

GUIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2 GESTION DE RIESGOS EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (APH)-TRANSPORTE ASISTENCIAL (TA)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Equipo Directivo

Gerson Orlando Bermont
Secretario Distrital de Salud

Luis Alexander Moscoso
Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento

Eliana Ivon Hurtado Sepúlveda
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Gloria Eugenia García Pinillos
Director DUES

Doris Marcela Diaz Ramírez
Subdirectora de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

Diana Constanza Rodríguez Pozo
Subdirectora CRUE

Equipo Técnico

Luis Enrique Gómez Arciniegas- Profesional Especializado, Experto Técnico en Seguridad del Paciente, Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud.

Angelica María Zambrano Sáenz, MD-Profesional Especializado, Subdirección CRUE

Maryerly Ardila Martínez, Profesional Especializado, Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

Agradecimientos:

Equipo APH-Seguridad del Paciente Subred Integrada de Servicios de Salud Sur:
Jefe Luz Mery Sanchez/ Jefe Linneth Mora/ Jefe Yvonne Alejandra Aguilar Charry/
Jefe Maria Carolina Leal Aponte

Equipo APH-Seguridad del Paciente Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente:
Jefe Isabel Bravo/Dra. Claudia Milanés/Dra. Andrea Ávila/Jefe María Oyuela/ Ing. Francisco Colorado

Equipo APH- Seguridad del Paciente Subred Sur Occidente Salud Mental:
Dra. Ivette Vanessa Morales/ Dra. Angely Boiles Caballis/ Ingrid Diaz Murcia/

Equipo APH-Seguridad del Paciente Subred Sur Occidente:
Reina Alejandra Acosta/ Gilberto Sierra

Equipo APH- Seguridad del Paciente Subred Norte:
Jefe Yennifer Lorena Martínez Ariza / Oscar Javier Diaz Vega / Jenny Marcela Muñoz González/ Juan Carlos Hurtado Sierra / Jorge Enrique Melo Vargas.

TABLA DE CONTENIDO

1.	Introducción	5
2.	Objetivo	6
3.	Alcance	6
4.	Marco teórico	6
4.1	Atención prehospitalaria transporte asistencial y seguridad del paciente, gestión de riesgos	10
5.	Marco legal	18
6.	Matriz AMFE o análisis modal de fallos y efectos	24
7.	Metodología.....	38
7.1	Fases ruta de Atención Prehospitalaria	39
7.2	Actividades de cada una de las fases, 6 cajas de actividades por cada subred	40
7.2.1	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E	40
7.2.2	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.....	45
7.2.3	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.....	53
7.2.4	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	59
7.2.5	Subred Integrada de Servicio de Salud Sur Occidente Salud Mental	66
7.3	Matriz AMFE y controles	69
7.3.1	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E	69
7.3.2	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.....	73
7.3.3	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.....	79
7.3.4	Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	84
7.3.5	Subred Sur Occidente Salud Mental	96
7.4	Banco de zona de riesgo alto para las Subredes.....	107
8.	Resultados	124
9.	Conclusiones	124
10.	Bibliografía.....	125

ABREVIATURAS

APH: Atención Prehospitalaria

CRUE: Centro Regulador de Urgencias

SP: Seguridad del Paciente.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

PSS: Prestadores de Servicios de Salud.

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

GPC: Guías de Práctica Clínica.

SUHA o SUH: Sistema Único de Habilitación.

SUA: Sistema Único de Acreditación

SAMU: Sistema de atención médica de Urgencias de la región metropolitana

SEM: Servicios de Emergencias Médicas

SSEM: Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas

CAE: Centro de Atención de Emergencias.

SVBT: Soporte vital básico en trauma

SVAT: Soporte vital avanzado en trauma.

1. Introducción

Como continuación de la anterior Guía acerca de Seguridad del Paciente y APH TA, se evidencia la necesidad de profundizar en los riesgos materializados y considerando la individualidad y especificidad del transporte de pacientes y la ruta de atención que al interior implica, se inicia este trabajo desde agosto del año 2023 de forma planificada, trabajo articulado entre la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud y la Subdirección CRUE de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Se finaliza en febrero 2024.

Se inicia el trabajo con capacitaciones desde la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud a las Subredes Suroccidente, Norte, Centro oriente y Sur basado en primero identificar riesgos, conceptos para aplicación, Metodología AMFE.

Sesiones de consenso para trabajar la Ruta de Atención Prehospitalaria y cada una de las fases, estas se modificaron de acuerdo a las necesidades detectadas a nivel distrital, encontrando riesgos materializados, las 4 subredes de acuerdo a su trayectoria y experiencia y se añade una nueva: predespacho.

Se definieron los puntos de la Ruta de atención: 1.-Despacho de la ambulancia (medico regulador, disponibilidad); 2.-Desplazamiento hacia la escena; 3.-Llegada a la escena y abordaje de esta (Paciente más escena). 4.-Desplazamiento hacia el Hospital con Paciente y por último 5.-Transferencia de la Camilla al sitio de atención y recepción oficial del Paciente por la institución receptora y como se mencionó se añadió predespacho.

1. **Predespacho**
2. **Despacho de la ambulancia (medico regulador, disponibilidad);**
3. **Desplazamiento hacia la escena;**
4. **Llegada a la escena y abordaje de esta (Paciente más escena).**
5. **Desplazamiento hacia el Hospital con Paciente y por último**
6. **Transferencia de la Camilla al sitio de atención y recepción oficial del Paciente por la institución receptora**

Se construyeron las Cajas de Herramientas empezando por Actividades y continuando por las matrices de riesgo AMFE y luego la unificación de criterios y recomendaciones al distrito.

Lo anterior para contar con un documento base de consulta para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Bogotá Ciudad Región, específico para Seguridad del Paciente Gestión de Riesgo en Atención Prehospitalaria-Transporte Asistencial y que permitiese continuar el desarrollo de ese camino en la prevención de riesgos de forma específica y en coherencia con el trabajo en la anterior guía.

2. Objetivo

Construir una Guía para la Seguridad del Paciente Gestión de Riesgo en la Atención Prehospitalaria Transporte asistencial desde la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud con el apoyo de la Subdirección CRUE de la Secretaría Distrital de Bogotá Ciudad Región.

3. Alcance

Esta guía constituirá una referencia para todos los prestadores de servicios de salud quienes llevan a cabo la atención prehospitalaria-transporte asistencial, y son responsables del traslado de pacientes que así lo requieren, de manera segura y siguiendo los lineamientos de la normatividad de habilitación vigente y normas relacionadas con respecto a la detección y neutralización de riesgos.

También permite evidenciar el paso a paso de la metodología AMFE muy usada en el Distrito Capital y este documento constituirá orientación para su construcción para todos los prestadores.

4. Marco teórico

Conceptos:

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. En la taxonomía es la probabilidad de que se produzca un incidente.

Riesgo Asistencial: Se refiere a la probabilidad de que un paciente sufra un daño o lesión como resultado de la atención sanitaria definida. Esto incluye cualquier tipo de daño o lesión que pueda ocurrir durante la atención médica, quirúrgica, de enfermería o cualquier otra forma de asistencia sanitaria. Este puede ser minimizado o eliminado mediante las medidas de seguridad y calidad adecuadas.

Riesgo Clínico: El riesgo clínico lo podemos definir como la probabilidad de que se produzca un resultado indeseable -o la ausencia de un resultado deseable a lo largo de la cadena de la atención en salud en torno a los pacientes, una visión global de la gestión de riesgos requiere que todos los profesionales se sientan implicados en la seguridad de la atención a la salud.

Riesgos Clínicos frecuentes: Las causas raíz más comúnmente implicadas en la aparición de eventos adversos son fallos en la comunicación, fallos en la organización, déficits de la continuidad asistencial, escasa estandarización de procedimientos, falta de entrenamiento o habilidades, insuficiente automatización de procesos y fallos en la evaluación del paciente, los diagnósticos seguros se han convertido en la bandera de protección a los pacientes desde la detección de riesgos, evitando que queden brechas en las cuales se materialicen las probables fallas.

Gestión del Riesgo Clínico: La Gestión del riesgo clínico es un proceso sistemático y continuo que busca identificar, evaluar, mitigar y monitorear los riesgos asociados con la atención médica y sanitaria, con el objetivo de proteger la seguridad del paciente y minimizar los riesgos potenciales.

Respuesta al Riesgo Clínico: Los planes de respuesta ante los riesgos pueden ser: de erradicación, eliminando la actividad de riesgo y factores contributivos; de reducción, disminuyendo probabilidad de que ocurran y aumentando la capacidad de detectarlos; y de mitigación de su impacto por medio de rapidez de respuesta y seguimiento a líneas preventivas definidas.

AMFE: Modo Fallo y Efecto, es un método proactivo/reactivo, sistemático para evaluar procesos e identificar donde podrían fallar y evaluar el impacto de múltiples fallas, con el fin de identificar las partes del proceso de atención que deben ser modificadas para anticiparse a un error minimizando su impacto.

Riesgo Inherente: El riesgo inherente en salud es el nivel de riesgo que existe en la ejecución de un acto médico antes de tomar medidas de seguridad. Este riesgo puede deberse a las condiciones del paciente, el procedimiento, las técnicas o instrumentos utilizados, o las circunstancias externas.

Factores que generan riesgo inherente en salud: Condiciones del paciente, Naturaleza del procedimiento, Técnicas o instrumentos utilizados, Medio o circunstancias externas. Este último toma especial importancia en la atención Perihospitalaria.

Riesgo Residual: El riesgo residual en salud es el riesgo que persiste después de haber aplicado medidas de tratamiento para mitigarlo. Es una medida de la probabilidad de que ocurra un incidente y la gravedad de sus consecuencias.

Evaluación de los Índices del AMFE: Los índices se evaluarán de 1 a 5 puntos.

ÍNDICE DE OPORTUNIDAD: En términos de tiempo, que tan frecuente es que se pueda materializar una probable falla, se conoce también como Índice de Frecuencia, índice de Probabilidad.

Ahora en términos del tiempo:

Fuentes: histórico, referencial local, nacional e internacional, promedios.

ÍNDICE DE SEVERIDAD: En términos de daño al paciente, que tan grave podría ser la afectación, leve hasta muy grave con la muerte, se conoce también como índice de Daño. Ahora en términos de impacto sobre el paciente (efecto):

Fuentes: base de datos de seguridad del paciente, referencial local o llegar a acuerdo.

ÍNDICE DE DETECTABILIDAD: Que tan detectable puede ser un riesgo, o una probable falla. Este es inversamente proporcional, entre más fácil de detectar se dá menos puntaje, así si es 100% detectable, se dá 1 y si es muy difícil de detectar 1%, se dará 5. Esto porque necesita una mayor priorización dada la criticidad de su no detección.

Ahora sobre la detectabilidad:

Fuentes: Para evaluar la detección o detectabilidad se pueden utilizar fuentes históricas institucionales, o proyectar construcción de esas cifras a futuro o con referencias extrainstitucionales

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. En la taxonomía es la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria

Barreras de Seguridad/Protectoras/Preventivas: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. En taxonomía son acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente.

Evento Adverso: Es aquel producto de la atención en salud que de manera involuntaria causa daño al paciente. Consecuencia que puede ir desde un daño leve a un daño severo. En el ciclo de atención hay un error, una falla activa, es directa en la asistencialidad.

Evitabilidad del Evento Adverso

Prevenible: Es aquel daño que pudo ser evitado con la adherencia a los protocolos (de aplicación estrictamente obligatoria), con el cumplimiento a las inducciones y reinducciones, formación académica estricta, práctica (experiencia) en la ejecución de labores que así lo requieren, etc.

No prevenible: Es aquel que se presenta a pesar de que se hace seguimiento estricto del “deber ser” asistencial, respeto por la literatura existente (probada), experticia requerida. Pero en el cual queda completamente claro el hecho que no es una complicación.

Evento adverso según impacto:

Leve: Evento adverso que causa daño, pero no compromete la funcionalidad, no requiere hospitalización o no prolonga la hospitalización en pacientes que están en internación. Este evento muchas veces no requiere tratamiento adicional como medicamentos u otro.

Moderado: Es aquel que genera hospitalización, o por el cual se aumenta, o hay cambio de servicio, hay un daño evidente que compromete la funcionalidad, en muchos casos de forma temporal, pasajera. Pero no hay riesgo a la vida, ni genera la posibilidad de discapacidad o incapacidad a largo plazo.

Grave: Aquí encontramos eventos que amenazan la vida, caídas graves, lado equivocado, miembro equivocado, paciente equivocado, afectación de la funcionalidad, generalmente requiere cambios de servicio a un mayor nivel

de complejidad. Puede haber discapacidad temporal con gran afectación o permanente y en muchos casos la muerte. Este evento adverso puede ser considerado como Evento adverso centinela o Evento adverso trazador, acá se debe tener en cuenta la magnitud del impacto en el paciente y su entorno familiar.

Incidente: Suceso que ocurre con motivo de la atención en salud y en la cual hay también un error, una falla pero que no causa daño al paciente porque una barrera protectora se interpone y logra un efecto de escudo. Su gestión es trabajar en riesgos asistenciales/Clínicos.

Acción Insegura: Es aquella que se ejecuta con error en la atención en salud, es una Falla Activa causa directa del daño que se le produce al paciente en el evento adverso. Esta se puede presentar también en el incidente, pero en este caso no le causa daño al paciente (porque una barrera física o incluso del paciente pudo protegerle). Son fallas directas y deben definirse claramente cuando ha sucedido un evento adverso.

Ejemplos de acciones inseguras:

- No respetar técnica aséptica en una venoclisis
- Dejar solo un paciente con alto riesgo de caída
- Aplicar medicamento a paciente alérgico, sin verificación de antecedentes
- No inmovilizar adecuadamente a un paciente previo a iniciar el desplazamiento

Sistemas de registro intrainstitucional: Son sistemas formales que permiten a nivel de una institución seguir la ruta de los casos que afectan la seguridad del paciente, que comprende reporte, clasificación, análisis y gestión del evento adverso e incidentes. Estos deben estar separados y tener cada uno la importancia que requiere.

Sistema de registro Extrainstitucional: Son sistemas hechos por Instituciones gubernamentales o no para recibir información de las instituciones con el fin de consolidar datos y generar programas de apoyo o lineamientos que buscan fortalecer la cultura de seguridad del paciente y enlazar con el direccionamiento estratégico.

Gestión del evento adverso: Se considera que un evento adverso ha sido gestionado cuando tiene un plan de mejora ajustado al suceso que se presentó y se le ha hecho un seguimiento por lo menos. No es sinónimo de cierre de caso.

Cierre de caso: En seguridad del paciente se considera que el caso está cerrado cuando el seguimiento permite garantizar que el problema ha sido intervenido y las barreras levantadas tienen un efecto protector.

Cultura de Seguridad del Paciente: Definimos Cultura de Seguridad del Paciente como: “El conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y los daños”. Podría complementarse diciendo que el compromiso es evidente cuando se encuentra en funcionamiento el Documento de Gestión de Seguridad del Paciente.

Pero esto no es posible sin un verdadero sistema de registro formal, los reportes aislados y los esfuerzos desordenados no concluyen en una verdadera cultura, ni en un aprendizaje real.

Una Cultura positiva de Seguridad del Paciente se caracteriza por una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas, la aceptación de que es importante y el apego a las medidas de prevención. La seguridad solo se logra si existe un compromiso en todos los niveles de la organización, partiendo del personal operativo hasta los directivos de alto rango. Repitiendo la importancia de reportar, clasificar y gestionar los eventos para aprender de ellos.

La Cultura positiva de Seguridad del Paciente aprende de las fallas en forma proactiva y hace un nuevo diseño de los procedimientos, como parte de las acciones de mejora, para que los errores no se repitan. Es decir, reemplaza la búsqueda de culpables por oportunidades de aprendizaje, prevención y mejora en la atención, logrando impacto en cada proceso intervenido.

Documento de Gestión de Seguridad del Paciente: Este se asemeja al anterior Programa, es un Manual que nos permite conocer el grado de trabajo de cada institución en seguridad del paciente y debe contener Introducción, Antecedentes y normatividad, Política de Seguridad del Paciente, Metodología de gestión de casos (eventos adversos e incidentes), capítulo sobre cultura de seguridad del paciente con plan de capacitaciones sobre seguridad del paciente y riesgos al personal institucional y sensibilizaciones a pacientes, familiares y/o grupo cercano que acude con el paciente, comité y el contenido a presentar, mesas de análisis de los casos y prácticas seguras.

4.1 Atención prehospitalaria transporte asistencial y seguridad del paciente, gestión de riesgos

Gestión del Riesgo

La gestión del riesgo es un proceso sistemático y estructurado para identificar, evaluar, priorizar, mitigar y monitorear los riesgos que pueden afectar a una organización, proyecto o individuo. Su objetivo es minimizar el impacto negativo de los riesgos y maximizar las oportunidades.

El proceso de gestión del riesgo generalmente incluye las siguientes etapas:

1. Identificación de riesgos: Se busca reconocer y enumerar todos los riesgos potenciales que pueden afectar a la organización o proyecto.

2. Evaluación de riesgos: Se analiza la probabilidad y el impacto potencial de cada riesgo identificado.
3. Priorización de riesgos: Se clasifican los riesgos según su nivel de prioridad, considerando su probabilidad y impacto potencial.
4. Planificación de respuestas: Se desarrollan estrategias para mitigar o eliminar los riesgos prioritarios.
5. Implementación y monitoreo: Se ejecutan los planes de respuesta y se monitorea continuamente el estado de los riesgos.

Existen diversas técnicas y herramientas para la gestión del riesgo, como AMFE, análisis de árbol de fallas, análisis de vulnerabilidad, simulación de escenarios, entre otros.

El término riesgo clínico en el ámbito sanitario hace referencia inmediata a un peligro para el paciente, en forma de resultado inesperado y casi siempre desfavorable. El riesgo clínico es innato a las intervenciones médicas.

La gestión de riesgos clínicos se basa en la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan daño secundario al paciente tras el tratamiento médico o la administración de cuidados.

Es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda acción humana conlleva un margen de error; sin embargo, es posible identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño; en definitiva, gestionar el riesgo que pueda sufrir el paciente. En atención prehospitalaria reviste de características específicas dado que la atención de los pacientes se presenta en medios no controlados, más que por el buen juicio y experiencia de las tripulaciones, lo cual incrementa la probabilidad y el impacto de la materialización de estos riesgos.

Dado lo anterior se requiere este diseño específico para aplicarlo en la atención de los pacientes y convertirlo en herramienta de prevención.

