisiones dirigidas a controlar autonomía y modificar rutina	Implementación se dirige a: a. ubicar concentración de autonomía; b. establecer que rutinas requieren modificaciones, poniendo especial atención en el aspecto principal de la política
III. DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Satisfacer necesidades psicológicas y sociales fundamentales de los individuos	Deben estructurarse para: maximizar, controlar, participación y	Decisiones consensuales para lograr grupos de trabajo eficaces	Creación de consensos y adaptación entre quienes elaboran las políticas y los

	(autonomía, control, participación, compromiso)	compromiso individual en todos los niveles		responsables de implementarlas.
IV. CONFLICTO Y NEGOCIACIÓN	Arenas de conflicto. Competencias por la obtención de ventajas derivadas del ejercicio del poder y la distribución de recursos escasos.	Distribución del poder nunca estable derivada de la capacidad de movilizar recursos (jerarquía, conocimientos, control de recursos y capacidad de movilización de apoyos del exterior)	Decisión derivada de la negociación dentro y entre las unidades	Implementación derivada de la negociación entre preferencias y recursos.

Fuente: Benito León Corona. ¹

Frente a lo anterior, los resultados mostraron que la institución de estudio, se ajusta con el modelo de implementación de Desarrollo Organizacional DO, evidenciando en la estructura organizacional y en los procesos de la implementación las proposiciones o supuestos que plantea el autor para este modelo:

Las políticas públicas deben dar respuesta a las necesidades grupales, no individuales; para esto la IPS centra la prestación de servicios en brindar una atención segura y de calidad a cada uno de sus usuarios, reflejando además el poder en la toma de decisiones en cada uno de los niveles organizacionales, respetando las necesidades de autonomía y control de cada uno de los colaboradores en las funciones relacionadas con la implementación de la política; mostrando de esta manera la descentralización en la toma de decisiones en cada uno de los líderes de los procesos y/o servicios; tal como lo plantea Elmore en este supuesto, las organizaciones deberían funcionar para satisfacer las necesidades psicológicas y sociales fundamentales de los individuos –necesidades éstas 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 (25). El segundo lugar se pone de manifiesto, que la Institución de estudio

¹ Benito León Corona. Organización e implementación de programas de gobierno para pobres en México. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/5040/organizacion_e_implementacion_de_programas_de_gobierno_para_pobres_en_mexico.pdf

cuenta con una estructura organizacional consolidada, que parte desde la junta directiva y la gerencia, quienes son los directamente responsables de la toma de decisiones institucionales y consecuentemente garantes de transmitir el compromiso de la alta dirección con los objetivos propuestos, garantizando una designación adecuada de funciones para cada uno de los colaboradores; reflejando de esta manera el enfoque Top-Down (de arriba abajo).

Se evidencia en la Institución como el despliegue de la política y el programa de seguridad de pacientes se desarrolla desde la alta dirección y los líderes de programas, y llega hasta los colaboradores con rol operativo, pasando por los misionales y de apoyo. Este supuesto de Elmore ratifica que las organizaciones deberían estructurarse de tal suerte que maximizaran el control, la participación y el compromiso 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” (25).

De otro lado, se destaca como la IPS cuenta con equipos de mejoramiento y/o grupos de alto desempeño que trabajan en pro del mejoramiento continuo de la calidad para la atención en Salud, estos grupos realizan reuniones periódicas y tienen como objetivo monitorear la calidad de cada uno de los procesos y son quienes se encargan de evaluar las oportunidades de mejora, gestionarlas y difundir los resultados. Supuesto en el que Elmore, enfatiza en 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” (25).

Frente a lo evidenciado en la etapa de Factores de la Implementación que enmarca la subcategoría de Direccionamiento y Recursos y el modelo Implementación como desarrollo organizacional analizado por Elmore, se puede deducir que para la IPS de estudio existe un consenso entre el quienes definieron la política y el programa de seguridad del paciente y quienes ejecutan o implementan el mismo.

La etapa de los procesos de la implementación enmarca las subcategorías de etapas y procedimientos, cadenas de mando y comunicación para la implementación y al analizarlo

con el modelo en mención se puede constatar como en la IPS el consenso y el trabajo en equipo para la implementación de las barreras establecidas en la minimización de los riesgos es apropiada por todos y cada uno de los colaboradores, sin importar su nivel jerárquico; además del ambiente no punitivo que se percibe y al cual responden positivamente los trabajadores.

El modelo de implementación Burocrático difiere de la Institución del presente estudio porque se incentiva la confianza con el autoreporte, se siguen las directrices formuladas por la alta dirección y no se observa resistencia al cambio. Así mismo los modelos de la administración por sistemas y la implementación como Conflicto y Negociación no se reflejan en la IPS, ya que no se utilizan mecanismo de control para manipular el comportamiento de los colaboradores ni se obtiene resultados individuales por negociaciones entre los actores del sistema.

El Desarrollo Organizacional DO es un esfuerzo a largo plazo, guiado y apoyado por la alta gerencia, para mejorar la visión, la delegación de autoridad, el aprendizaje y los procesos de resolución de problemas de una organización, mediante una administración constante y de colaboración de la cultura de la organización –con un énfasis especial en la cultura de los equipos de trabajo naturales y en otras configuraciones de equipos- utiliza el papel del consultor- facilitador y la teoría y la tecnología de las ciencias de la conducta aplicada, incluyendo la investigación- acción (26).

Las características de resultado de la implementación consideradas por Peter. DH y Col (27) en la guía práctica de investigación sobre la implementación de políticas públicas, permiten conceptualizar y evaluar el fracaso o el éxito del proceso, convirtiéndose de esta manera en las variables de los resultados de la implementación.

Los resultados que se obtuvieron con relación a las variables de la implementación han demostrado ser consecuentes con los principios de la seguridad del paciente. En este sentido, la primera variable de los resultados de la implementación que se identificó es la Adopción, característica que se evidenció da respuesta a la subcategoría de Direccionamiento y

Recursos, la cual hace referencia a la importancia que ha dado la Institución para la definición e implementación de la política y el programa de seguridad del paciente, priorizando el tema hasta definirlo como un objetivo institucional dentro de su direccionamiento estratégico y por consiguiente convirtiéndolo en un tema transversal, fundamental que involucra a todos los actores.

Como segunda variable se tienen los Costos de la Implementación, característica que visualiza también la subcategoría de Direccionamiento y Recursos, evidenciando la disponibilidad constante de los recursos para la implementación de la política, garantizando de esta manera los insumos, medicamentos, dispositivos, equipos, entre otros, necesarios para la prestación del servicio de salud; sin embargo, no cuenta con un presupuesto específico para la implementación.

La Cobertura es la tercera variable y da respuesta a la subcategorías de direccionamiento y recursos y etapas y procedimientos, característica reflejada en el enfoque de la atención centrado en el usuario, obtenido por medio de la implementación de cada una de las estrategias definidas en el programa de seguridad del paciente las cuáles a través del Plan Maestro Institucional y Hospital que Aprende y Hospital que Enseña ha podido involucrar colaboradores, terceros, el usuario y su familia; brindando de esta manera una atención integral.

La cuarta variable de los resultados de la implementación es la Aceptabilidad, característica que da respuesta a la subcategoría de Comunicación para la Implementación y es demostrada a través del grado de responsabilidad, empoderamiento y sentido de pertenencia de los colaboradores en el día a día con cada uno de los procesos relacionados con la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud.

Como quinta variable se tiene la Idoneidad, característica que permite visualizar las subcategorías Etapas y procedimientos y Efectos por medio de la utilidad que ha generado en cada uno de los procesos y procedimientos institucionales enfocados en la gestión del riesgo y el mejoramiento continuo, convirtiendo de esta forma la implementación de la

política y el programa de seguridad del paciente en un proceso fundamental, pertinente y efectivo.

La Fidelidad es la sexta variable y da respuesta a la subcategoría de Etapas y Procedimientos, característica que permite evidenciar una adecuada planeación e implementación del programa de seguridad del paciente, evidenciado en el mejoramiento de indicadores relacionados con la adherencia del personal a cada una de las prácticas implementadas.

Como séptima y última variable de los resultados de implementación está la Sustentabilidad, característica que da respuesta a la subcategoría de Efectos y refleja la continuidad del programa de seguridad del paciente, siendo evidente la actualización continua de las prácticas seguras contando con la mejor evidencia científica y la estandarización de procesos y procedimientos buscando disminuir los fallos durante el proceso de atención en salud y por consiguiente el grado de severidad de los mismos.

Lo anterior refleja apropiación de la IPS de los principios orientadores de la Política de Seguridad del Paciente, atendiendo a las recomendaciones establecidas en los lineamientos nacionales, además se pudo observar como la implementación del Programa de Seguridad del paciente ha contribuido a la prevención de eventos adversos "a disminuir puede que no, pero los tenemos mitigados que es lo que realmente busca el programa cierto? mitigar los riesgos, los conocemos y sabemos frente a que nos enfrentamos y más que eso es lo que buscamos también es que si se nos presenta que por lo menos sea severidad leve nosotros rara vez tenemos un evento severo o centinela (F.8.1 - F.8.3 Líderes).