Revisemos el Objetivo estratégico 61 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la información, investigación y gestión de los riesgos, garantizar un flujo constante de información y conocimientos para impulsar la mitigación de riesgos, la reducción de los niveles de daños evitables y la mejora de la seguridad de la asistencia.

Si la medición no contiene un componente de aprendizaje, su valor será muy limitado. Esto es fácil de decir, pero la puesta en práctica de este principio es mucho más difícil. Por ejemplo, el análisis de los datos sobre incidentes relacionados con la seguridad del paciente:

¹ Proyecto de plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud [Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Consultado en 27.08.2024 en <http://apps.who.int/iris>.

¿Tiene como consecuencia la reducción de muertes evitables en la unidad de cuidados intensivos de un hospital?

¿Reduce los errores graves de dispensación de medicamentos en todas las farmacias de un país?

¿Evita todos los suicidios en una unidad de salud mental?

¿Reduce las tasas de infección asociada a la atención de salud proporcionada en un hospital rural sin agua corriente?

¿Impide que no se haga un adecuado examen físico a un paciente que requiere un traslado urgente y este fallezca durante este por diagnóstico incorrecto?

La medición de la seguridad del paciente debe basarse en los datos que se recogen periódicamente para el funcionamiento y la gestión de los sistemas de salud. También debe apoyarse en actividades de gobernanza que refuercen realmente la infraestructura de información de forma que pueda medirse la seguridad del paciente. La mayor parte del debate sobre los datos relativos a la seguridad del paciente se refiere a su uso con fines reactivos. Se presta mucha menos atención a las iniciativas que utilizan esos datos para el aprendizaje anticipativo y proactivo.

También existen buenas oportunidades para reforzar la capacidad de los sistemas de información; por ejemplo, vincular los informes sobre incidentes de seguridad del paciente con las historias clínicas y otras fuentes de datos, así como todo el campo de los macrodatos y la inteligencia artificial. Estas innovaciones ofrecen la posibilidad de profundizar mucho más en la causa de los daños, los riesgos clínicos y las formas de reducirlos.

4.1.1 Atención domiciliaria priorizada en salud mental

Los acontecimientos que se presentan en el transcurso de la vida pueden ocasionar afectación en la salud mental (violencia, abandono, inseguridad, cambios sociales, desesperanza, entre otros). Evitarlos puede ser un desafío, lo que invita a realizar acciones concretas para la intervención y ejecución de los servicios de salud. Es de resaltar, que los sentimientos de pérdida del bienestar y seguridad son elementos cruciales que pueden interferir en la felicidad del ser humano.

Para entender el impacto que tiene la salud mental en la población, es necesario conocer y explorar las afectaciones que presentan los individuos y sus familias a nivel biológico, su función en el hogar, trabajo, su nivel socioeconómico, y funcionamiento dentro de los mismos.

Según la ley 1616 del 2013, La Salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que

permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. Esta ley permite garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a las personas más vulnerables según su ciclo de vida.

La Organización Mundial de la Salud enfatiza en que la salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, definiéndola como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Partiendo de lo anterior, la salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todos los entes competentes su cumplimiento.

Según cifras del Ministerio de Salud para el año 2023, El 66,3% de los colombianos declara que en algún momento de su vida ha enfrentado algún problema de salud mental. Este porcentaje es significativamente mayor entre las mujeres en un (69,9%). En el rango de 18 a 24 años el 75,4% de mujeres. Estos resultados coinciden con lo evidenciado en estudios epidemiológicos adelantados en el país en esta materia, que revelan la alta carga de enfermedad mental existente, especialmente en la población joven y en las mujeres.

Numerosos países han establecido, actualizado y reforzado políticas o planes de salud mental. Los movimientos de promoción de los derechos han difundido los testimonios y vivencias de las personas con experiencia directa en problemas y trastornos mentales. Sin embargo, los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia que existe entre la necesidad de tratamiento y su prestación en el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados.

El Atlas de Salud Mental 2011 de la OMS aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental y señalan la distribución inequitativa y el uso ineficiente de esos recursos. Por ejemplo, el gasto mundial anual en salud mental es inferior a US\$ 2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 por persona en los países de ingresos bajos; el 67% de esos recursos económicos se asigna a hospitales exclusivamente psiquiátricos, pese a que se asocian a malos resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos. La reorientación de esta financiación hacia servicios de base comunitaria, con integración de la salud mental en la atención sanitaria general y en los programas de salud materna, sexual, reproductiva e infantil, de VIH/sida y de enfermedades no transmisibles crónicas, permitiría que muchas más personas accedan a intervenciones mejores y más costo-efectivas. Las metas mundiales establecidas son:

Meta mundial 1.1: el 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas o planes de salud mental, en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, para el año 2030.¹

Meta mundial 1.2: el 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus leyes en materia de salud mental, en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, para el año 2030.

Meta mundial 2.1: la cobertura de los servicios para los problemas de salud mental habrá aumentado al menos en un 50% para el año 2030.

Meta mundial 2.2: el 80% de los países habrán duplicado el número de centros de salud mental de base comunitaria para el año 2030.

Meta mundial 2.3: el 80% de los países habrán integrado la salud mental en la atención primaria de salud para el año 2030.

Meta mundial 3.1: el 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental para el año 2030.

Meta mundial 3.2: la tasa de suicidios se habrá reducido en un tercio para el año 2030.

Meta mundial 3.3: el 80% de los países contará con un sistema de preparación en salud mental y apoyo psicosocial para hacer frente a emergencias y/o desastres para el año 2030.

Meta mundial 4.1: el 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social para el año 2030.

Meta mundial 4.2: la producción de la investigación mundial sobre salud mental se duplica para el año 2030.

Es importante acercarnos a la población infantil y adolescente, ya que el aumento de la prevalencia de enfermedades mentales en el adulto está relacionado directamente con el aumento anual de enfermedades mentales en población infantil y a su vez la falta de cobertura.

En junio del año 2023 según las estadísticas, la OMS establece la importancia de fortalecer nuestra respuesta como entidades y agentes de salud, ya que una de cada siete personas que tiene entre 10 y 19 años (14%) padece algún trastorno mental. Pues estas enfermedades siguen sin recibir el reconocimiento y tratamiento debido. Algunos de estos adolescentes corren mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental a causa de sus condiciones de vida o de una situación de estigmatización, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad. Además, que estos, por transitar en la etapa que podría considerarse como una montaña rusa biológica y social son más propensos a padecer trastornos emocionales.

Los trastornos de ansiedad (que pueden presentarse como ataques de pánico o preocupaciones excesivas) son los más frecuentes en este grupo de edad, y más comunes entre adolescentes mayores (15-16 años). Se calcula que el 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 4,6% de los de 15 a 19 años padece un trastorno de ansiedad. También se calcula que el 1,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,8% de los de 15 a 19 años padecen depresión. La depresión y la ansiedad presentan algunos síntomas similares, como son los cambios rápidos e inesperados en el estado de ánimo.

La ansiedad y los trastornos depresivos pueden dificultar profundamente la asistencia a la escuela, el estudio y el realizar sus obligaciones escolares. El retraimiento social puede exacerbar el aislamiento y la soledad. Y a su vez, la depresión puede llevar al suicidio.

A diferencia de la ansiedad, los trastornos del comportamiento se presentan con mayor frecuencia entre los adolescentes jóvenes. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), caracterizado por la dificultad para prestar atención, un exceso de actividad y comportamientos en los que no se tienen en cuenta las consecuencias, lo padece el 3,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,4% de los de 15 a 19 años (1). El trastorno disocial (con síntomas de comportamiento destructivo o desafiante) se produce en el 3,6% de los adolescentes de 10-14 años y en el 2,4% de los de 15-19 años (1). Los trastornos del comportamiento pueden afectar a la educación de los adolescentes y el trastorno disocial puede dar lugar a comportamientos delictivos.

Por otro lado, los trastornos con síntomas de psicosis suelen aparecer a finales de la adolescencia o a principios de la edad adulta. Algunos síntomas de la psicosis son alucinaciones o delirios. Esas experiencias pueden afectar gravemente a la capacidad del adolescente para participar en la vida diaria y la educación, y en muchos casos llevan a situaciones de estigmatización o a violaciones de los derechos humanos.

El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los adolescentes mayores (15 a 19 años) (2). Los factores de riesgo del suicidio son diversos: abuso del alcohol, malos tratos en la infancia, estigmatización a la hora de buscar ayuda, obstáculos que impiden recibir atención y el disponer de medios para suicidarse.

Muchos comportamientos de riesgo para la salud, como el consumo de sustancias o las prácticas sexuales de riesgo, comienzan durante la adolescencia. Los comportamientos de riesgo pueden responder a un fallo en la estrategia para hacer frente a dificultades emocionales y pueden tener efectos muy negativos en el bienestar mental y físico del adolescente.

En cuanto al consumo de sustancias, la prevalencia de los episodios de ingesta masiva de bebidas alcohólicas entre los adolescentes de 15 a 19 años fue del 13,6% en 2016; el riesgo más elevado correspondió a los hombres (3). Y el consumo de tabaco o de cannabis son problemas adicionales. Muchos fumadores adultos consumen su primer cigarrillo antes de los 18 años. Y El cannabis es la droga que más utilizan los adolescentes: en 2018, alrededor de un 4,7% de las personas de 15 a 16 años la consumieron al menos una vez

Atención y tratamiento de la salud mental

Las iniciativas nacionales de fortalecimiento de la salud mental no deben limitarse únicamente a proteger y promover el bienestar mental de todos, sino también atender las necesidades de las personas que padecen afecciones de salud mental. Esto debe hacerse mediante la atención de salud mental con énfasis comunitaria, que es más asequible y aceptable que la asistencia institucional. Esta fortalece la prevención de violaciones a los derechos humanos y ofrece mejores resultados en la recuperación de quienes padecen este tipo de afecciones. La atención de salud mental de base comunitaria debe proporcionarse mediante una red de servicios interrelacionados que comprendan:

- Servicios de salud mental integrados en los servicios de salud generales, ofrecidos comúnmente en hospitales generales y en colaboración con el personal de atención primaria no especializado.
- Servicios comunitarios de salud mental, que puedan involucrar a centros y equipos comunitarios de salud mental, rehabilitación psicosocial, servicios de apoyo entre pares y servicios de asistencia para la vida cotidiana.
- Servicios que brinden atención de salud mental en los servicios sociales y entornos no sanitarios, como la protección infantil, los servicios de salud escolar y las prisiones.

Dado el enorme déficit de atención de diversas afecciones de salud mental, como la depresión y la ansiedad, los países deben encontrar formas innovadoras de diversificar y ampliar la atención para estas afecciones, por ejemplo, mediante servicios de asesoramiento psicológico no especializado o de autoayuda digital.

Es por esto por lo que se trabaja desde varios frentes en la salud mental a través de la promoción y prevención con el Programa salud a mi barrio, rutas integrales de atención, la atención intramural y la atención de urgencias a través de atención prehospitalaria y atención domiciliaria en salud mental. Este último programa con atenciones para el año 2022 de 7421 y para el año 2023 atenciones de 10575. En estas atenciones se ha evidenciado riesgos, como sucede en cualquier intervención clínica, sin embargo, desde el sector salud se trata de garantizar atenciones integrales en los que se minimicen las barreras de acceso a la población.

En Colombia, se ha venido trabajando sobre los riesgos de la atención y riesgos clínicos, mediante la creación de la Guía de buena práctica para la seguridad del paciente en la atención de salud "reducir el riesgo de la atención de pacientes en salud mental" donde se mencionan algunos riesgos:

- No valoración del riesgo en crisis en la fase prodrómica.
- Error en el diagnóstico o definición de plan de tratamiento durante la atención de urgencias
- Ausencia de seguimiento al paciente posterior a la crisis
- Error durante el traslado inter o intrainstitucional del paciente
- Manejo Inadecuado del paciente con riesgo de caída u omisión en la identificación del riesgo
- Error en la identificación de pacientes
- Manejo inadecuado del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones u omisión en la identificación del riesgo.
- Manejo inadecuado del paciente con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales u omisión en la identificación del riesgo.
- Manejo inadecuado del paciente con riesgo de evasión, u omisión en la identificación del riesgo.
- Error en la prescripción o aplicación de medidas restrictivas
- Omisión o monitoreo deficiente de efectos secundarios de los medicamentos prescritos.

Es importante mencionar que, la subred Suroccidente estableció un mapa de riesgos y estos tienen el objetivo de trabajar para evitar la materialización de eventos adversos en la atención de pacientes con afectación en la salud mental. Estos riesgos son:

- Tiempos fuera de servicio y el respectivo seguimiento, lo que implica la no oportunidad en la atención de pacientes en salud mental. Dentro de los controles está la retroalimentación al personal con el fin de sensibilizar sobre la importancia de la atención y del servicio de calidad que se debe brindar a la población.
- Se realiza auditoría de registros clínicos, que permite generar un seguimiento a la adherencia y cumplimiento en los registros.
- Misión médica y su seguimiento a fin de identificar la adecuada gestión al respecto, dada la agresión a la misma.
- Análisis y gestión a las novedades administrativas y asistenciales generando aprendizaje y lecciones aprendidas, para mitigar error en las atenciones.
- Fortalecer competencias técnicas a través de la capacitación al personal.

Sin embargo, y a través de estos 2 años hasta el año 2023 en una de nuestras Subredes, trazadora en salud mental, se han reportado 56 novedades asistenciales de los cuales el 55% son incidentes. Lo que implica alteración en el cumplimiento del proceso como tal, un 20% clasificados como eventos adversos, estableciéndose como daño al paciente, y el restante 25% se reparte entre indicios de atención

insegura, que resultan alertas en el proceso de atención y descartados por motivos del análisis.

5. Marco legal

Debemos iniciar mencionando normas que han marcado camino en la Atención Prehospitalaria y su manejo de los **riesgos**: El Acuerdo 16 de 1991 del Concejo de Bogotá, por el cual se organiza el sistema Distrital de atención de urgencias² y el Decreto 451 de 2005, por el cual se implementa el NUSE, estableciendo las agencias que lo integran, siendo una de ellas el CRU³. Igualmente, desde el Concejo de Bogotá el Acuerdo 232 de 2006 por el cual se crea el NUSE (Número Único de Seguridad y Emergencias), se debe resaltar que es la creación de la Línea Única de Emergencias para Bogotá, línea por medio de la cual se accede a la APH en el Distrito capital⁴

Desde la Secretaria Distrital de Salud la Resolución 1563 de 2011 “Por el cual se adoptan medidas para la protección del derecho a la salud, que debe cumplir el servicio público especial de transporte de pacientes” Debe mencionarse que en el Capítulo II, consideraciones técnicas, artículo décimo habla de calidad y menciona la obligatoriedad de las condiciones y requisitos previstos en las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGS) expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el servicio de transporte de pacientes medicalizado o básico dentro de las cuales se encuentra la seguridad del paciente⁵.

Continuemos hablando del marco legal en la República de Colombia para la Atención Prehospitalaria con la Resolución 926 de 2017, promulgada por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas⁶.

Y recordemos que el Sistema de Emergencias Médicas, establecido mediante el artículo 67 de la Ley 1438 de 2011, busca la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la respuesta oportuna a las víctimas de enfermedad en especial cuyas condiciones sean derivadas de accidentes de tránsito, traumatismos o la condición aguda del paro

² Concejo de Bogotá, Acuerdo 16 de 1991

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=514&dt=S>

³ Alcaldía Mayor de Bogotá, 2005. Decreto 451 de 2005

<https://www.leyex.info/leyes/Decretoamb451de2005.htm>

⁴ Concejo de Bogotá, Acuerdo 232 de 2006.

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20561&dt=S>

⁵ Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Resolución 1563 de 2011 chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclcfndmkaj/http://www.saludcapital.gov.co/Normo/gsp/resolucion_1563_de_2011.pdf

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, Resolución 926 de 2017, consultado el 14.04.2022 en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.926%20de%202017.pdf

cardiorrespiratorio que requieran atención médica de urgencias. Estos constituyen un grupo de pacientes que necesitan un manejo especial desde el principio y su pronóstico se condiciona con su atención prehospitalaria⁷.

Comprende, entre otros, los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la actuación del primer respondiente, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias en la gestión de solicitudes, la prestación de servicios prehospitalarios y de urgencias, las modalidades de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, los programas educativos y los procesos de vigilancia.

También la Ley 1523 de 2012 “por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”⁸, dispone que la gestión del riesgo es responsabilidad de todas las autoridades y de los habitantes del territorio colombiano y, en cumplimiento de esta responsabilidad, las entidades públicas, privadas y comunitarias desarrollarán y ejecutarán los procesos de gestión del riesgo.

Principios generales de la Ley 1523 de 2012. Los principios generales que orientan la **gestión del riesgo** son⁹:

1. Principio de igualdad: Todas las personas naturales tendrán la misma ayuda y trato al momento de atenderseles humanitaria, en las situaciones de desastre y peligro que desarrolla esta ley.
2. Principio de protección: Los residentes en Colombia deben ser protegidos por las autoridades en su vida e integridad física y mental, en sus bienes y en sus derechos colectivos a la seguridad, la tranquilidad y la salubridad públicas y a gozar de un ambiente sano, frente a posibles desastres o fenómenos peligrosos que amenacen o infieran daño a los valores enunciados.
3. Principio de solidaridad social: Todas las personas naturales y jurídicas, sean estas últimas de derecho público o privado, apoyarán con acciones humanitarias a las situaciones de desastre y peligro para la vida o la salud de las personas.
4. Principio de autoconservación: Toda persona natural o jurídica, bien sea de derecho público o privado, tiene el deber de adoptar las medidas necesarias para una adecuada gestión del riesgo en su ámbito personal y funcional, con miras a salvaguardarse, que es condición necesaria para el ejercicio de la solidaridad social.

7 Sistema de Emergencias Médicas (SEM) de la República de Colombia, consultado el 30.03.2022 en <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-de-emergencias-medicas-SEM.aspx>

8 El Congreso de Colombia, Ley 1523 de 2012, consultado el 14-04.2022 en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141>

9 El Congreso de Colombia, Ley 1523 de 2012, consultado el 14.04.2022 en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141>

5. Principio participativo: Es deber de las autoridades y entidades del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, reconocer, facilitar y promover la organización y participación de comunidades étnicas, asociaciones cívicas, comunitarias, vecinales, benéficas, de voluntariado y de utilidad común. Es deber de todas las personas hacer parte del proceso de gestión del riesgo en su comunidad.

6. Principio de diversidad cultural: En reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, los procesos de la gestión del riesgo deben ser respetuosos de las particularidades culturales de cada comunidad y aprovechar al máximo los recursos culturales de la misma.