Como resultado, el presente estudio tuvo en cuenta la perspectiva del DO ante la realidad de que son personas quienes a final de cuentas son los encargados de interpretar y llevar a cabo las decisiones de políticas dadas, y si se incrementa la satisfacción individual de los que participan en la implementación se incrementará la posibilidad del logro de los objetivos deseados al establecer procesos dentro de la organización enfocados en el factor humano, que es el que da vida a las políticas públicas al implementarlas.(24)

Además de las estrategias de seguridad e indicadores objeto del presente estudio se encontró que la institución cuenta además con guías prácticas de seguridad del paciente documentadas, socializadas e implementadas a través de estrategias como Inducción, Reinducción, Plan Maestro Institucional, Hospital que aprende y Hospital que enseña:

- Gestión de los eventos de seguridad
- Involucrar al Paciente y a sus allegados en la seguridad
- Comunicación Segura
- Equipo de respuesta rápida ERR
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares
- Reducir el riesgo de la atención del Paciente crítico
- Garantizar la atención segura del binomio madre-hijo
- Nutrición segura
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes con enfermedad mental.

9 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La implementación es una de las etapas del ciclo de la política pública y cobra importancia al constituirse en sí en el proceso por el cual la acción del Estado es llevada desde la planificación, muchas veces estratégica, al práctico, convirtiéndose en la fase definitoria del éxito o fracaso de esa traslación (28); y es a partir de la implementación que la política pública se cristaliza y puede ser objeto de evaluación con base en el diseño que se haya hecho de la misma y/o el impacto social que provoque. Es decir, que la etapa de implementación es clave dentro de todo el ciclo de las políticas públicas porque sólo a partir de ella se puede dilucidar con mayor claridad la etapa previa de diseño, así como la posterior de evaluación (24).

La caracterización de la implementación del programa de seguridad del paciente en una institución de mediana y alta complejidad de la ciudad de Manizales, fue orientada desde la fase de implementación del proceso de políticas públicas, entendida esta como la movilización de recursos para la puesta en marcha de un programa u orientación normativa (29) o la conexión entre los objetivos y metas diseñadas. Es así como la política de seguridad del paciente establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, plantea estrategias y líneas de acción, con el propósito de disminuir la ocurrencia de eventos adversos en las instituciones prestadoras de servicios de salud y su implementación se constituye en un compromiso institucional, reflejado en la implementación de los programas de seguridad del paciente.

Si bien, no existen estudios relacionados con la caracterización de la implementación de políticas y programas de seguridad del paciente, existen estudios y referentes teóricos que permiten comprender y transpolar su implementación al sector salud. Los estudios de Blanco (2010) y Muñoz (2013) se centran en identificar los aspectos al interior de la Institución que permiten el funcionamiento de la implementación de la política pública o del programa analizados con el modelo organizacional propuesto por Richard Elmore.

Por tanto, la discusión de los resultados de esta investigación serán clave para dilucidar los aspectos organizacionales que inciden en el éxito o no de la implementación de la política,

siendo para el presente estudio la gestión en la propia implementación del programa de seguridad del paciente a nivel institucional.

Con base en lo anterior, el modelo de implementación de políticas de Desarrollo Organizacional DO propuesto por Elmore se acerca a los resultados de la institución de estudio; al permitir contar con una propuesta normativa que permite mejorar la implementación de políticas, además de que sigue reconociendo la importancia de la jerarquía organizacional para el logro efectivo de la aplicación del esfuerzo sin dejar de lado la preponderancia de los implementadores directos de la política en cuestión (24).

En la institución la implementación del programa de seguridad del paciente, es un proceso participativo, que se visibiliza desde la definición del direccionamiento estratégico y se despliega desde la alta gerencia (Junta Directiva y Gerencia), pasando por los líderes de proceso y/o servicio, hasta el personal operativo, llegando de esta manera hasta los diferentes niveles responsables de llevarlo a cabo, lo que refleja lo mencionado por Elmore en las organizaciones deberían estructurarse de tal suerte que maximizaran el control, la participación y el compromiso 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. (25)

Esta forma jerárquica de ver la implementación de políticas se le conoce como el Enfoque Top-Down (de arriba abajo), que corresponde con la institución de estudio, puesto que es un enfoque de donde se evidencia el compromiso y apoyo de la alta dirección, desde la definición colaborativa de las políticas institucionales y la garantía permanente de recursos necesarios para la implementación y mantenimiento de la política y el programa de seguridad del paciente.