7. Principio del interés público o social: En toda situación de riesgo o de desastre, el interés público o social prevalecerá sobre el interés particular. Los intereses locales, regionales, sectoriales y colectivos cederán frente al interés nacional, sin detrimento de los derechos fundamentales del individuo y, sin demérito, de la autonomía de las entidades territoriales.

8. Principio de precaución: Cuando exista la posibilidad de daños graves o irreversibles a las vidas, a los bienes y derechos de las personas, a las instituciones y a los ecosistemas como resultado de la materialización del riesgo en desastre, las autoridades y los particulares aplicarán el principio de precaución en virtud del cual la falta de certeza científica absoluta no será óbice para adoptar medidas encaminadas a prevenir, mitigar la situación de riesgo.

9. Principio de sostenibilidad ambiental: El desarrollo es sostenible cuando satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de los sistemas ambientales de satisfacer las necesidades futuras e implica tener en cuenta la dimensión económica, social y ambiental del desarrollo. El riesgo de desastre se deriva de procesos de uso y ocupación insostenible del territorio, por tanto, la explotación racional de los recursos naturales y la protección del medio ambiente constituyen características irreductibles de sostenibilidad ambiental y contribuyen a la gestión del riesgo de desastres.

10. Principio de gradualidad: La **gestión del riesgo** se despliega de manera continua, mediante procesos secuenciales en tiempos y alcances que se renuevan permanentemente. Dicha gestión continuada estará regida por los principios de gestión pública consagrados en el artículo 209 de la Constitución y debe entenderse a la luz del desarrollo político, histórico y socioeconómico de la sociedad que se beneficia.

11. Principio sistémico: La política de **gestión del riesgo** se hará efectiva mediante un sistema administrativo de coordinación de actividades estatales y particulares. El sistema operará en modos de integración sectorial y territorial; garantizará la continuidad de los procesos, la interacción y enlazamiento de las actividades mediante bases de acción comunes y coordinación de competencias. Como sistema

abierto, estructurado y organizado, exhibirá las calidades de interconexión, diferenciación, recursividad, control, sinergia y reiteración.

12. Principio de coordinación: La coordinación de competencias es la actuación integrada de servicios tanto estatales como privados y comunitarios especializados y diferenciados, cuyas funciones tienen objetivos comunes para garantizar la armonía en el ejercicio de las funciones y el logro de los fines o cometidos del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.

13. Principio de concurrencia: La concurrencia de competencias entre entidades nacionales y territoriales de los ámbitos público, privado y comunitario que constituyen el sistema nacional de **gestión del riesgo** de desastres, tiene lugar cuando la eficacia en los procesos, acciones y tareas se logre mediante la unión de esfuerzos y la colaboración no jerárquica entre las autoridades y entidades involucradas. La acción concurrente puede darse en beneficio de todas o de algunas de las entidades. El ejercicio concurrente de competencias exige el respeto de las atribuciones propias de las autoridades involucradas, el acuerdo expreso sobre las metas comunes y sobre los procesos y procedimientos para alcanzarlas.

14. Principio de subsidiariedad: Se refiere al reconocimiento de la autonomía de las entidades territoriales para ejercer sus competencias. La subsidiariedad puede ser de dos tipos: la subsidiariedad negativa, cuando la autoridad territorial de rango superior se abstiene de intervenir el riesgo y su materialización en el ámbito de las autoridades de rango inferior, si estas tienen los medios para hacerlo. La subsidiariedad positiva, impone a las autoridades de rango superior, el deber de acudir en ayuda de las autoridades de rango inferior, cuando estas últimas, no tengan los medios para enfrentar el riesgo y su materialización en desastre o cuando esté en riesgo un valor, un interés o un bien jurídico protegido relevante para la autoridad superior que acude en ayuda de la entidad afectada.

15. Principio de oportuna información: Para todos los efectos de esta ley, es obligación de las autoridades del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, mantener debidamente informadas a todas las personas naturales y jurídicas sobre: Posibilidades de riesgo, gestión de desastres, acciones de rehabilitación y construcción, así como también sobre las donaciones recibidas, las donaciones administradas y las donaciones entregadas.

El artículo 2.2.14.2.5 del mencionado decreto establece que el CAE se pondrá en contacto con las entidades correspondientes, como la Policía, Bomberos, Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE), Oficinas de **Gestión del Riesgo**, entre otros, para iniciar la atención que requiera el individuo solicitante.

Los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE), reglamentados por la Resolución número 1220 de 2010, hacen parte de la Red Nacional de Urgencias y son apoyo del Sistema Nacional para la **Gestión del Riesgo** de Desastres (SNGRD) y dentro de sus funciones se encuentra el articular

con el Número Único de Seguridad y Emergencias (NUSE), y organizar los servicios de atención prehospitalaria del territorio, ya lo habíamos mencionado información al respecto previamente en este documento.

Normatividad específica Riesgos:

Título: Normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, República de Colombia, 2021



Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

Además de la gráfica anterior no olvidemos que el decreto compilatorio: decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social, aborda diferentes temáticas que se relacionan con los riesgos en salud.

- Igualmente, las Resoluciones de habilitación (SUHA) 2003/2014, anterior y 3100/2019, vigente, definen los requisitos para los prestadores de salud para ofrecer servicios de salud con minimización de los riesgos y hacen obligatoria la seguridad del paciente.
- Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2016. Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de

Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

- Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2019. Resolución 3539 de 2019. Por la cual se dictan disposiciones en relación los servicios y tecnologías en salud, ordenados por el médico tratante sean negado por los responsables del aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado. Complementa la Resolución 256 de 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2010. Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud, versión 001 de 2010.
- Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 2015. Guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente. Segunda versión 2015. Paquetes instruccionales.
- Ministerio de Salud y Protección Social con la Resolución 5095 de 2018 el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1 y normas relacionadas que ven la Seguridad del Paciente desde uno de los 7 ejes: El Eje de Gestión Clínica Excelente y Segura. Es un eje tan importante que se encuentra con los demás dando su aporte desde la protección de los pacientes de forma proactiva y prevención de los riesgos.

Otras normas que hacen referencia al tema:

- Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
- Resolución 2626 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial MAITE.
- Resolución 276 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica la Resolución 3280 de 2018.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 6 - noviembre de 2022. <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418548/34150781/Gu%C3%ADa+para+la+administraci%C3%B3n+del+riesgo+y+el+dise%C3%B1o+de+controles+en+entidades+p%C3%ABlicas+-+Versi%C3%B3n+5+-+Diciembre+de+2020.pdf>

6. Matriz AMFE o análisis modal de fallos y efectos¹⁰

AMFE (MODO FALLO Y EFECTO)

El AMFE es una metodología que evalúa los probables fallos y sus causas para encontrar como podrían materializarse los riesgos y utiliza técnicas de investigación cualitativas como grupos focales, entrevistas estructuradas y semiestructuradas para la recolección de la información en varias fases del proceso.

La Metodología AMFE busca evaluar actividades en salud para saber cuáles riesgos se pueden presentar, considerando que En APH-TA “todas” las actividades presentan riesgos dadas sus características propias de la atención en escenarios externos al ámbito hospitalario. Estos se pueden mencionar como inherentes y posterior a los controles o barreras protectoras como residuales.

Los diez pasos de aplicación de un AMFE

El objeto de nuestro análisis debe estar priorizado por la gravedad de su ocurrencia, por su frecuencia y queremos garantizar que se reduzcan al máximo los eventos adversos. A partir de la identificación del asunto a analizar, iniciamos los diez pasos de desarrollo de un AMFE.

1. Crear el equipo de trabajo multidisciplinario
2. Establecer el tipo de AMFE que queremos realizar. El objetivo de este análisis y sus límites.
3. Clarificar dentro del grupo de trabajo cuáles son las prestaciones o las funciones o tareas del servicio o sede o especialidad que queremos analizar. Es decir, dónde empieza y dónde acaba nuestro análisis.
4. Identificar los modos de fallo
5. Identificar los efectos de fallo
6. Identificar las causas de fallo
7. Identificar los sistemas de control actuales o análisis de las barreras existentes.
8. Calcular el NPR: pondera la frecuencia de aparición (A) , la gravedad o trascendencia del riesgo (G), y la posibilidad de detección de dicho riesgo (D).
9. Plantear acciones de mejora para cada fallo y recalcular el NPR.
10. Elaborar un plan con las acciones de mejora seleccionadas

AMFE- Selección inicial:

Identificación de las actividades a analizar

Seleccionar las actividades macro y las actividades específicas para revisar.

Se recomienda que estas pertenezcan a un área de alto riesgo clínico o vulnerabilidad dentro de mí sede o servicio, para que merezca la pena dedicarle tiempo y recursos a su

¹⁰ Desarrollo Propio 2020-2024 Subdirección de Calidad y Seguridad en servicios de Salud, talleres y capacitaciones proporcionadas a los prestadores de servicios de Salud (IPS y Profesionales independientes)

estudio y además el realce de conseguir prevenir materialización de estos riesgos. La probabilidad de que haya fallos a priori, junto con su gravedad caso de ocurrir y el número de personas que, previsiblemente, se pueden ver afectadas por el mismo, son criterios de selección básicos de los problemas a analizar.

En este caso para la Subred se realizará mediante las Cajas de Actividades que se convierten en una lluvia de ideas que va a permitir priorizar las actividades a trabajar de acuerdo a sus probables riesgos (fallas).

AMFE-Paso 1: Creación del equipo de trabajo Se debe formar un equipo multidisciplinario que incluya personas con experiencia en el tema a analizar, un facilitador y un coordinador. Con un equipo multidisciplinario se garantiza que se escuchen los distintos puntos de vista.

Las personas con experiencia aportan su conocimiento sobre cómo se llevan a cabo en realidad los procesos. **Queremos trabajar con lo que sucede en realidad y no con lo ideal.** Sin embargo, contar también con personas que no conozcan los procesos puede generar controversia y esto le añade un análisis crítico cuando evaluemos.

El Facilitador, capacitador, debe ser una persona con experiencia en dinámica de grupos; su misión es garantizar que el equipo funcione con eficacia y las controversias no afecten el desarrollo del proyecto. El facilitador actúa como un consultor, aclara dudas y ayuda al grupo a realizar las tareas necesarias e interviene cuando ello es necesario para que el equipo se ajuste a los objetivos y no tome una ruta diferente.

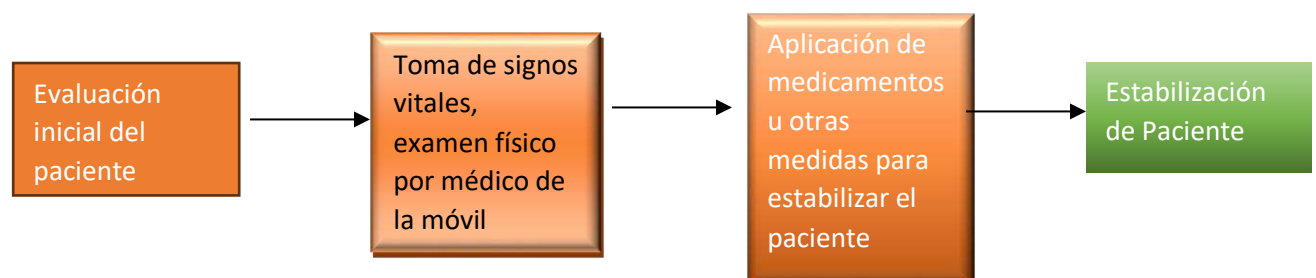
Si se presenta que las personas del equipo no colaboren, no hay AMFE.

El AMFE tiene que ser una labor de equipo, no de una persona. El equipo debe tener capacidad de compromiso y continuidad. El equipo debe ser formado previamente en la metodología de la gestión de riesgos clínicos y manejar el vocabulario específico, es decir, la taxonomía. Además de los índices y otros. No puede permitirse que haya integrantes que no apropien el conocimiento que se está socializando.

AMFE-Paso 2: Descripción detallada de las fases del proceso a evaluar, se debe tener claro el paso a paso mediante un diagrama

El objetivo de esta fase es esquematizar y precisar la secuencia de etapas que son necesarias para lograr un resultado. Veamos un ejemplo

Título: Flujo de Atención de Paciente en la escena:



Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

Es fundamental que se identifiquen todos los pasos del proceso o servicio y de ahí se obtendrán las actividades macro y las específicas.

Se puede también diagramar un proceso, dividirlo en subprocesos e ir analizando cada subproceso. Esto nos permite obtener propuestas mucho más concretas, que veremos cómo más operativas, más ligadas a nuestro trabajo, a lo que estamos haciendo.

Hay que tener presente que para cada paso se identificarán uno o más fallos y para cada fallo una o más causas, de manera que se podría extender bastante por lo que debemos concretar las que consideremos tienen carga de riesgo.

El flujograma es útil para tener una visión global del proceso o tarea, para ver las relaciones entre las diferentes etapas, identificar pasos innecesarios, oportunidades de mejora, generar ideas¹¹.

Es más sencillo de realizar si se trabaja en gestión por procesos en las Sedes y especialidades.

AMFE Paso 3: Este punto consiste en delimitar hasta donde vamos a trabajar, tiene que ver con la atención del paciente, En cada paso del proceso se procede a identificar los probables fallos, causas y efectos que se pueden presentar.

AMFE-Paso 4: Determinar los modos potenciales de fallos.

Identificar, para cada paso del proceso, los fallos que pueden aparecer en su desarrollo.

Los miembros de cada equipo, en el caso de querer hacer varios, se van identificando los posibles fallos que pueden aparecer, y se van revisando.

Como posteriormente se pasará a asignar los puntajes deben evitarse las discusiones extensas, ser prácticos.

Los riesgos se deben evaluar con una cifra superior, por arriba, es decir tomando en cuenta la probabilidad del riesgo global y no por debajo.

Cuando llegue la hora de evaluar y asignar los puntajes de los diferentes índices, cada posible fallo (¿qué podría pasar?, ¿qué podría fallar?) mostrará su importancia, su peso.

Es importante ser realista, con lo que estamos viviendo en el momento y tener cuidado de no dejar por fuera aquellos que ya se han materializado, que se han mostrado y de los cuales queremos aprender.

AMFE-Paso 5: Determinar las causas potenciales de fallos.

Identificar las causas que pueden producir el fallo o la falla.

¹¹ Análisis proactivo del riesgo: AMFE, Revista Clínica de atención primaria en salud, consultado en https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2010m10n18/rceap_a2010m10n18a7.pdf

El mismo fallo puede ser debido a distintas causas, se deben incluir todas. Estas serán manejadas con los controles o barreras protectoras que vamos a plantear.

Es una útil recomendación ser cuidadoso para identificar todas las posibles causas u origen que sean importantes.

Ejemplo: **Actividad:** *Toma inadecuada de signos a paciente previo al traslado* **Fallo:.** Manejo no pertinente al paciente con crisis hipertensiva. **Efecto:** Aumento de cifras tensionales por infusión de líquidos tipo ringer lactato **Causas:** Monitor descalibrado /no tomar los signos, registras al ojo sólo con la inspección/ Desconocimiento del uso del equipo, etc.

AMFE-Paso 6: Determinar los efectos potenciales de fallos. Para cada uno de los fallos se identifican los efectos sobre la salud que pueden producirse cuando el fallo ocurra. Debemos tener presente que cada fallo va a tener los mismos efectos con independencia de la causa que los provoque.

Para que los dos puntos anteriores queden muy claros vamos a incluir el ejemplo en una tabla:

Como pueden apreciar hay varias causas y recordemos que la falla irá en una línea en el Excel del AMFE con cada causa pues cada una genera barreras protectoras diferentes.

Actividad de riesgo	Falla probable (que podría fallar, riesgo que se podría materializar)	Efecto (evento adverso o consecuencia de la materialización del riesgo)	Causas
<i>Toma inadecuada de signos a paciente previo al traslado</i>	Manejo no pertinente al paciente con crisis hipertensiva	Aumento de cifras tensionales por infusión de líquidos tipo ringer lactato	Monitor descalibrado
<i>Toma inadecuada de signos a paciente previo al traslado</i>	<i>Aplicación errónea con vacuna de microorganismos vivos.</i>	<i>Daño a paciente (evento adverso) por desarrollo de cuadro viral severo</i>	<i>No toma real, sólo registro en pape, datos al ojo, sólo con la inspección al paciente</i>

Fuente: Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2024.

AMFE-Paso 7: Identificar los sistemas de control actuales: reflexionamos si para cada uno de estos fallos existe algún sistema de control. en caso de que no exista, lo recogeremos para plantearlo como plan de mejora. incluso, existiendo puede que no se aplique correctamente, por lo que un área de mejora será actualizar y controlar el cumplimiento de dicho sistema de control.

AMFE-Paso 8: Determinar los índices de evaluación para cada modo de fallo. orientación sobre el modelo práctico de modo fallo y efecto (AMFE).

Iniciemos con tres preguntas sencillas para Identificar el riesgo posible (se pueden cambiar, pero siempre tener claro hacia donde va dirigida la evaluación).

¿Qué podría pasar? _____ modo(s) de falla(s)

¿Por qué pasara? _____ causa de la falla

¿Cómo podría afectar al paciente? _____ efectos de la falla

Esto define entonces el riesgo, la causa de ese riesgo o de la materialización de ese riesgo, y cuánto afectará el paciente.

Sobre la causa se direcciona el desarrollo del Plan de mejora. La priorización del riesgo depende de la posibilidad en términos de tiempo que se presente (más o menos frecuente), la severidad sobre el paciente si se materializara el riesgo y la detectabilidad de ese riesgo, que tan fácil se puede saber o evidenciar el riesgo antes de su materialización.

Hay tres índices que se deben conocer:

1. La probabilidad de que ocurra (índice de ocurrencia): es la probabilidad de que se presente la falla en términos de tiempo. Vamos a calificarla de 1 a 5, de menor a mayor. ¿Qué tan probable es que se materialice ese riesgo?
2. La severidad (índice de severidad): estimación de la severidad del daño sobre el paciente si la falla se presenta, si no se presenta daño, pero la falla pudo causarlo entonces se proyecta ese daño como índice de severidad (prospectiva y retrospectivamente)
3. Detección (índice de detección): estimación de que la falla detectada sea identificada antes de que se presente un evento adverso o retrospectivamente cual era esa probabilidad.

INDICE DE OCURRENCIA

CALIFICAR	CATEGORIA (NIVEL)	EXPLICACION DEL CRITERIO
1	Remota	Casi nunca ocurre
2	Baja	Ocorre muy raramente (dos veces al año, 1 vez al año)
3	Moderada	Ocorre poco frecuentemente, pero presentación periódica (ejemplo cada dos meses o cada 3 semanas se ha presentado)
4	Alta	Ocorre frecuentemente (cada semana, cada 15 días), puede ser constante

5	Muy Alta	Ocurre siempre o casi siempre (diaria, interdiario)
----------	----------	---

Fuente: Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

INDICE DE SEVERIDAD

CALIFICAR	CATEGORIA (NIVEL)	EXPLICACION DEL CRITERIO
1	Inocua	Sin daño al paciente
2	Menor	Daño temporal al paciente, monitorear o realizar intervención mínima
3	Moderada	Daño temporal al paciente: hospitalización inicial o prolongada es requerida
4	Importante	Daño permanente menor al paciente
5	Severa	Daño permanente mayor o muerte

Fuente: Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

ÍNDICE DE DETECCION

CALIFICAR	CATEGORIA (NIVEL)	EXPLICACION DEL CRITERIO
1	Muy alta	Nivel de detección del 95-100%, es decir siempre será detectado
2	Alta	75-94% Error frecuentemente detectado antes de que llegue al paciente.
3	Moderada	40-74% Error no será detectado frecuentemente antes de que llegue al paciente
4	Baja	6-39% El error raramente será detectado antes de llegar al paciente (6-39%)
5	Remota	Hasta 5% (de 0 % a 5%) Detección no posible en la cadena de atención o de vigilancia

Fuente: Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

AMFE Paso 9: Calcular para cada modo de fallo los números de prioridad de riesgo.

Estos índices, nos ayudan a calcular el Número de Priorización de Riesgo (NPR) también conocido como Riesgo Priorizado (RP) o Risk Profile Number (RPN)

NPR = Índice de Ocurrencia x Índice de Severidad x Índice de Detectabilidad

NPR= IO X IS X ID

Utilizando el Modo Fallo y efecto con una escala hasta 5, el mayor NPR sería 125.

Para el cálculo NPR se cuenta:

TABLA DE INDICIE DE OCURRENCIA

	Índice de Ocurrencia					
Índice de Severidad	Remota (1)	Baja (2)	Moderada (3)	Alta (4)	Muy alta (5)	Índice de detectabilidad
Ninguna (1)	1	2	3	4	5	Muy alta (1)
Mínima (2)	4	8	12	16	20	Alta (2)
Moderada (3)	9	18	27	36	45	Moderada (3)
Mayor (4)	16	32	48	64	80	Baja (4)
Crítica (5)	25	50	75	100	125	Remota (5)

Riesgo bajo: 1-27 (zona verde)

Riesgo Medio: 28-48 (zona amarilla)

Riesgo Alto: 49-125 (zona roja)

Veamos un Ejemplo:

Actividad de riesgo	Falla probable (que podría fallar, riesgo que se podría materializar)	Efecto (evento adverso o consecuencia de la materialización del riesgo)	Causas	IO	IS	ID	NPR
Toma de Vía periférica por personal de	Catéter periférico muy grande para calibre de la vena	Trauma mecánico, flebitis.	-Poca Experiencia, --Ausencia Procedimiento	5	5	3	75

la ambulancia			socializado e implementado				
Toma de Vía periférica por personal de la ambulancia	No respeto a técnica aséptica	Flebitis Infecciosa	-Personal sin inducción -Personal sin experiencia	4	5	3	60

Tabla Corta para plantear AMFE

Actividad de riesgo o hallazgo en la visita	Falla probable (que podría fallar, riesgo que se podría materializar)	Efecto (evento adverso o consecuencia de la materialización del riesgo)	Causas	IO	IS	ID	NPR

Fuente: Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

Actividad Inicial	Actividad específica	Riesgo que se podría materializar, Falla (¿Qué podría pasar?)	Causa (¿Por qué pasará?)	Efecto (¿Qué consecuencias puede tener sobre el paciente?)	IO	IS	ID	NPR	Zona de Riesgo	Color del Riesgo
Atención médica previa al traslado	Valoración inicial del paciente	No evaluación adecuada del paciente y dejar pasar signos y síntomas del avance de una patología	Falta de experticia por parte del médico de la móvil	Demora en la atención, complicaciones del estado del paciente (avance de su cuadro clínico)	3	5	4	60	ALTO	

	grave en curso.								
--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

IO: Índice de Ocorrência

IS: índice de Severidad

ID: índice de Detectabilidad

NPR: Número de Priorización de Riesgo

AMFE-Paso 10: Selección de acciones para eliminar o reducir los modos de fallo Una vez calculados los NPR iniciales se pasa a analizar las barreras protectoras que se podrían diseñar para prevenir que los fallos identificados en realidad ocurran. La segunda parte del AMFE empieza con la asignación de **barreras protectoras o controles** frente a la falla, riesgo materializado para cada una de las causas que provocan los fallos.

El conocimiento de la institución, experiencia en APH.TA, las características de la organización y de su funcionamiento nos permitirá proponer barreras prácticas, realistas, cumplibles, alcanzables y que sean aceptadas por el equipo de salud.

Nuevamente insisto en que un fallo puede tener diferentes causas y cada una de ellas diferentes controles/barreras. Habría que analizar cada causa e identificar las mejoras o barreras a incorporar. Esto puede sonar repetitivo, pero debe recordarse al momento de la definición.

Una vez identificadas las barreras, se vuelve a evaluar ese fallo relacionado con cada causa según los índices de frecuencia, severidad y detectabilidad.

El hecho de contar con la barrera protectora impacta en la frecuencia y la detectabilidad

Tras esta valoración se procede a calcular de nuevo el NPR lo que nos dará un riesgo residual. Dado que se cumple lo instaurado.

Un buen ejercicio es definir cuales controles generan un mayor descenso en el riesgo y así los implantaremos. Se evalúa que los controles no generen nuevos riesgos para los pacientes. Para lo anterior se esperarán al menos tres meses de funcionamiento y deben cumplir las características previamente mencionadas.

Tabla. Formato estandarizado para controles por cada caso

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

Debe establecerse claramente la meta a la cual queremos llegar, se pueden plantear dos niveles de cumplimiento para que esta cumpla con la gradualidad. Este monitoreo permite establecer que está funcionando la barrera protectora.

RESULTADOS	ANÁLISIS DE RESULTADOS	SUGERENCIAS PARA LA MEJORA	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
Cumplimiento de meta 1	Numero de mediciones, periodo de mediciones ¿funcionaron los controles?	Se plantean si no hay cumplimiento de metas	Ingeniero Biomédico
Cumplimiento de meta 2			Ingeniero Biomédico

Fuente: Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

Ahora evaluemos un caso, que nos enseñó desde lo retrospectivo el riesgo que se materializó y nos permite trazar los Controles/Barreras protectoras implementadas.

Se trata de un monitor que ocasionalmente daba mediciones irregulares en una móvil, estaba programado el mantenimiento preventivo, pero no fue realizado por faltantes de personal

Título: Ejemplo Práctico de un Control

RIESGO EVALUADO	Controles	Soporte	Responsable	Tiempo	Recurso	INDICADOR	META
MONITOR DE AMBULANCIA DESCALIBRADO DANDO CIFRAS ERRONEAS	Mantenimiento Preventivo por personal interno de la IPS	Listas de chequeo mensuales	Ingeniero Biomédico	Cada mes	Recurso humano biomédico, patrones de calibración	% Cumplimiento de los mantenimientos preventivos	mayor al 90%

Fuente: Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

Esta evaluación de los controles/barreras protectoras debe revisarse de una forma objetiva y se deben respetar los tiempos, muchas veces se requiere un trabajo conjunto con otros departamentos de la institución para tener la certeza de cumplimiento de lo proyectado, a continuación, la tabla-formato estandarizada para cada caso específico.

Tabla: Formato estandarizado para cada caso específico

1	RIESGO EVALUAD O	CONTROLE S	SOPORT E	RESPONSABL E	TIEMP O	RECURSO S	INDICADO R	MET A

Fuente: Fuente: Desarrollo propio Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, 2023.

ruta practica para elaborar los amfe (modo fallo y efecto) en cada sede/servicio, incluyendo aph/ta como parte de urgencias

La actividad inicial es la actividad macro, la cual está compuesta de varias actividades específicas, estas las definimos nosotros al interior de cada institución o servicio que evaluemos para conocer los riesgos y determinar los controles para neutralizarlos.

El riesgo que se podría materializar es la falla, al hablar de riesgos estamos en un escenario donde no ha pasado nada, estamos adelantándonos a situaciones que se pueden presentar.

La causa tiene un gran peso pues sobre ella se elaboran los controles, para evitar que se presenten las fallas, que se materialicen los riesgos causando daño.

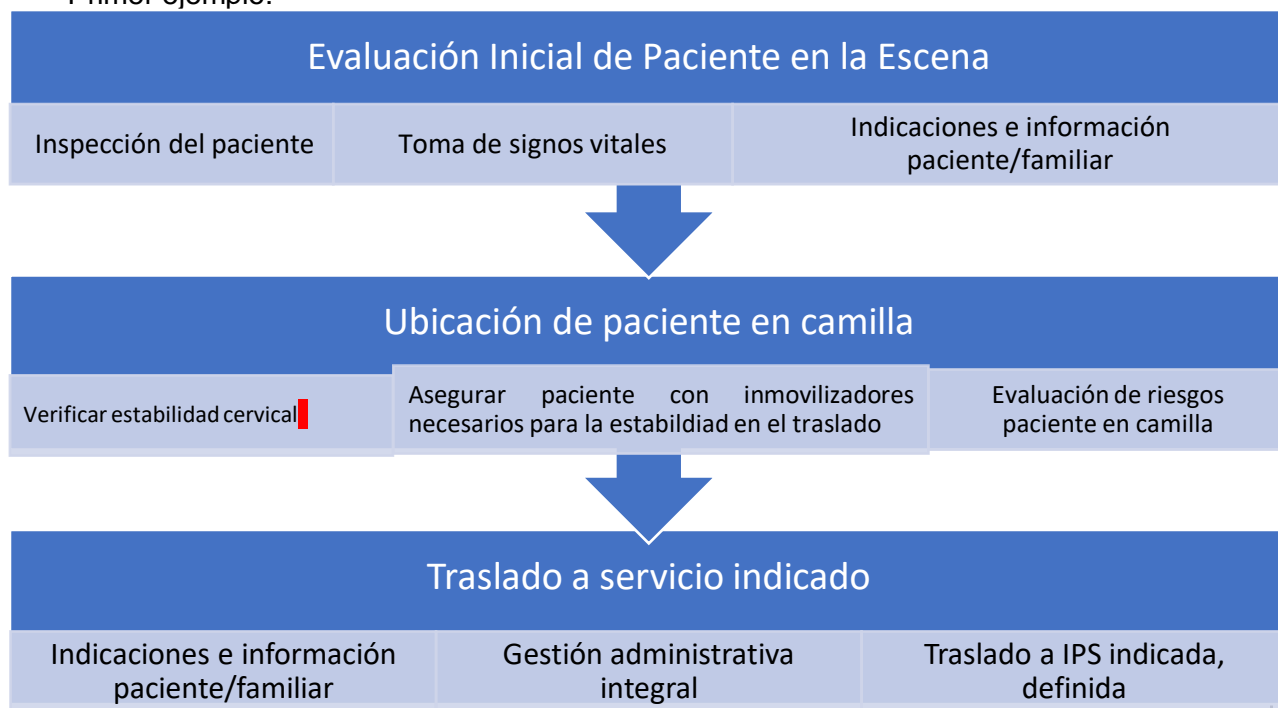
El efecto es lo que podría llegar a afectar al paciente, desde un rasguño, una caída leve, hasta un daño grave y la muerte.

DEFINICION DE ACTIVIDADES

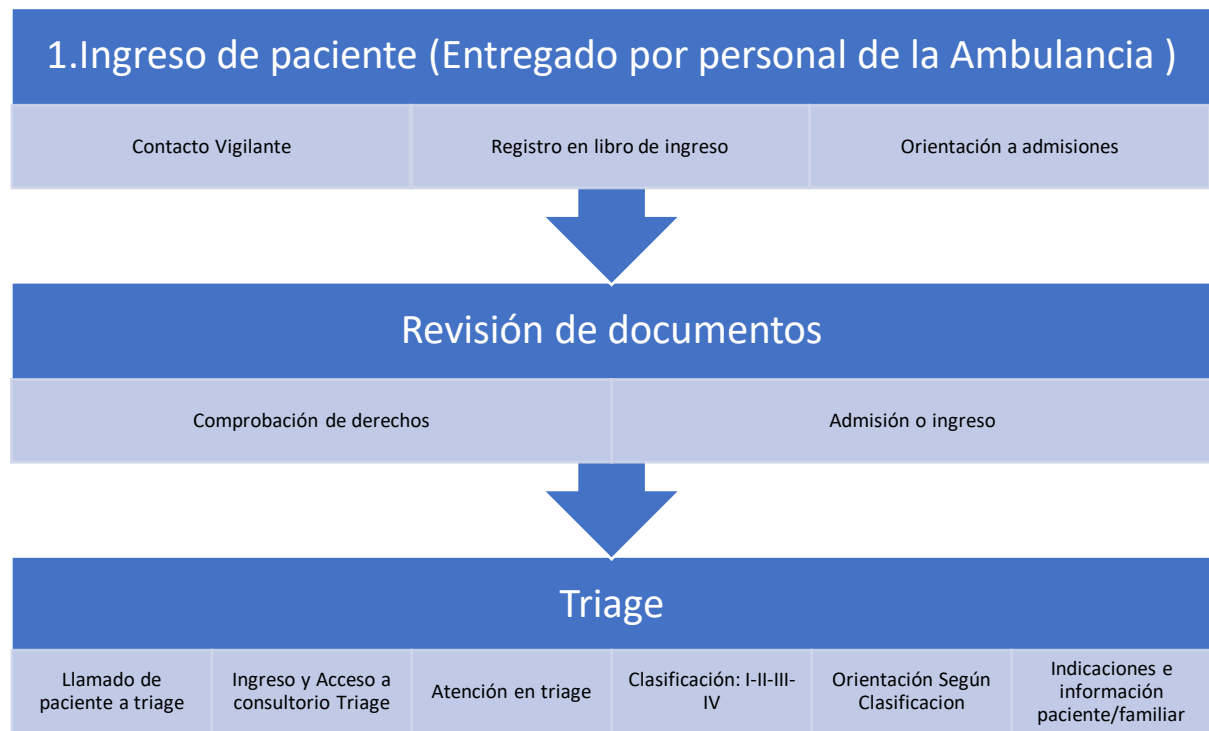
En la Gestión de Riesgo definir las actividades es muy importante para poder plantear el episodio simulado de los riesgos y entrar a pensarlos en la realidad y construir su neutralización.

Vamos a ver dos ejemplos de las Actividades, el formato paso a paso que nos permite definir las en la Ruta de atención, en el traslado de un paciente:

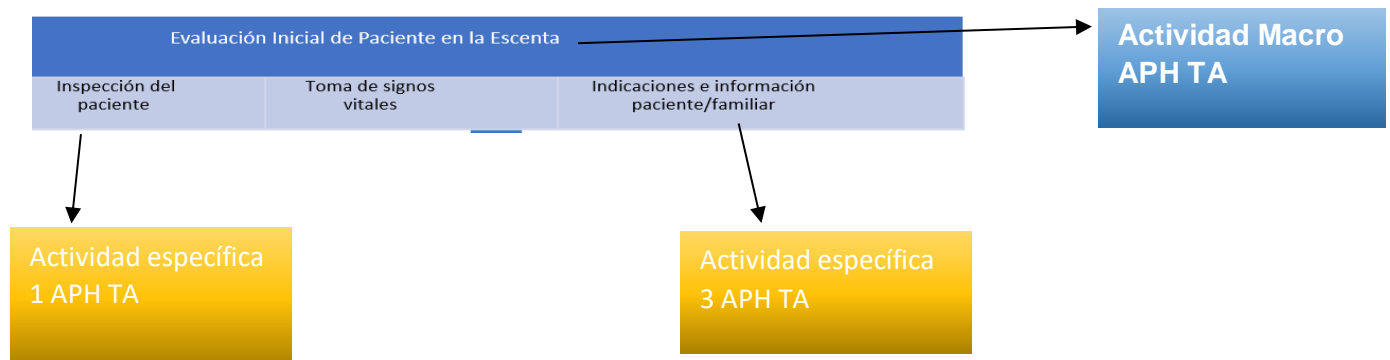
Primer ejemplo:



Segundo Ejemplo:



Es importante que se respete el paso a paso de elaboración del AMFE o de la Matriz de Riesgos pues una confusión frecuente es no definir adecuadamente las actividades. En la gráfica anterior se aprecia en la barra inicial la Actividad Macro, en este caso es el Triage.



sobre las actividades específicas va el desarrollo de la metodología, y se hace la pregunta ¿qué podría fallar? es el riesgo de la actividad, ¿por qué pasaría? es la causa o causas de esa posible falla y ¿qué daño ocasionaría sobre el paciente? el efecto.

2.-ACTIVIDAD (DEFINIDA EN LAS CAJASN ANTERIORES)	3.- PROBABLE FALLA , QUE PODRÍA SALIR MAL	CAUSA (ORIGEN)	EFFECTO (Sobre el paciente que va a ser trasladado)
Inspección del Paciente	Evaluación inadecuada del paciente (diagnóstico apresurado)	El médico no toma en cuenta los riesgos del paciente	Paciente quien se descompensa en el traslado y hace Convulsión severa

Si no se tiene claro el paso a paso se omite una buena definición de las actividades y se hacen evaluaciones que llevan a pérdida de tiempo, de recurso y sobre todo a no identificar los riesgos. y luego completar los diez pasos que hemos trazado en este documento.

2.-ACTIVIDAD (DEFINIDA EN LAS CAJASN ANTERIORES)	3.- PROBABLE FALLA , QUE PODRÍA SALIR MAL	CAUSA (ORIGEN)	EFFECTO (Sobre el paciente que va a ser trasladado)	INDICE DE OCURRENCIA	INDICE DE SEVERIDAD	INDICE DE DETECTABILIDAD
Inspección del Paciente	Evaluación inadecuada del paciente (diagnóstico apresurado)	El médico no toma en cuenta los riesgos del paciente	Paciente quien se descompensa en el traslado y hace Convulsión severa	5	5	5

Ejemplo de AMFE Riesgo atención prehospitalaria – Transporte asistencial (APH- TA), seguimos concretándolo:

Actividad Inicial	Actividad específica	Riesgo que se podría materializar, Falla (¿Qué podría pasar?)	Causa (¿Por qué pasará?)	Efecto (¿Qué consecuencias puede tener sobre el paciente?)	IO	IS	ID	NPR	Zona de Riesgo	Color del Riesgo
Inspección del paciente	Valoración inicial del paciente, examen físico, evaluación general	No evaluación adecuada del paciente y dejar pasar signos y síntomas del avance de una patología grave en curso	Falta de experticia por parte del médico auxiliar	Demora en la atención, complicaciones del estado del paciente, convulsión y muerte del paciente	3	5	4	60	ALTO	

La actividad inicial es la actividad macro, la cual está compuesta de varias actividades específicas, estas las definimos nosotros al interior de cada institución y su servicio de APH TA que pertenece a Urgencias, en el que evaluemos, para conocer los riesgos y determinar los controles para neutralizarlos.