“La calidad de las relaciones interpersonales en las organizaciones determina en buena medida la calidad de las decisiones” (25), el presente estudio refleja claramente lo identificado con los estudios comparativos al poner énfasis en las personas como seres humanos y no como engranajes de un sistema administrativo o de un proceso burocrático

(24), invirtiendo en incentivos para satisfacer a sus trabajadores y creando metodologías de trabajo en equipo, que permite contar con equipos de mejoramiento y/o grupos de alto desempeño que trabajan en pro del cumplimiento de la implementación de políticas institucionales; generando así una comunicación asertiva y conciliación en las metas institucionales definidas. “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 las metas, de propiciar el ejercicio de la autonomía individual y de fomentar el compromiso con la política por parte de quienes deben ponerla en práctica” (25).

Como resultado, el presente estudio utiliza la perspectiva del DO ante la realidad de que son personas quienes a final de cuentas son los encargados de interpretar y llevar a cabo las decisiones de políticas dadas, y si se incrementa la satisfacción individual de los que participan en la implementación se incrementará la posibilidad del logro de los objetivos deseados al establecer procesos dentro de la organización enfocados en el factor humano, que es el que da vida a las políticas públicas al implementarlas. (24)

Los estudios de Blanco y Muñoz mostraron al igual que en el presente estudio, la pertinencia del modelo de Desarrollo Organizacional DO. Los resultados en ambos estudios se acercaron a la propuesta de Elmore, considerándolo un acierto que destaca la importancia de los factores y el quehacer organizacional de manera integral, procurando así establecer parámetros para la obtención de mejores resultados en el proceso de implementación. Se coincide en gran medida con estos estudios, en los cuatro postulados o proposiciones del modelo del Elmore tanto en el ámbito formal de su normatividad como en la interacción de los implementadores de la política pública y el programa de seguridad del paciente institucional.

10 CONCLUSIONES

1. La implementación del programa de seguridad del paciente en la Institución evaluada, mostró un avance importante y progresivo desde el momento de su implementación. Responde a las etapas de implementación de la política pública del Estado Colombiano, haciendo explícito el compromiso con la seguridad del paciente, identificado en un modelo de Desarrollo Organizacional que cuenta con una estructura organizacional consolidada y un enfoque Top-Down (de arriba abajo), que responde a las necesidades de los usuarios y de los implementadores haciéndolos partícipes de las decisiones para brindar una atención segura, contando además con grupos de alto desempeño que favorecen la interacción entre los diferentes niveles organizacionales para determinar la calidad de las decisiones y la implementación misma del programa.
2. Con relación al Direccionamiento y los Recursos para la implementación se identificó con las diferentes fuentes, el compromiso de la alta dirección en la definición de los propósitos institucionales que enmarca las directrices, así como la disponibilidad de los recursos (económicos, talento humano, infraestructura, dotación y estrategias de formación continua) para el despliegue y la implementación de la política pública y el programa de seguridad del paciente a nivel institucional.
3. Las etapas y procesos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, la institución cuenta con procesos y procedimientos, cadenas de mando y comunicación que, por un lado, mostraron la apropiación de los principios y lineamientos de la Política pública de Estado y por otro, se identificó que se incentiva la confianza y el trabajo en equipo en todos los niveles organizacionales para gestionar, mitigar el riesgo y para incentivar el autoreporte.
4. Los cambios (efectos) en los indicadores de seguridad durante la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en estudio, reflejaron cambios significativos con relación a los indicadores trazadores del Programa, como fueron los indicadores de adherencia que mostraron la apropiación y el empoderamiento de los colaboradores a las barreras y estrategias definidas, y los indicadores de infecciones que se han

mantenido dentro de la meta institucional establecida generando de esta manera un acercamiento con el objetivo institucional de mantener y mejorar la seguridad institucional basada en la Gestión de Riesgo.

5. Se resalta el grado de avance del programa de seguridad del paciente en estudio, reflejado en la confirmación de la estructura, la documentación e implementación de indicadores de proceso, resultado e impacto adicionales a los establecidos por la normatividad vigente.

11 RECOMENDACIONES

1. Continuar desde la Alta dirección con el apoyo y compromiso evidenciado con la implementación del programa de Seguridad del Paciente.
2. A la institución, publicar como experiencia exitosa la implementación del programa de seguridad del paciente, para así mostrar a otras instituciones la viabilidad de su implementación.
3. Que la Institución defina un rubro específico para las actividades de seguridad del Paciente, lo que permitirá conocer los costos de la implementación y mantenimiento del Programa de Seguridad del Paciente reflejados en una atención segura y de calidad.
4. Continuar con el estudio en otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ampliando el cubrimiento de los resultados para el macroproyecto que puedan revelar el grado de implementación del programa en estudio.
5. Tomar el presente estudio como línea de base para realizar un estudio posterior de evaluación del impacto del programa de seguridad del paciente.

12 REFERENCIAS

1. Álvarez-Ortiz NJ, Aranaz Andrés JM, Gea Velázquez De Castro MT, Miralles Bueno JJ. Efectos adversos prehospitalarios: un camino por recorrer. Rev Calid Asist. 2010;25(1):28-33.
2. America C on Q of HC in, Medicine I of, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System [Internet]. 2000. Disponible en: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728
3. Bates D. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Hacia una atención hospitalaria más segura. Organ Mund la Salud [Internet]. 2010;16. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
4. Ministerio de la Protección Social, Salcedo R. AM, Santofimio S. D, Barrera E. MV, Vargas C. A del C. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención 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. 21-54 p.
5. Godoy RSP de, Peçanha DLN. Cultura Organizacional e processos de inovação : um estudo psicossociológico em empresa de base tecnológica Relationships between organizational culture and innovation processes : a psychosociological case study in a technology-based company. Boletim Academia Paulista de Psicologia. 2014;(11):142-63.
6. Guitierrez R. Seguridad del paciente : conceptos y antecedentes . Patient safety : concepts and history . Dr . Rafael Gutiérrez Vega. Rev CONAMED. 2007;12(<http://www.conamed.gob.mx>):5-7.
7. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Lineamientos para la implementación la Política Segur del Paciente [Internet]. 2008;8. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
8. Muiño Míguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Anales de medicina interna. An Med Interna [Internet].

- 2007;24(12):602-6. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021271992007001200010&script=sci_arttext&tln_g=pt
9. Torres A, Guzmán F. Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos. *Enfermería* 10 [Internet]. 2007;4. Disponible en:
<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-81/respuetadelministerio2/2/>
 10. Amaya SL. Seguridad del paciente: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la Atención en Salud. 2009.
 11. Graglia, J. Emilio. En la búsqueda del bien común. Manual de políticas públicas. Buenos Aires. Asociación Civil Estudios Populares (ACEP) / Fundación Konrad Adenauer (KAS) Argentina. 2012.
 12. Dean G. Kilpatrick. **Definitions of Public Policy and the Law**. National Violence Against Women Prevention Research Center Medical University of South Carolina. Disponible en:
<http://web.archive.org/web/20100425062056/http://www.musc.edu/vawprevention/policy/definition.shtml/>.
 13. Bonilla Ricardo RF. Características de la implementación de la Política Pública Nacional Jornada Única Escolar en el Municipio de Manizales durante los años 2015 y 2016. Estudio de caso. 2017. Disponible en:
<http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/1293/1/TESES%20DE%20GRADO%20ULTIMA%20VERSION%20CD.pdf>
 14. Vaquero BR. La implementación de políticas públicas. *Dikaion*. 2007;21:135-56. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72001610>
 15. Sabatier PA. Enfoques descendentes y ascendentes para la investigación de implementación: Un análisis crítico y una síntesis sugerida. 1986. Disponible en <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-public-policy/article/topdown-and-bottomup-approaches-to-implementation-research-a-critical-analysis-and-suggested-synthesis/2100355E461CC28D75C42AF64A4083D9>
 16. Subirats J, Knoepfel P, Larrue C, Varone F. La evaluación de las políticas públicas y de

- sus defectos. Análisis y gestión políticas públicas. 2008;(capitulo 9):207-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792009000200007
17. Henríquez O, Morales M, Rieutord C. F. Guía Metodológica para la Formulación de Políticas Públicas Regionales. 2009. 110 p.
 18. Organización mundial de la salud. Pacientes en defensa de su seguridad. 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/
 19. Constitución Política de Colombia. Título 2: De los derechos, las garantías y los deberes. Capítulo 2: De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículo 48. 1991. Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-48>
 20. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 De 2006. Medicina (B Aires) [Internet]. 2006;17. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975#0>
 21. Observatorio Nacional de seguridad vial. Boletín estadístico capitales. 2018. Disponible: ansv.gov.co/observatorio/public/documentos/Boletín_Manizales_enero_2018.pdf
 22. Alcaldía de Manizales. Plan de desarrollo 2016-2019. Disponible en: <http://manizales.gov.co/recursosAlcaldia/201606161427551796.pdf>
 23. Ministerio de Salud. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución Número 8430 de 1993 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
 24. Blanco, E. 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. El Colegio de San Luis, A. C. San Luis Potosí, S.L.P. 2010
 25. Aguilar, LF. La implementación de las políticas – Estudio introductorio y edición. México: Porrúa, MA; 2000.
 26. French WL, Bell CH. Desarrollo organizacional. Aportaciones de las ciencias de la conducta para el mejoramiento de la organización, 5ª ed., México: Prentice- Hall Hispanoamericana. 1996

27. Peters, DH. Tran, NT. Adam, T. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponible en: https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Implementation_Research_SP.pdf
28. Roth, André-Noël. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá, Aurora, 2006. En Muñoz M., Elvira I. Estudio de la implementación de política pública desde la perspectiva organizacional. El caso del proyecto estratégico de seguridad alimentaria en el estado de Zacatecas, 2005-2013.
29. Meny, Ives. Thoenig Jean. Las políticas públicas, Barcelona: Aries. 1992. En Blanco L. Everardo. Aspectos organizacionales en la implementación de políticas públicas del sector social productivo: el caso de Fideicomiso para el desarrollo de microproyectos productivos del sistema de financiamiento para el desarrollo del Estado; SIFIDE, del Estado de San Luís de Potosí, 2010.