El riesgo que se podría materializar es la falla, al hablar de riesgos estamos en un escenario donde no ha pasado nada, estamos adelantándonos a situaciones que se pueden presentar.

La causa tiene un gran peso pues sobre ella se elaboran los controles, para evitar que se presenten las fallas, que se materialicen los riesgos causando daño.

El efecto es lo que podría llegar a afectar al paciente, desde un hematoma por caída leve, hasta un daño grave y la muerte.

Definir las actividades es muy importante para poder plantear el episodio simulado de los riesgos y entrar a pensarlos en la realidad y construir su neutralización.

7. Metodología

Durante las diferentes sesiones de trabajo desde el mes de Agosto 2023 se trabajó con los equipos de las 4 Subredes, dentro de estos se encontraban expertos en APH-TA, expertos en seguridad del paciente y expertos en riesgos, dirigidos por el equipo de la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud y la Subdirección CRUE, se hizo la construcción de cada uno de los puntos de la Caja de Herramientas de Seguridad del Paciente- Gestión de riesgo APH TA con el siguiente paso a paso:

CAJA DE HERRAMIENTAS:

1. Fases de la ruta de atención
2. Actividades de cada una de las fases, 6 cajas de actividades por cada subred.
3. Riesgos generales (4)
4. Riesgos en salud mental (1)
5. AMFE General de cada Subred (4)
6. AMFE de Riesgo en salud mental (1)
7. Consolidados riesgos para distrito (de Riesgos)
8. Recomendaciones para distrito en Controles

7.1 Fases ruta de Atención Prehospitalaria

Se definieron 6 fases de la ruta de atención donde se proyectó los riesgos generales para dar paso a la construcción del AMFE, las cuales son:

- 1) Predespacho
- 2) Despacho de la ambulancia (medico regulador, disponibilidad).
- 3) Desplazamiento hacia la escena.
- 4) Llegada a la escena y abordaje de esta (Paciente más escena).
- 5) Desplazamiento hacia el Hospital con Paciente.
- 6) Transferencia de la Camilla al sitio de atención y recepción oficial del Paciente por la institución receptora.

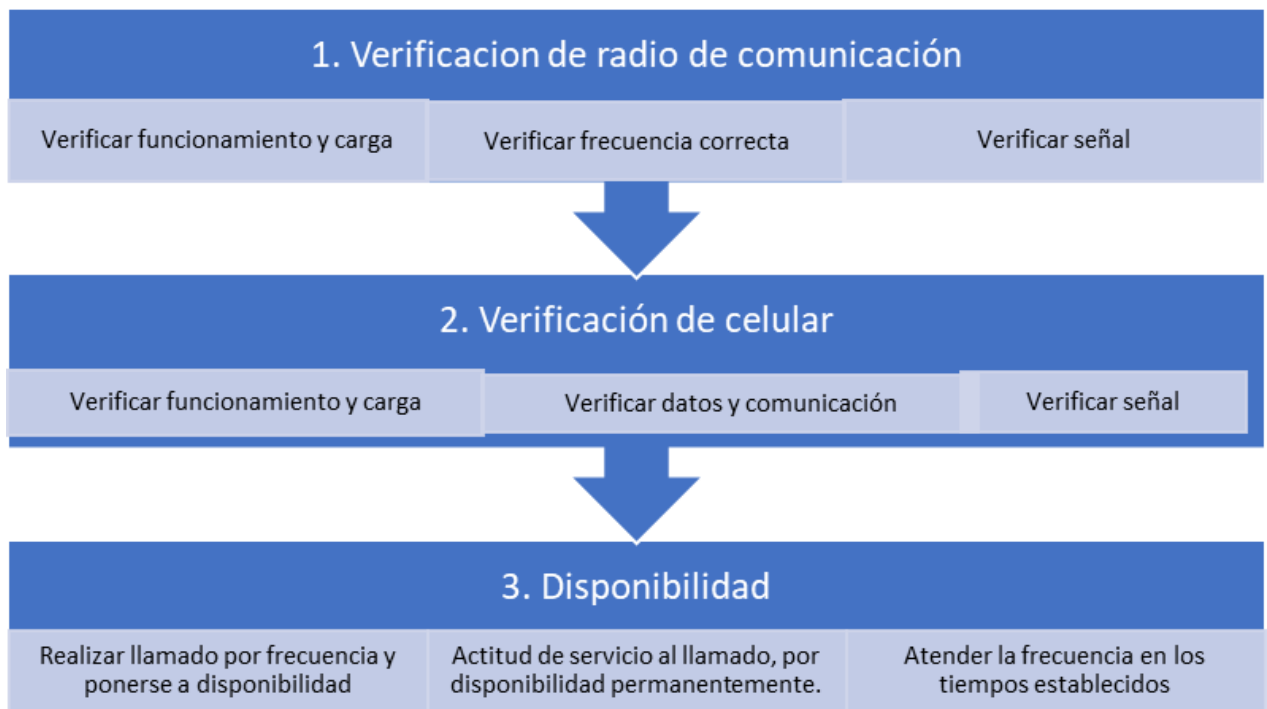
7.2 Actividades de cada una de las fases, 6 cajas de actividades por cada subred

En esta sección se muestra la construcción de actividades, es un punto muy importante que permite la fase previa a la definición de riesgos y nos permite tener un mapa del paso a paso de la atención prehospitalaria, transporte asistencial y así detectar en cual se ellas se podrían presentar amenazas, riesgos que de materializarse alcanzarían al paciente y también pueden llegar al personal de salud, al desequilibrar la atención que se quiere con las consecuencias que esto implica.

La definición de las actividades en esta Caja de Herramientas se realiza en unas sencillas estructuras donde en la parte superior va la Actividad macro y en la parte inferior se incluyen las actividades específicas

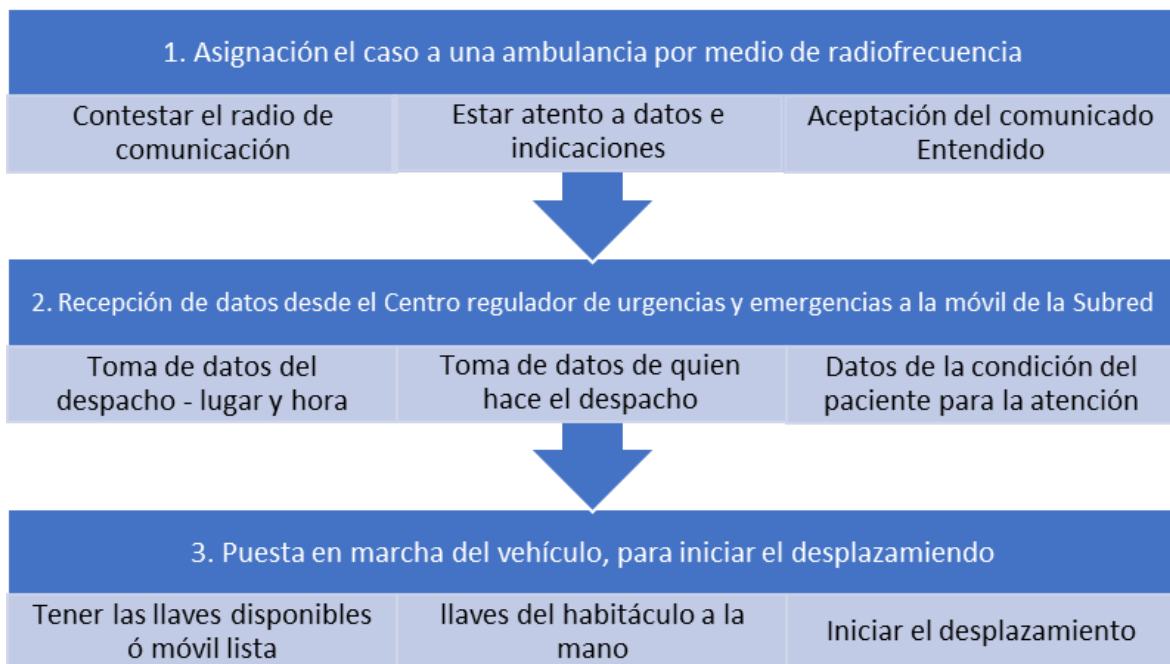
7.2.1 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E

Fase 1: Predespacho



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, años 2023-2024

Fase 2: Despacho de la ambulancia (medico regulador, disponibilidad)



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 3: Desplazamiento hacia la escena



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 4: Llegada a la escena y abordaje de esta (Paciente más escena).



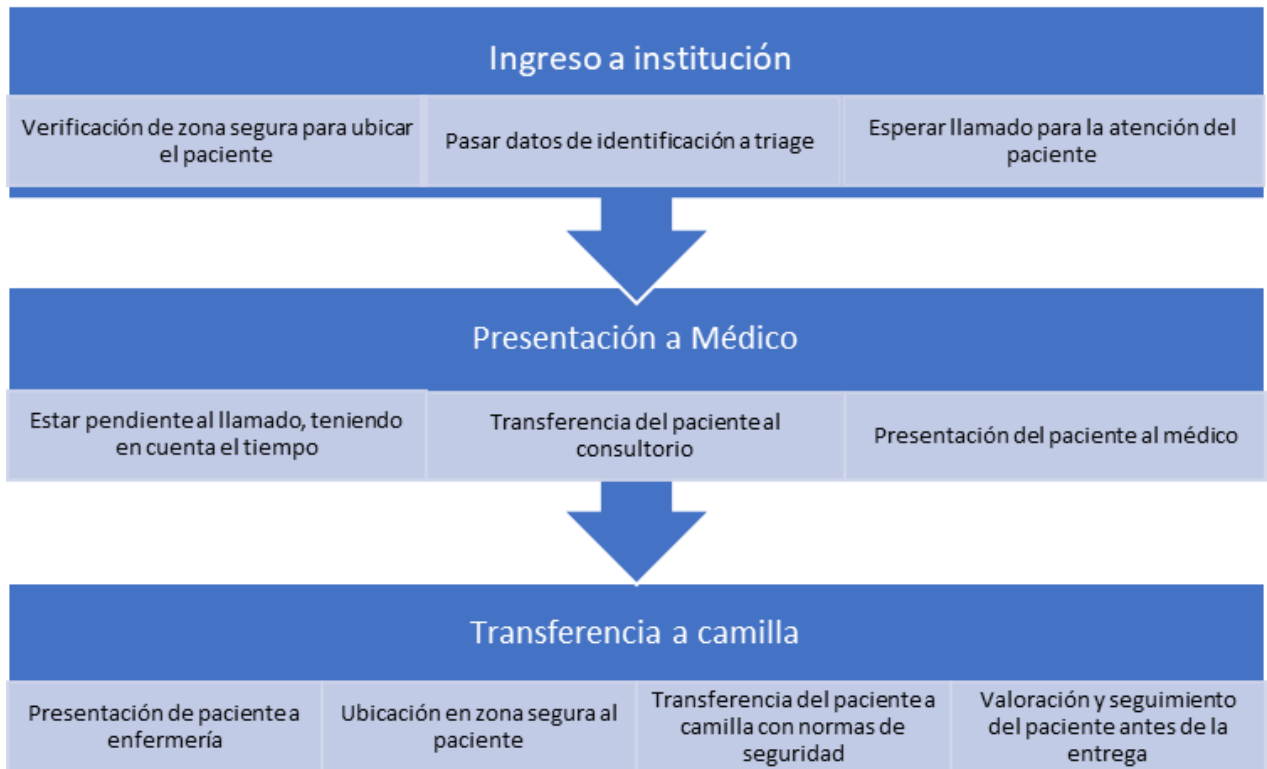
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 5: Desplazamiento hacia el hospital con paciente



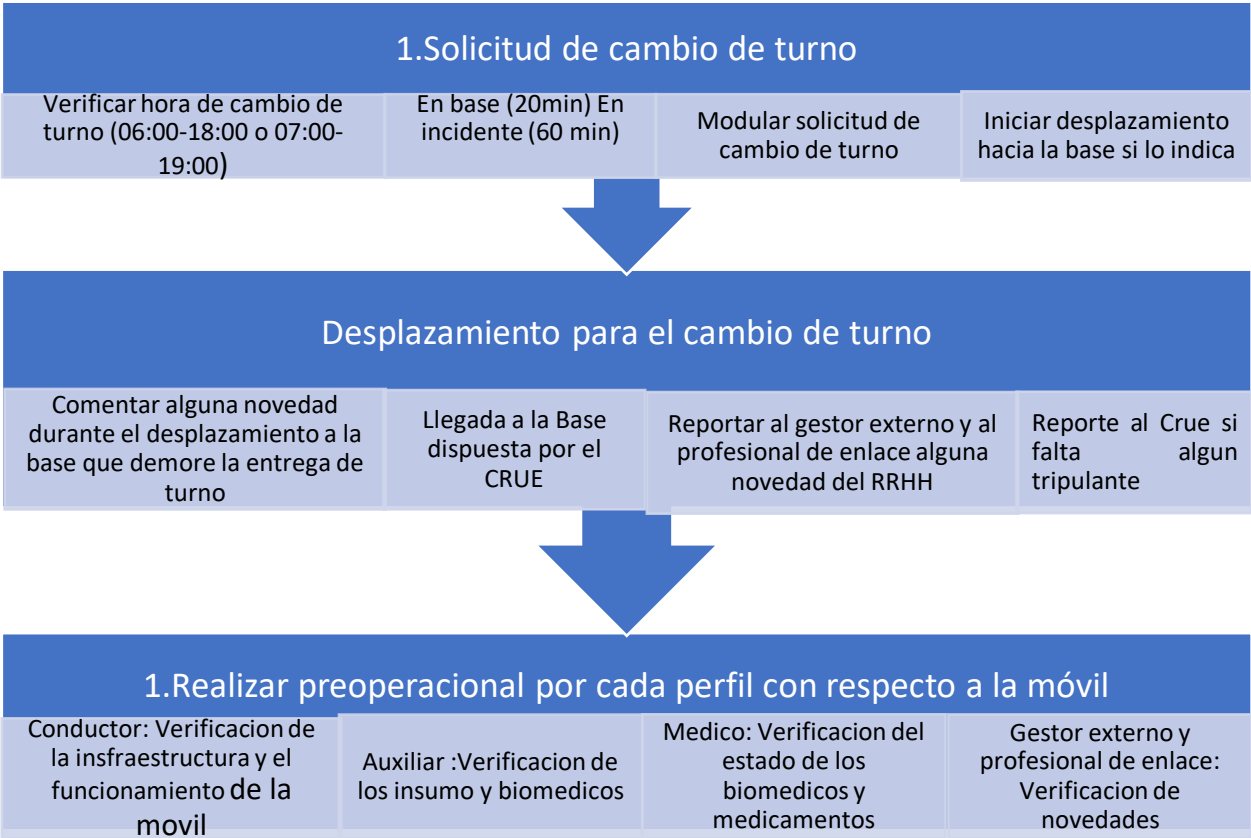
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 6: Transferencia de la Camilla al sitio de atención y recepción oficial del Paciente por la institución receptora



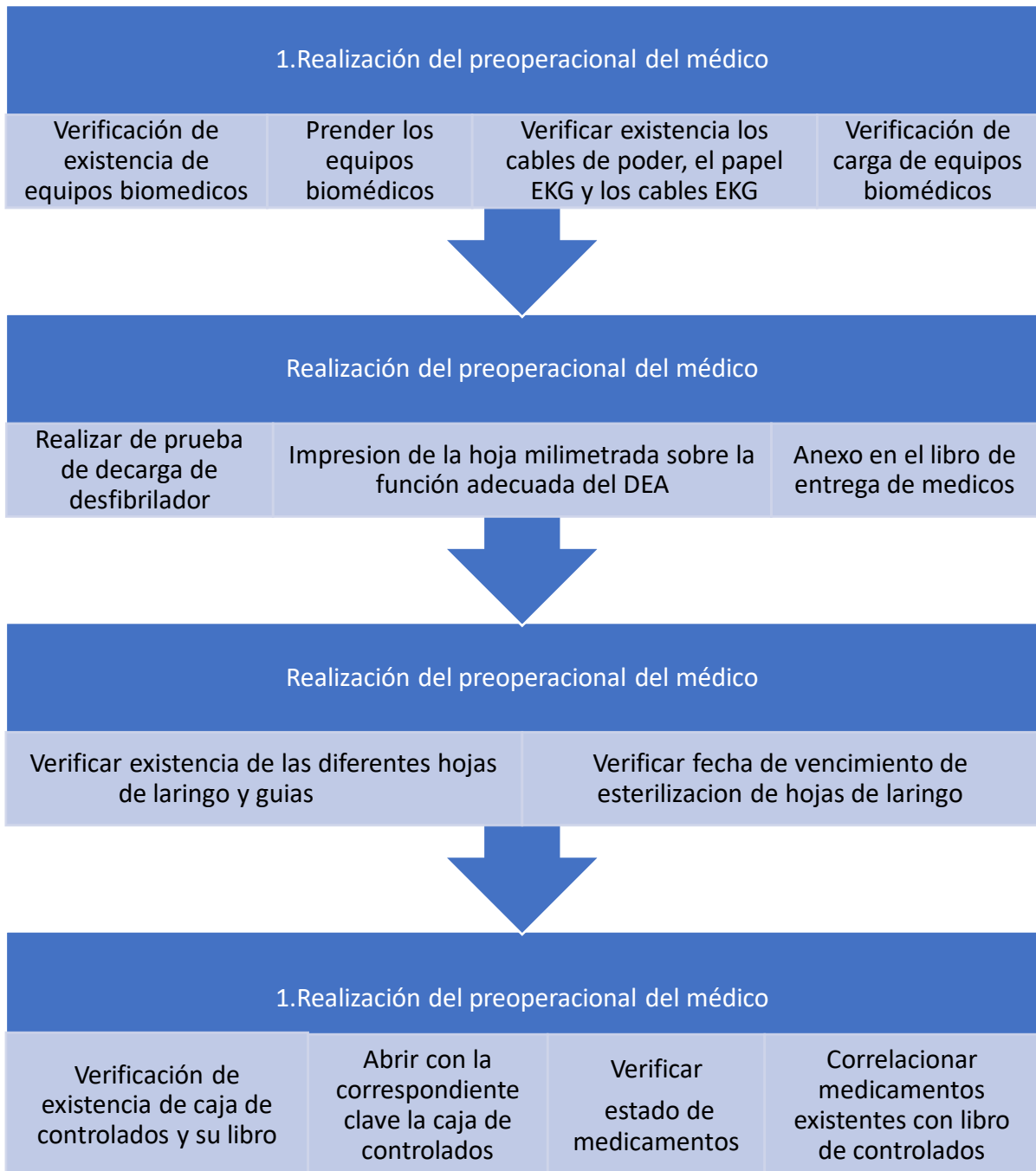
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