13 ANEXOS

Anexo 1. Categorías de análisis

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</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.

			<p>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>		
<p>PROCESOS DE LA IMPLEMENTACION</p>	<p>ETAPAS Y PROCEDIMIENTOS DE IMPLEMENTACION</p>	<p>* Expresiones en las fuentes consultadas</p>	<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</p>	<p>Entrevista</p>	<p>Describir las etapas y procesos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente</p>

			<p>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>		
	CADENAS DE MANDO	* Expresiones en las fuentes consultadas	<p>* ¿Cuáles son las personas responsables jerárquicamente de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en su 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>	Entrevista	<p>Describir las etapas y procesos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente</p>
	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</p>	Entrevista	<p>Describir las etapas y procesos de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente</p>

			<p>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> <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>		
--	--	--	--	--	--

<p>RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION</p>	<p>EFFECTOS</p>	<p>*Análisis comparativo de indicadores 2015-2018</p>	<p>Resultado de Indicadores del Programa de Seguridad del paciente años 2015 a 2018</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 2018 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 	<p>* Hoja de registro de indicadores para analizar tendencias de cada IPS durante los años 2015 a 2018 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>
--	-----------------	---	---	---	---

			<p>- Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos</p> <p>- Prevenir 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>		
--	--	--	--	--	--

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES					
CLASIFICACION DE VARIABLES	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	OPERACIONALIZACION	INDICADOR
VARIABLES DE INFECCION ASOCIADAS CON LA ATENCION-PAQUETES INSTRUCCIONALES-	Infecciones asociadas con la atención en salud	Númérica	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 identificado 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 ÚLCERAS POR PRESIÓN- PAQUETES INSTRUCCIONALES-	Úlceras por presión	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de úlceras por presión
	Lesiones en piel de úlceras por presión	Numérica	Razón	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente (Resolución 256 de 2016)	Tasa de lesiones en piel de úlceras por presión
	Presentación de úlceras por presión	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Índice de presentación de úlceras por presión
	Pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución	Categórica	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	Categórica	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- PAQUETES	Caídas del paciente	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de caídas del paciente
	Pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas	Categórica	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- PAQUETES	Reacciones adversas a medicamentos	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de reacciones adversas a medicamentos
	Errores de medicación	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje de errores de medicación
	Fallas en la conservación y almacenamiento de medicamentos	Categórica	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- PAQUETES INSTRUCCIONALES-	Cirugía no pertinente	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de cirugía no pertinente
	Cirugía programada cancelada	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de cirugía programada cancelada
	Pacientes con fallas anestésicas	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de pacientes con fallas anestésicas
	Pacientes con heridas contaminadas	Categórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Proporción de pacientes con heridas contaminadas
VARIABLES DE COMPLICACIONES TRANSFUSIONALES ES- PAQUETES	Eventos adversos derivados de proceso transfusionales	Categórica	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 caso	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje de tipo de reacciones adversa transfusional según 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 o 3)	Catagórica	Nominal	Registro de indicadores de Seguridad del Paciente	Porcentaje por grado de imputabilidad (Grado 0, 1, 2 o 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
	Úlceras 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.

Código instrumento: GE-01

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. ¿Qué cargo ocupan 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

<p>10. ¿El programa de seguridad del paciente cuenta con las guías necesarias para la gestión de prácticas seguras en la institución? (Cuáles)</p>	<p>Etapas y procedimientos de implementación</p> <p>Direccionamiento y recursos</p>
<p>11. ¿El programa de seguridad del paciente cuenta con indicadores de proceso, resultados e impacto que permiten su evaluación? (Cuáles)</p>	<p>Direccionamiento y recursos</p> <p>Etapas y procedimientos de implementación</p>

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.

Código instrumento: GE-02

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.