7.2.2 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
Fase 1: Predespacho

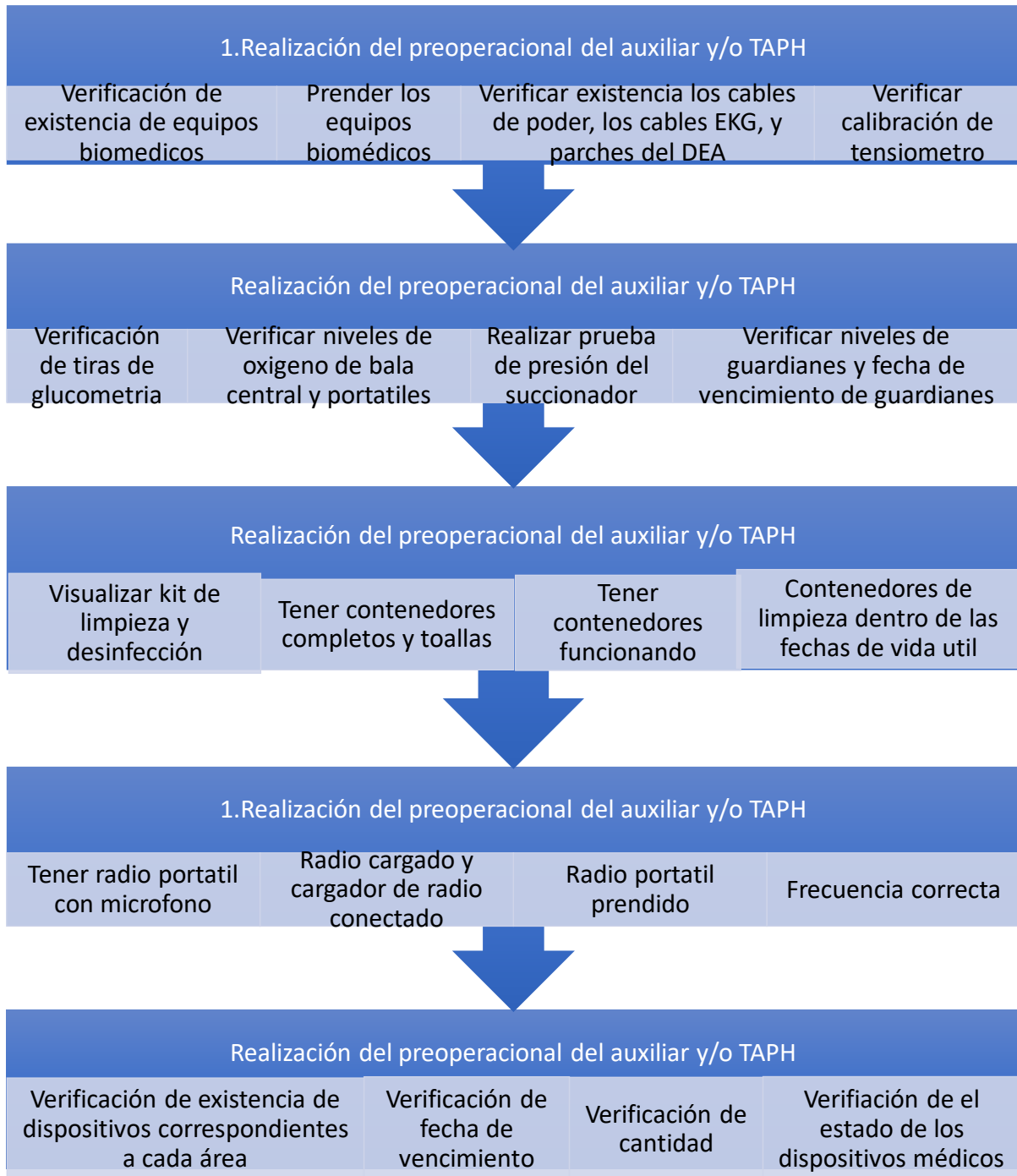


Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

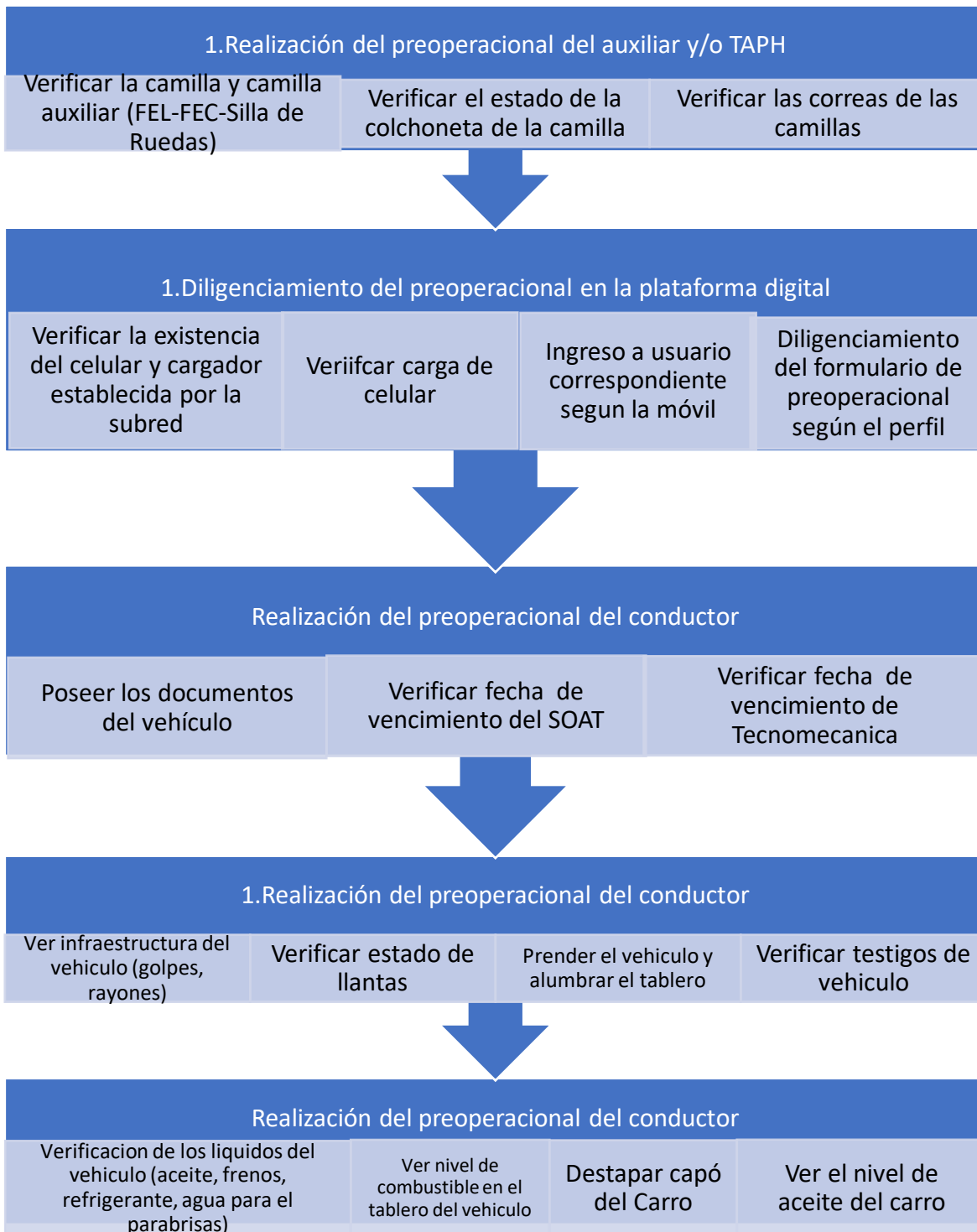
A continuación, por cada perfil se define actividades:



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024



Realización del pre operacional del conductor			
Ver niveles de agua adecuada	Ver nivel de refrigerante adecuada	Tener caja de herramientas completa	Tener dos extintores vigentes



Realización del pre operacional del conductor			
Verificar existencia de kit de carretera	Verificar existencia del kit de primero auxilios de carretera	Verificación de las tapas del refrigerante y el filtro del aire	Verificar caja de tonos y bocina

Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 2: Despacho de la ambulancia (medico regulador, disponibilidad)

Asignación del caso de una ambulancia por medio del radio	
Recibir información de despacho sobre incidente	Aceptar el comunicado



Toma de datos de la asignación		
toma de datos despacho (lugar)	Toma de datos de la hora (hora de llegada del incidente y hora de despacho), numero de incidente y nombre del médico regulador	Toma de datos de descripción del incidente



Puesta en marcha del vehículo para iniciar		
Tener las llaves	Poner en marcha el motor	Prender luces de emergencia

Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 3: Desplazamiento hacia la escena

Inicio de desplazamiento		
Reporte de inicio de desplazamiento al CRUE	Uso de señales auditivas y visuales	Verificar que toda la tripulación este dentro del vehículo



Durante el desplazamiento		
Reporte de las novedades que afecten el trayecto	Comunicación asertiva con el CRUE	Direccionamiento del CRUE de vías alternas para la atención

Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 4: Llegada a la escena y abordaje de esta (Paciente más escena).

Llegada a la escena		
Verificar dirección correcta	Estacionar el vehículo en área segura	Reportar la llegada a la escena por radiofrecuencia



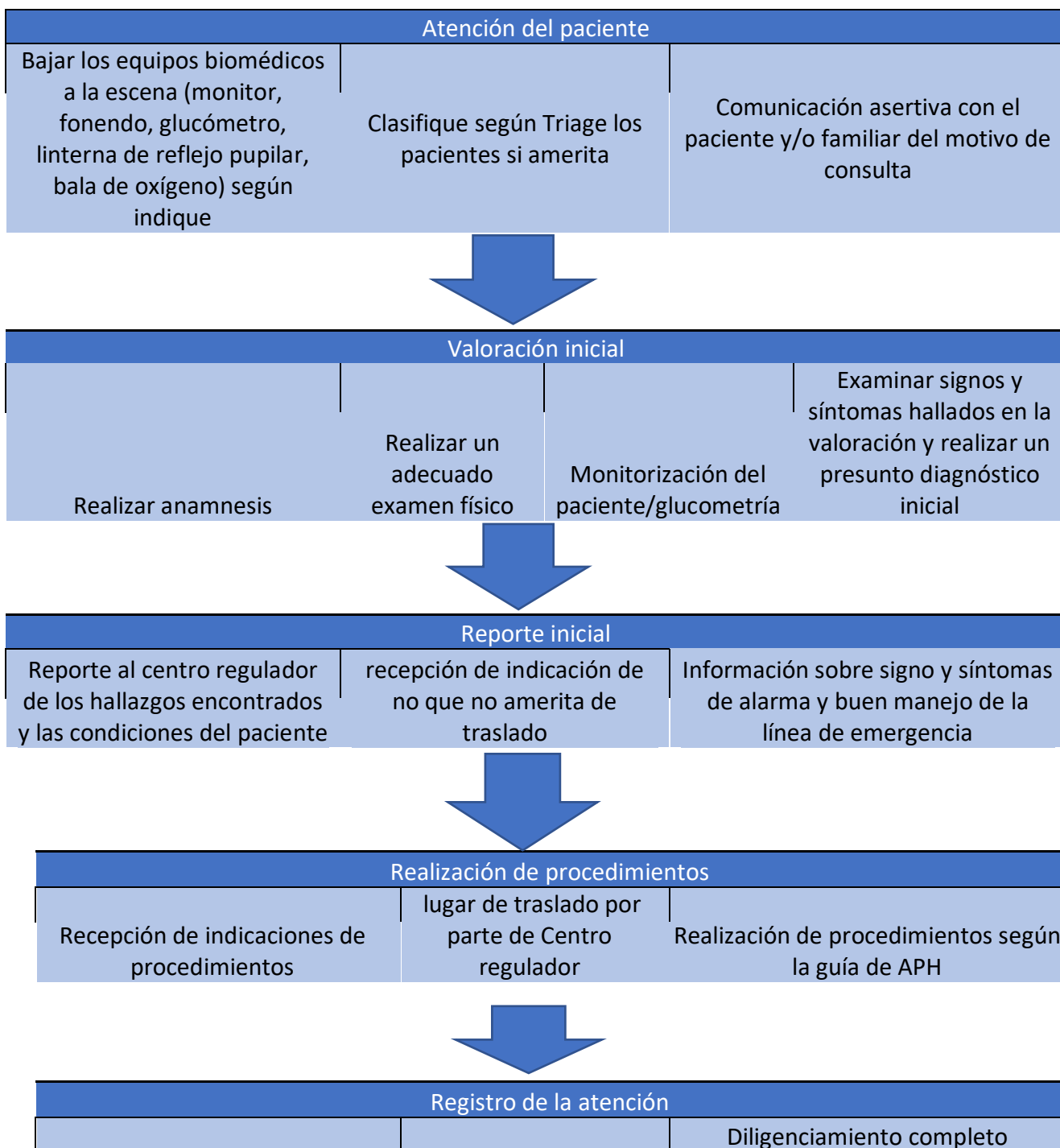
Evaluación de la escena		
Evaluación de la escena e identificación de factores que puedan afectar el estado del paciente y la seguridad de la tripulación	Identificación de paciente /familiares correctos	Notificación de novedades de la escena al CRUE



Manejo de la escena		
Solicitar apoyo de otro recurso (PONAL/BOMBEROS otros) si se requiere	Comunicación asertiva con el paciente y/o con el familiar	Identificarse como personal de Salud y su propósito

Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

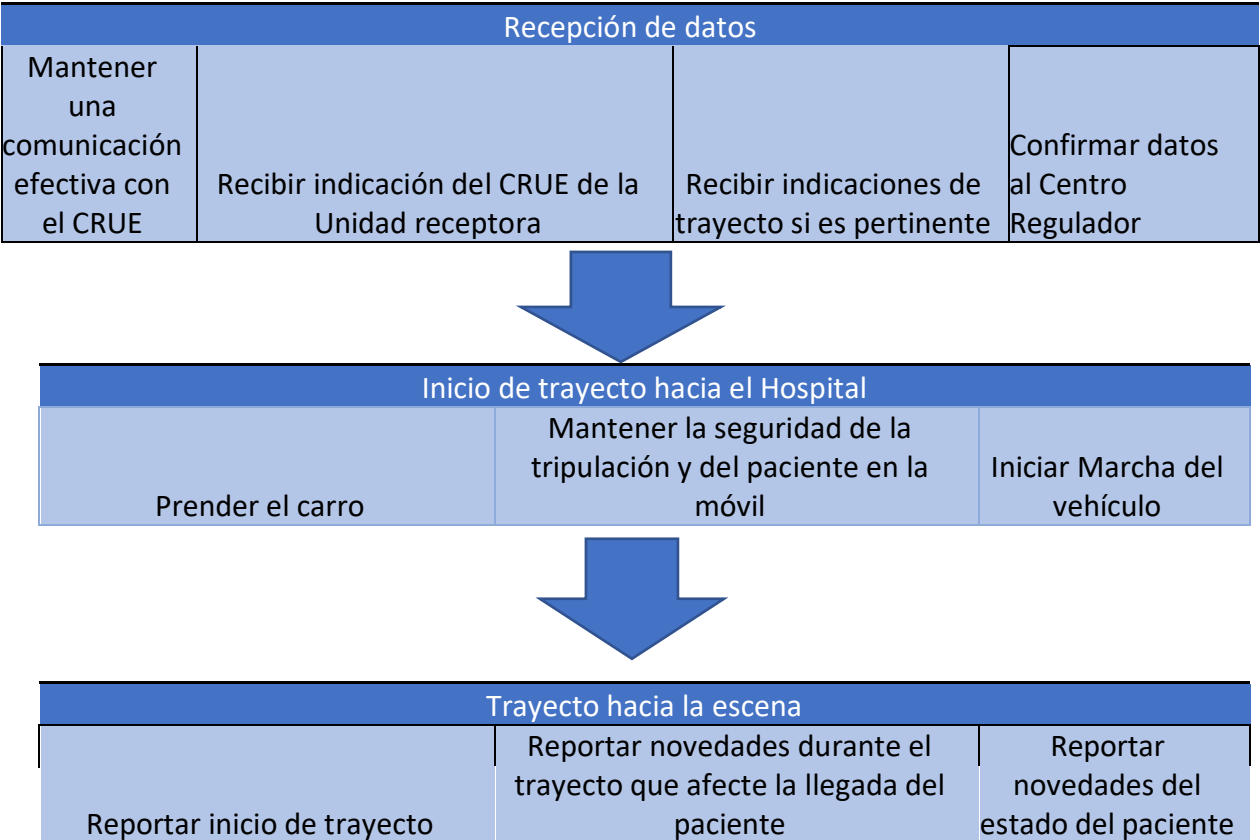
4.2 Manejo del paciente.



Apertura de registro de la atención en el usuario correcto	Registro de horas correctas y cronológicamente lógicas	
--	--	--

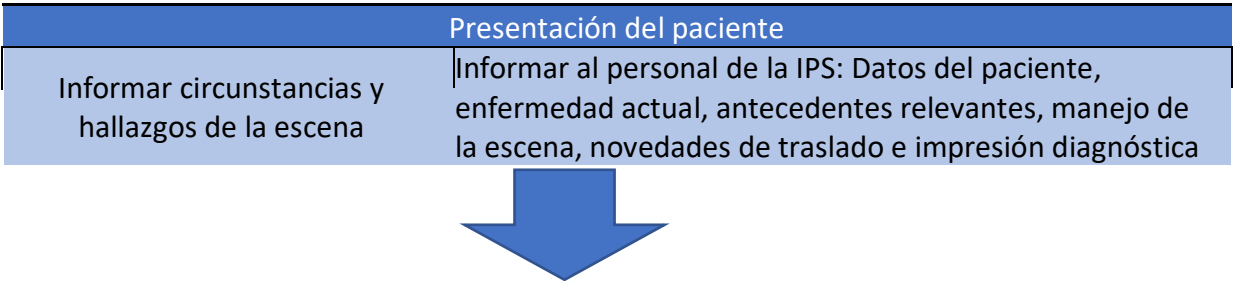
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

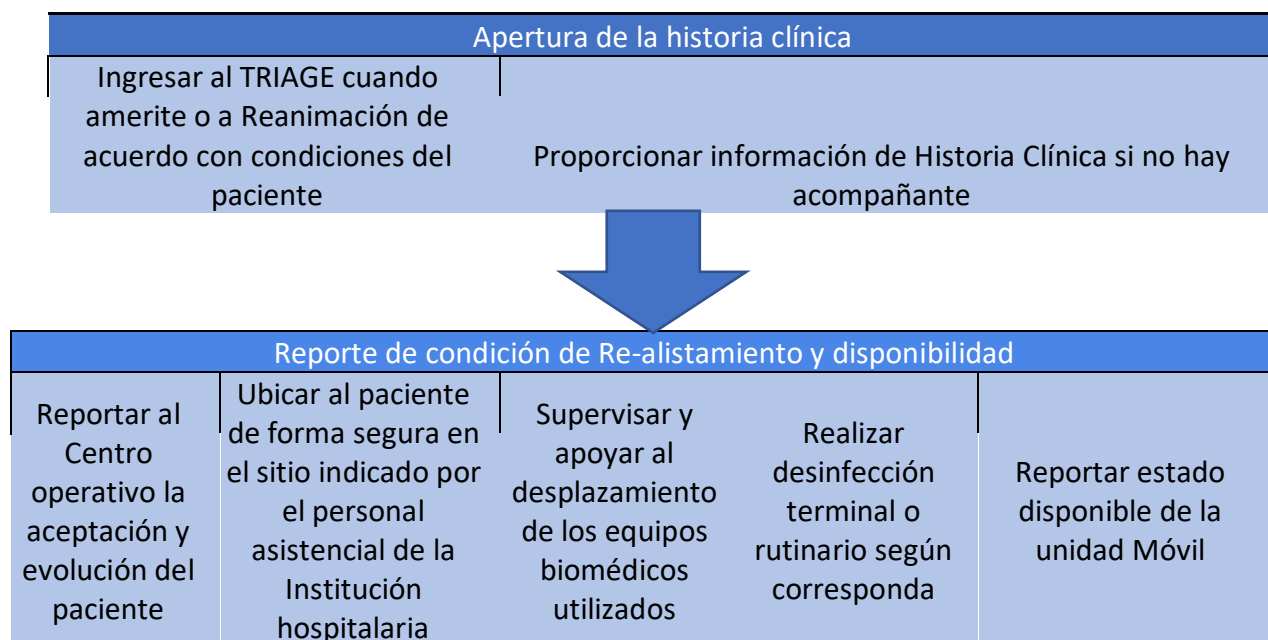
Fase 5: Desplazamiento hacia el hospital con paciente



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 6: Transferencia de la camilla al sitio de atención y recepción oficial del paciente por la institución receptora





Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

7.2.3 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Fase 1: Predespacho

Alistamiento de los vehículos tipo ambulancia que están ofertados al programa de Servicio de transporte asistencial y Atención Prehospitalaria	
Aplicar lista de chequeo de inventario de equipos biomédicos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos de las ambulancias de baja y mediana complejidad para iniciar en operación, programación talento humano.	Aplicar lista de chequeo de tipología vehicular de baja y mediana complejidad para iniciar en operación

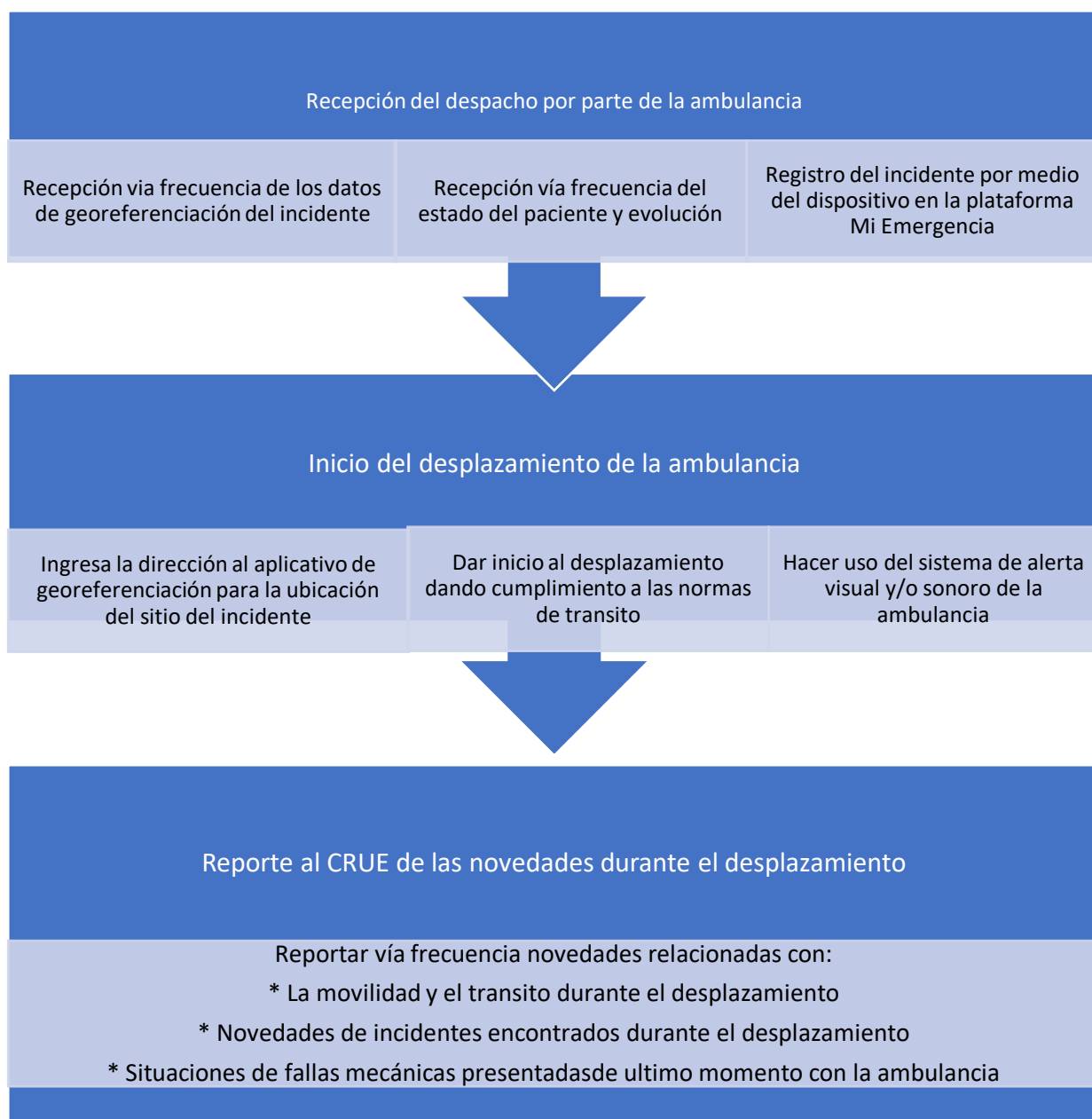
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 2: Despacho de la ambulancia (médico regulador, disponibilidad)



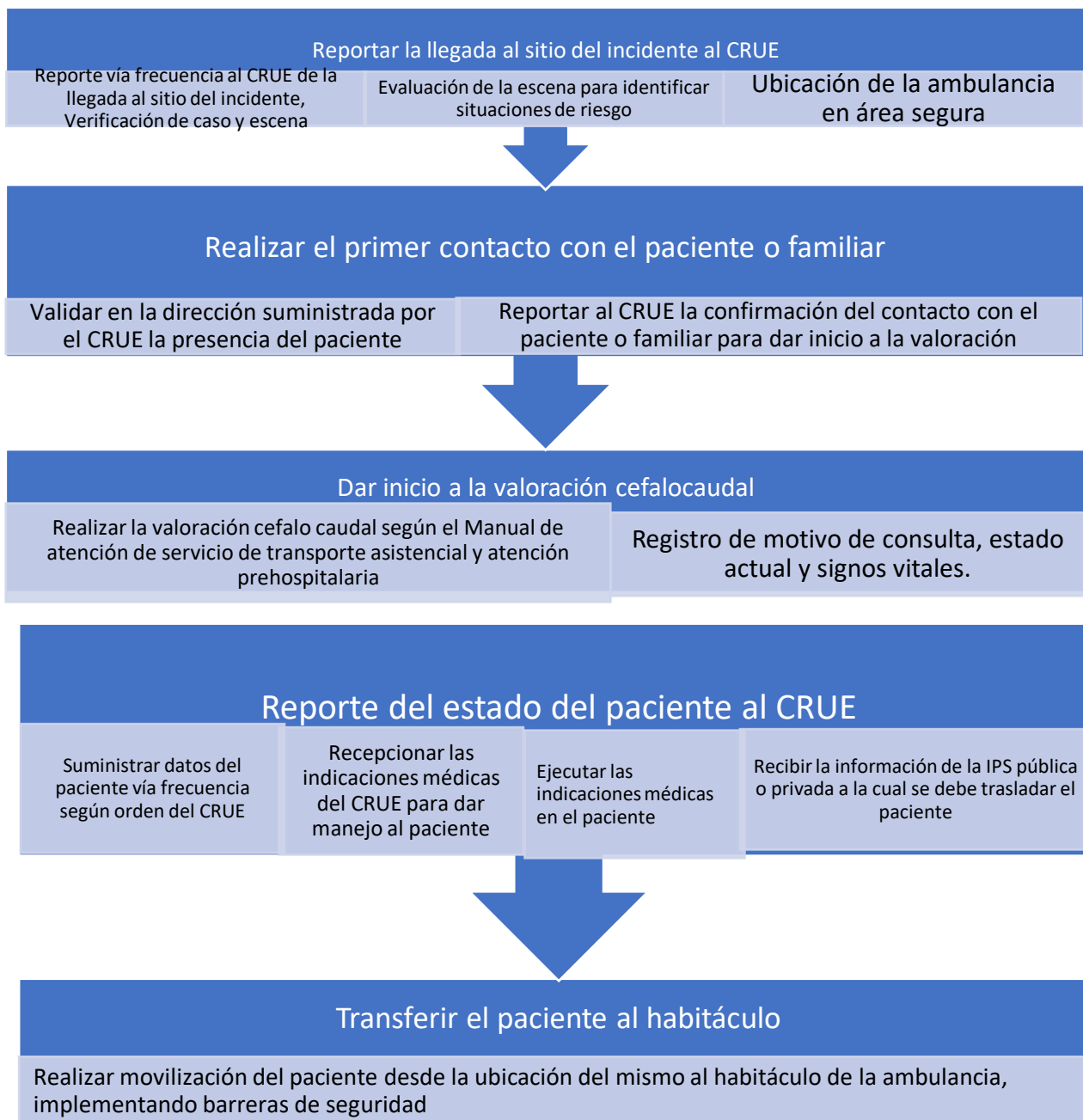
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 3: Desplazamiento hacia la escena



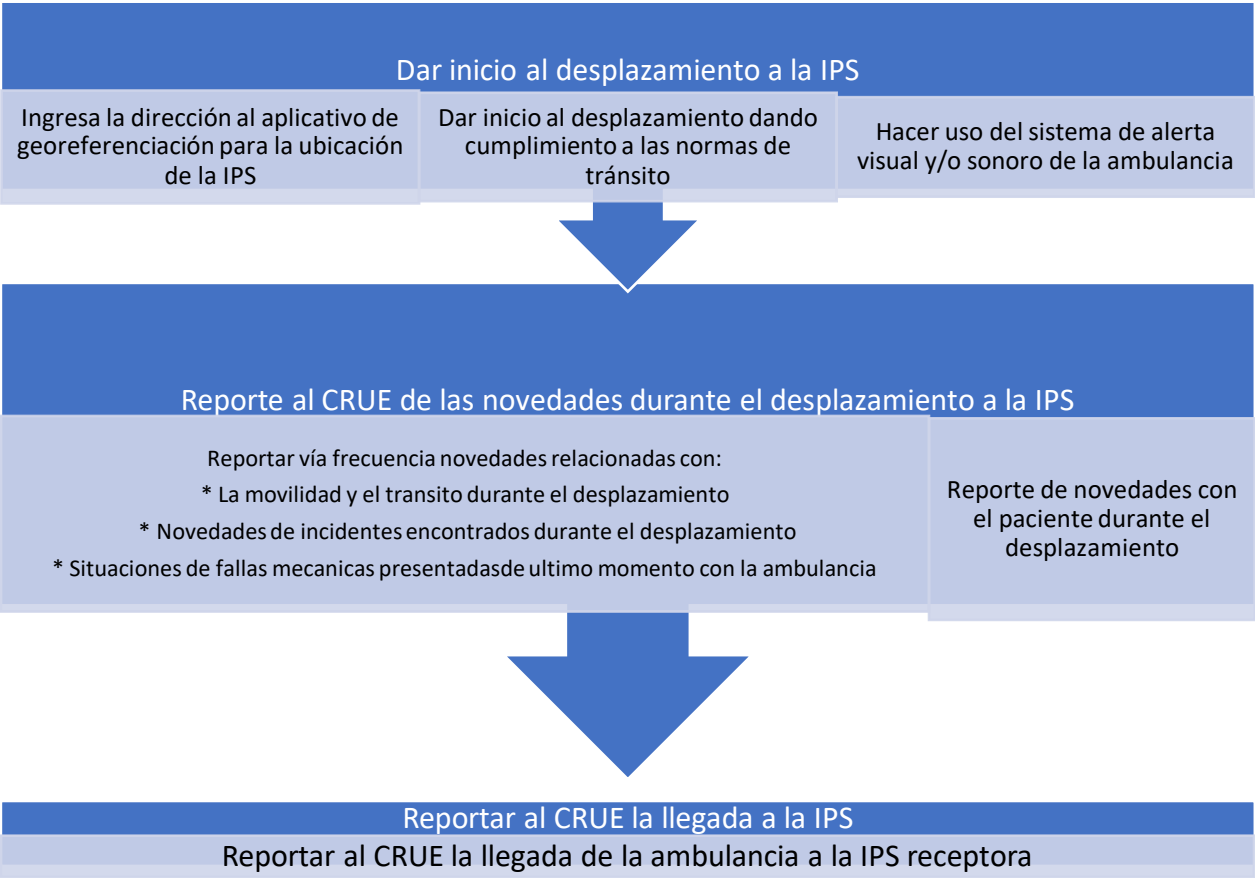
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 4: Llegada a la escena y abordaje de esta (Paciente más escena).



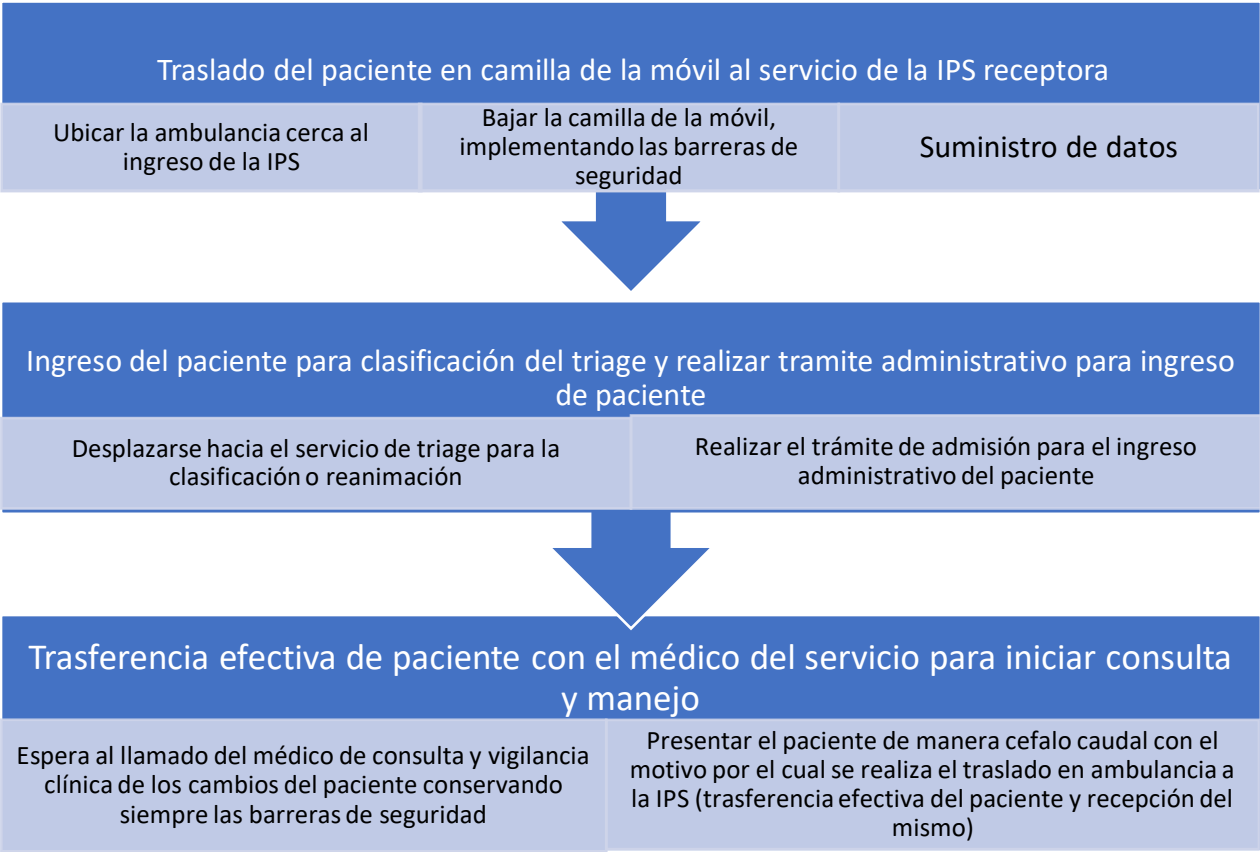
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 5: Desplazamiento hacia el Hospital con Paciente