Código instrumento: GE-03

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 de 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

HOJA DE REGISTRO			
POLITICA, PROGRAMA Y BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
IPS Evaluada:			
Fecha de aplicación:			
Responsable (s) de aplicación del instrumento:			
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?		
2	¿La Gerencia asigna un presupuesto económico destinado para el cumplimiento de las actividades de Seguridad del paciente?		
3	¿Cuenta la IPS con un equipo líder de Seguridad del Paciente?		
4	¿Se da entrenamiento a los líderes en los aspectos de Seguridad del paciente?		
5	¿Se capacita de manera continua a los colaboradores en las practicas seguras de obligatorio cumplimiento?		
6	¿Cuenta la IPS con una metodología definida para el análisis y gestión del riesgo?		¿Cuál? _____
7	¿Se tienen identificadas las posibles causas de fallas potenciales durante el proceso de atención?		
8	¿Se evidencia el acto administrativo o la Resolución de creación del Comité de Seguridad del paciente?		
9	¿Se evidencia la existencia de actas de reuniones periódicas del Comité de Seguridad de Paciente?		
10	¿Existen evidencia del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud como Incidentes y/o Evento Adverso?		
11	¿Se evidencia la implementación de un sistema de análisis de causas de las fallas en la atención en salud?		
12	¿Existe evidencia del desarrollo institucional de las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente, obligatorias que le apliquen?		
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?		
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		
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		
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		
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?		
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		
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		
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		
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?		
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		

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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		

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		
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		
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		
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		
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.		
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.		
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.		
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.		
41	¿Existen otras guías técnicas complementarias relacionadas con buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud?		¿Cuáles? _____

42	¿Se realiza evaluación semestral de la adherencia a las guías de las buenas prácticas de seguridad del paciente?		
43	¿Se realiza el seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y los que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes?		
44	Se realiza reporte semestral a los indicadores normativos relacionados con seguridad del paciente		
45	Se realizan acciones correctivas frente a las desviaciones encontradas		
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 POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	CUMPLIMIENTO
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD	
Tasa de infección asociadas con la atención en salud (IAAS)	
Infecciones asociadas a la atención en salud	
Infecciones asociadas a la atención en salud por servicio	
Infección global asociada al cuidado en salud	
Infección urinaria asociada a sonda	
Bacteremia asociada a catéter central	
Proporción de infección quirúrgica	
Proporción de adherencia a la higiene de manos	
Proporción de adherencia a la profilaxis antibiótica	
Proporción de adherencia a los aislamientos hospitalarios	
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	
Proporción de pacientes identificados correctamente	
Porcentaje de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente	
Porcentaje de incidentes o eventos adversos relacionados con la identificación redundante.	
PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN	
Identificación del riesgo	
Proporción de UPP	
Tasa de lesiones en piel de úlceras por presión (UPP)	
Índice de presentación de úlceras por presión (UPP)	
Prevalencia de úlceras por presión (UPP)	
Proporción de pacientes que desarrollan úlceras por presión (UPP) en la institución	
Proporción de complicaciones en pacientes con úlceras por presión (UPP)	

PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS	
Proporción de caídas del paciente	
Adherencia al protocolo prevención de caídas	
Proporción de pacientes a quienes se les identifica el riesgo de caídas	
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS	
Errores de conciliación	
Identificación de alerta de medicamentos	
Proporción de reacciones adversas a medicamentos	
Porcentaje de errores de medicación	
Proporción de fallas en la conservación y almacenamiento de medicamentos	
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	
Procedimientos quirúrgicos en paciente equivocado, en lugar equivocado, procedimiento erróneo e implante equivocado	
Proporción de cirugía no pertinente	
Proporción de cirugía programada cancelada	
Proporción de pacientes con fallas anestésicas	
Proporción de pacientes con heridas contaminadas	
PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE, COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	
Proporción de eventos adversos derivados de procesos transfusionales	
Tasa de reacciones transfusionales	
Porcentaje de reacción adversa transfusional (RAT)	
Porcentaje tipo reacción adversa transfusional (RAT) según definiciones de caso	
Porcentaje de reacción adversa transfusional (RAT) por grado de severidad (leve, moderado, severo o muerte)	

Porcentaje por grado de imputabilidad (grado 0, 1, 2 o 3)	
Porcentaje de reacción adversa transfusional (RAT) por componente sanguíneo transfundido.	

INDICADOR DE RESOLUCION 256 DE 2016	OBSERVACION	CUMPLIMIENTO
Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	No requieren reporte por parte del Prestador. El	
Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)	cálculo de este indicador lo realizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de fuentes integradas en SISPRO y de la	
Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)	información suministrada por el Instituto Nacional de Salud.	
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Si requiere reporte a través	
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	de la Plataforma de Intercambio de	
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Información (PISIS) del Sistema Integral de	
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Información de la Protección Social	
Tasa de úlceras por presión.	SISPRO, según Anexo Técnico No. 2- Registro Tipo 5	
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	
<p>Modificado de:</p> <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 7. Hoja de registro

INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META 2015	META 2016	META 2017	META 2018	RESULTADO 2015	RESULTADO 2016	RESULTADO 2017	RESULTADO 2018	UNIDAD
DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD										
TASA DE INFECCIÓN ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD										
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO										
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO										
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO										
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO										
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO										
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR SERVICIO										
INFECCIÓN GLOBAL ASOCIADA AL CUIDADO EN SALUD										
INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDA										
BACTEREMIA ASOCIADA A A CATÉTER CENTRAL										
PROPORCIÓN DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA										
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS										
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA										
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS										
ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES										
PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE										
PORCENTAJE DE INCIDENTES ASOCIADOS A FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE										
PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE										
PORCENTAJE DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN REDUNDANTE.										

INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META 2015	META 2016	META 2017	META 2018	RESULTADO 2015	RESULTADO 2016	RESULTADO 2017	RESULTADO 2018	UNIDAD
PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN										
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO										
PROPORCIÓN DE UPP										
TASA DE LESIONES EN PIEL DE ÚLCERAS POR PRESION (UPP)										
ÍNDICE DE PRESENTACION DE ÚLCERAS POR PRESION (UPP)										
PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESION (UPP)										
PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE DESARROLLAN ÚLCERAS POR PRESION (UPP) EN LA INSTITUCIÓN										
PROPORCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESION (UPP)										
PROPORCIÓN DE PACIENTES EN LOS QUE SE CUMPLE LAS BARRERAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR LAS LESIONES DE PIEL										
PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS										
PROPORCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE										
ADHERENCIA AL PROTOCOLO PREVENCIÓN DE CAÍDAS										
PROPORCIÓN DE PACIENTES A QUIENES SE LES IDENTIFICA EL RIESGO DE CAÍDAS										
PROPORCIÓN DE PACIENTES EN LOS QUE SE CUMPLEN LAS BARRERAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR LAS CAIDAS										
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS										
ERRORES DE CONCILIACIÓN										
IDENTIFICACIÓN DE ALERTA DE MEDICAMENTOS										
PROPORCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS										
PORCENTAJE DE ERRORES DE MEDICACIÓN										
PROPORCIÓN DE FALLAS EN LA CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS										
PROPORCIÓN DE ADHERENCIA A LAS BARRERAS DE SEGURIDAD EN EL MANEJO DE MEDICAMENTOS										
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO A LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES DE RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA										

INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META 2015	META 2016	META 2017	META 2018	RESULTADO 2015	RESULTADO 2016	RESULTADO 2017	RESULTADO 2018	UNIDAD
MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS										
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E IMPLANTE EQUIVOCADO										
PROPORCIÓN DE CIRUGÍA NO PERTINENTE										
PROPORCIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA CANCELADA										
PROPORCIÓN DE PACIENTES CON FALLAS ANESTÉSICAS										
PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HERIDAS CONTAMINADAS										
PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE,										
PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DE PROCESOS TRANSFUSIONALES										
TASA DE REACCIONES TRANSFUSIONALES										
PORCENTAJE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT)										
PORCENTAJE TIPO REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT) SEGÚN DEFINICIONES DE CASO										
PORCENTAJE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT) POR GRADO DE SEVERIDAD (LEVE, MODERADO, SEVERO O MUERTE)										
PORCENTAJE POR GRADO DE IMPUTABILIDAD (GRADO 0, 1, 2 Ó 3)										
PORCENTAJE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL (RAT) POR COMPONENTE SANGUÍNEO TRANSFUNDIDO.										
INDICADORES DE RESOLUCION 256 DE 2016										
Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)										
Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)										
Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)										
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias										
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.										

INDICADORES POR PAQUETES INSTRUCCIONALES	TIPO 1	META 2015	META 2016	META 2017	META 2018	RESULTADO 2015	RESULTADO 2016	RESULTADO 2017	RESULTADO 2018	UNIDAD
INDICADORES DE RESOLUCION 256 DE 2016										
Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)										
Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)										
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias										
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.										
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización										
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias										
Tasa de úlceras por presión.										
Proporción de cancelación de cirugía										
<p>* Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.</p> <p>* Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Paquetes instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".</p> <p>* Modelo pedagógico. Paquetes instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".</p> <p>* Resolución 256 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>* 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".</p> <p>* 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".</p> <p>* Prevención de úlceras por Presión. Paquetes instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".</p> <p>* Prevenir y reducir la frecuencia de caídas. Paquetes instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".</p> <p>* Seguridad en la utilización de medicamentos. Paquetes instruccionales. Guía Técnica "Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la atención en salud".</p>										

Anexo 8. Consentimiento Informado

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA

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:

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.
- 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.

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

HUELLA

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.