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

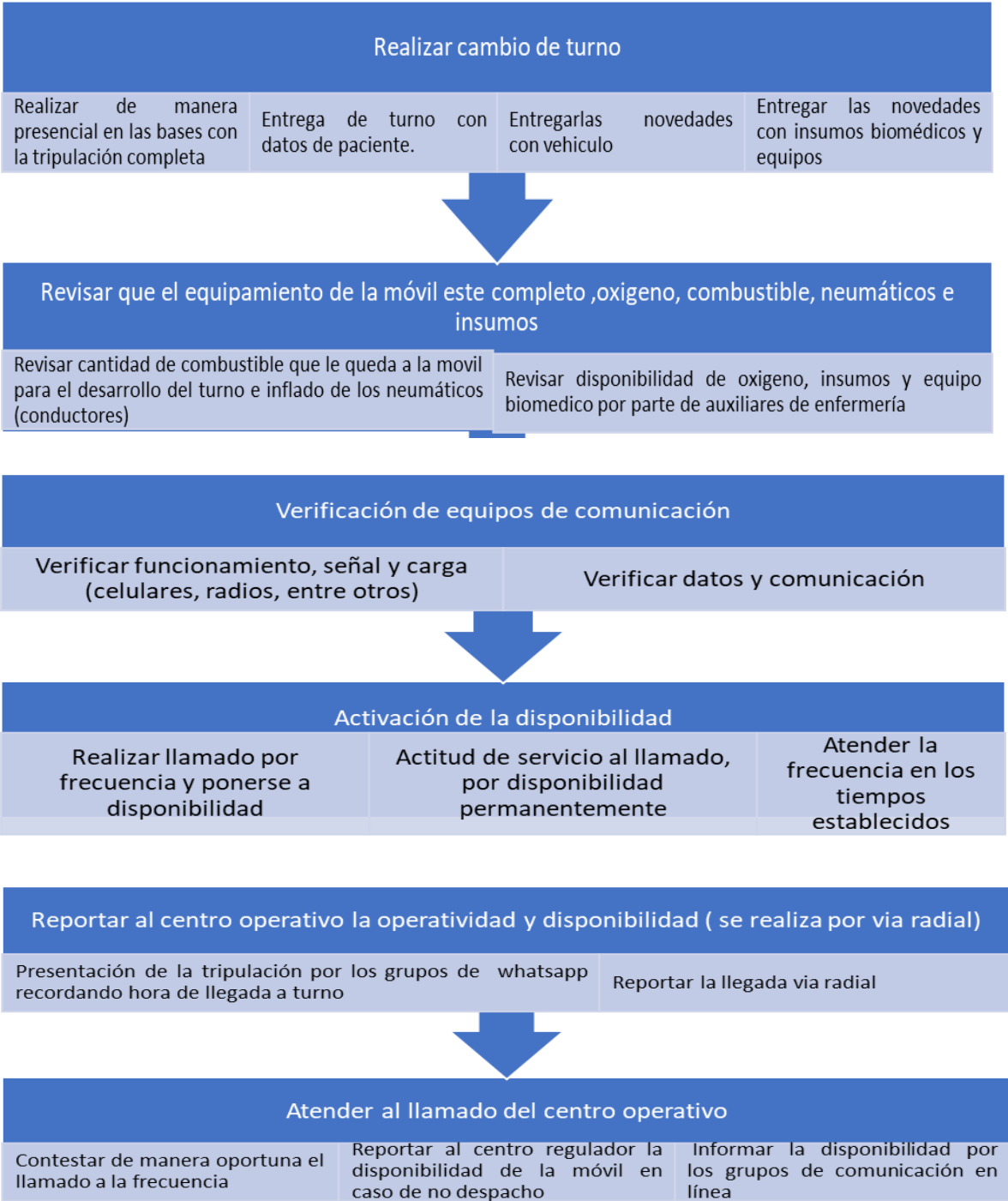
Fase 6: Transferencia de la Camilla al sitio de atención y recepción oficial del paciente por la institución receptora



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

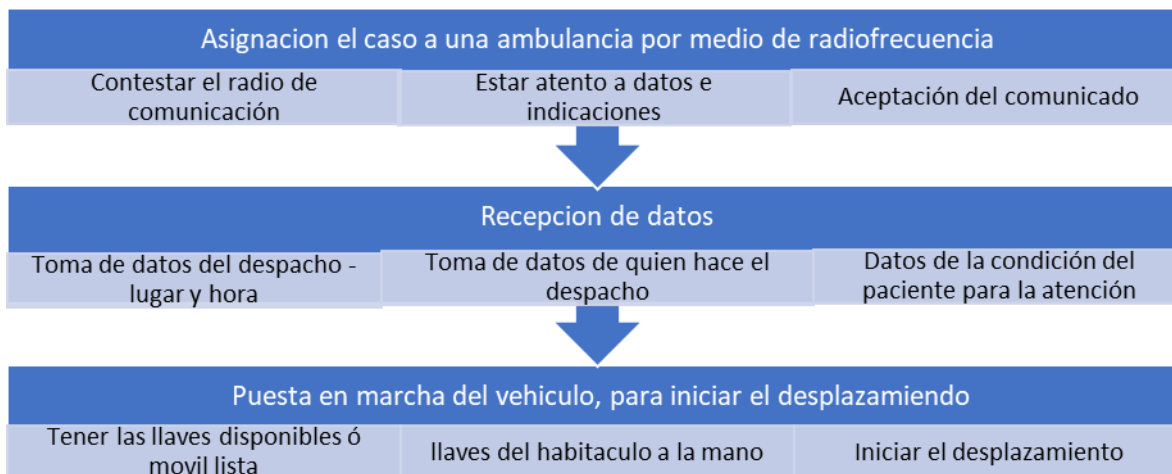
7.2.4 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Fase 1: Predespacho



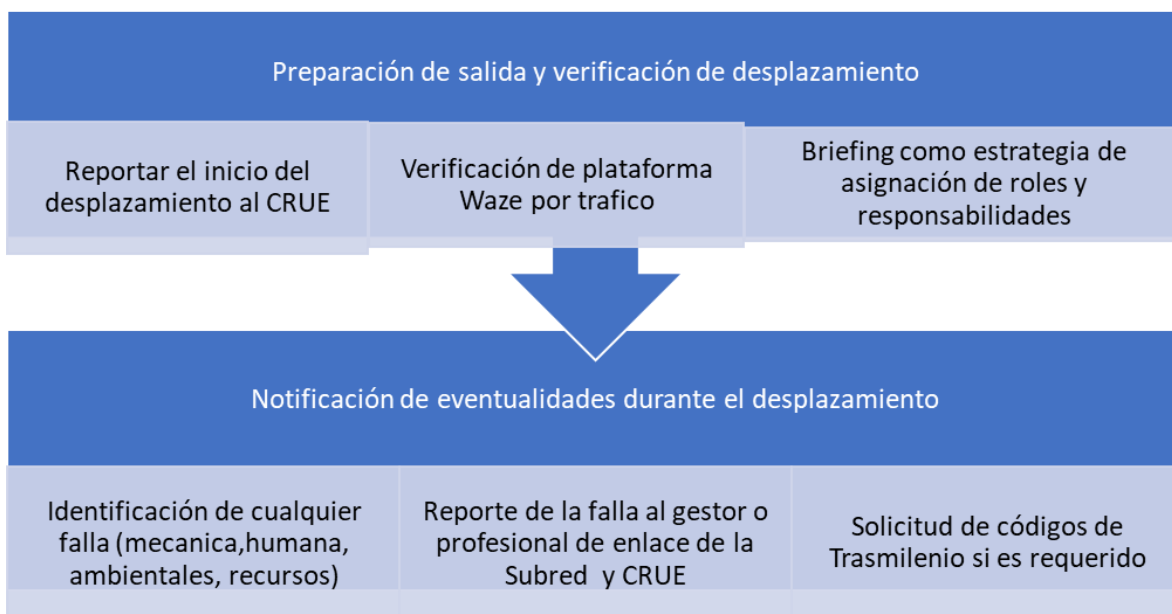
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 2: Despacho de la ambulancia (medico regulador, disponibilidad)



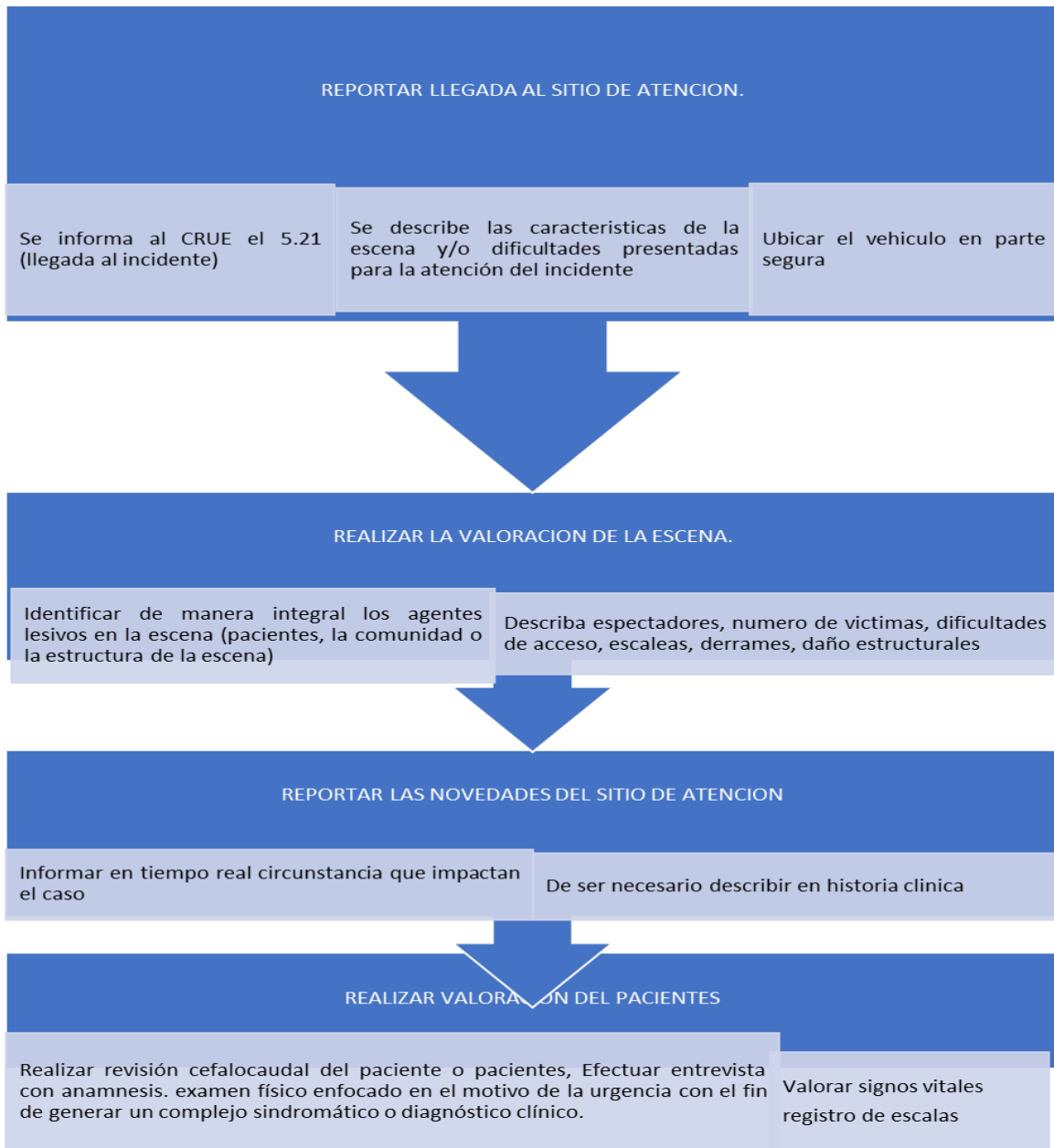
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 3: Desplazamiento hacia la escena

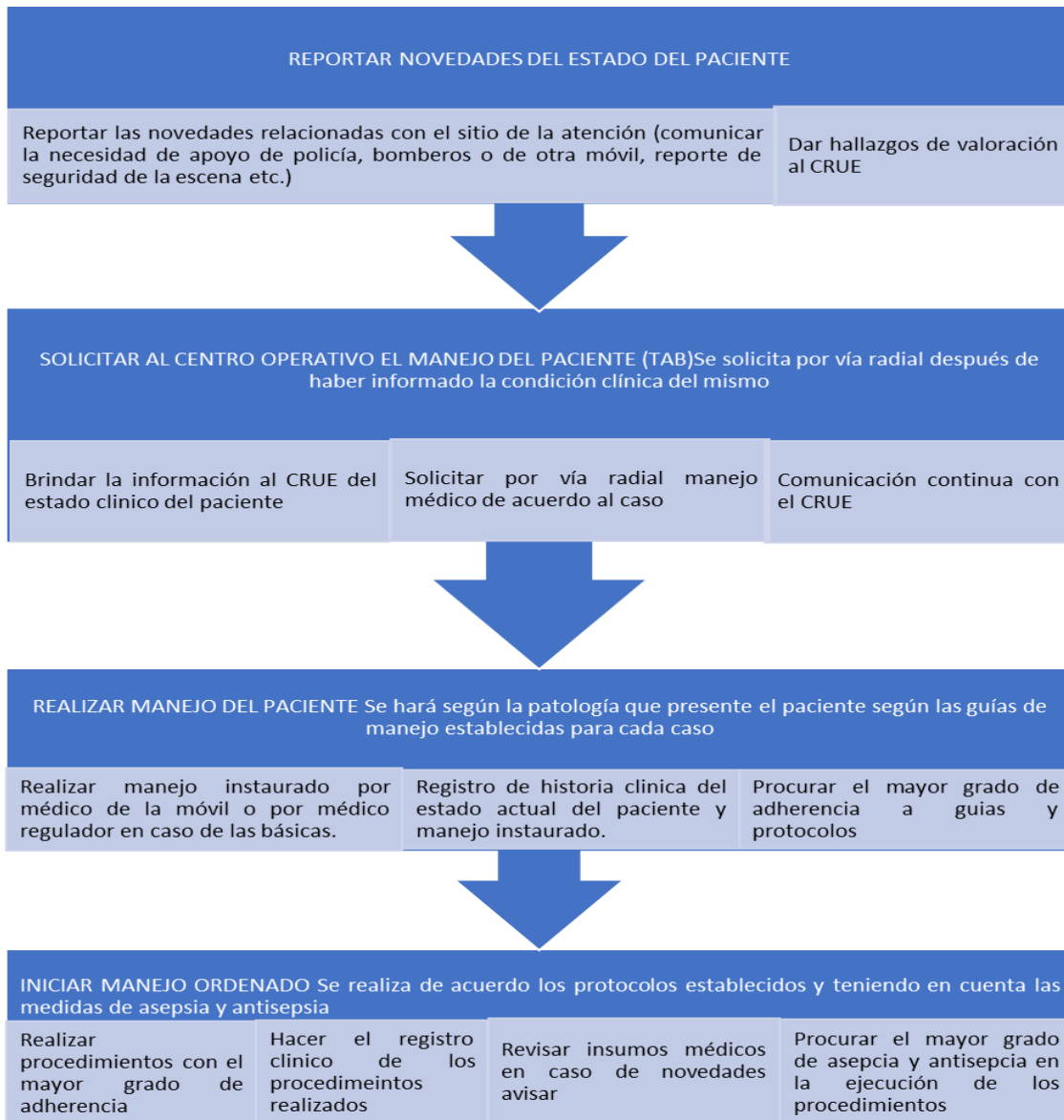


Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

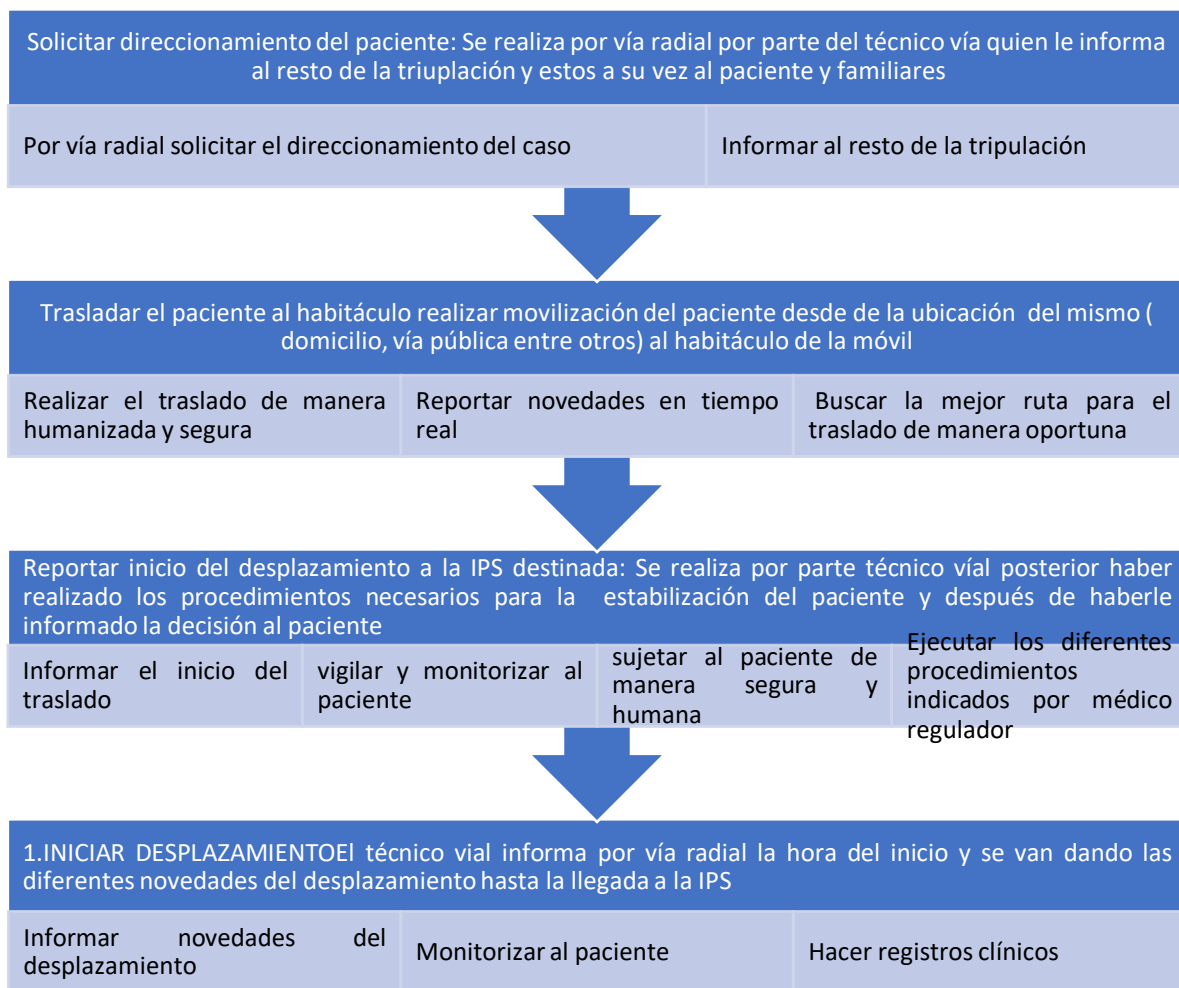
Fase 4: Llegada a la escena y abordaje de esta (Paciente más escena).



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

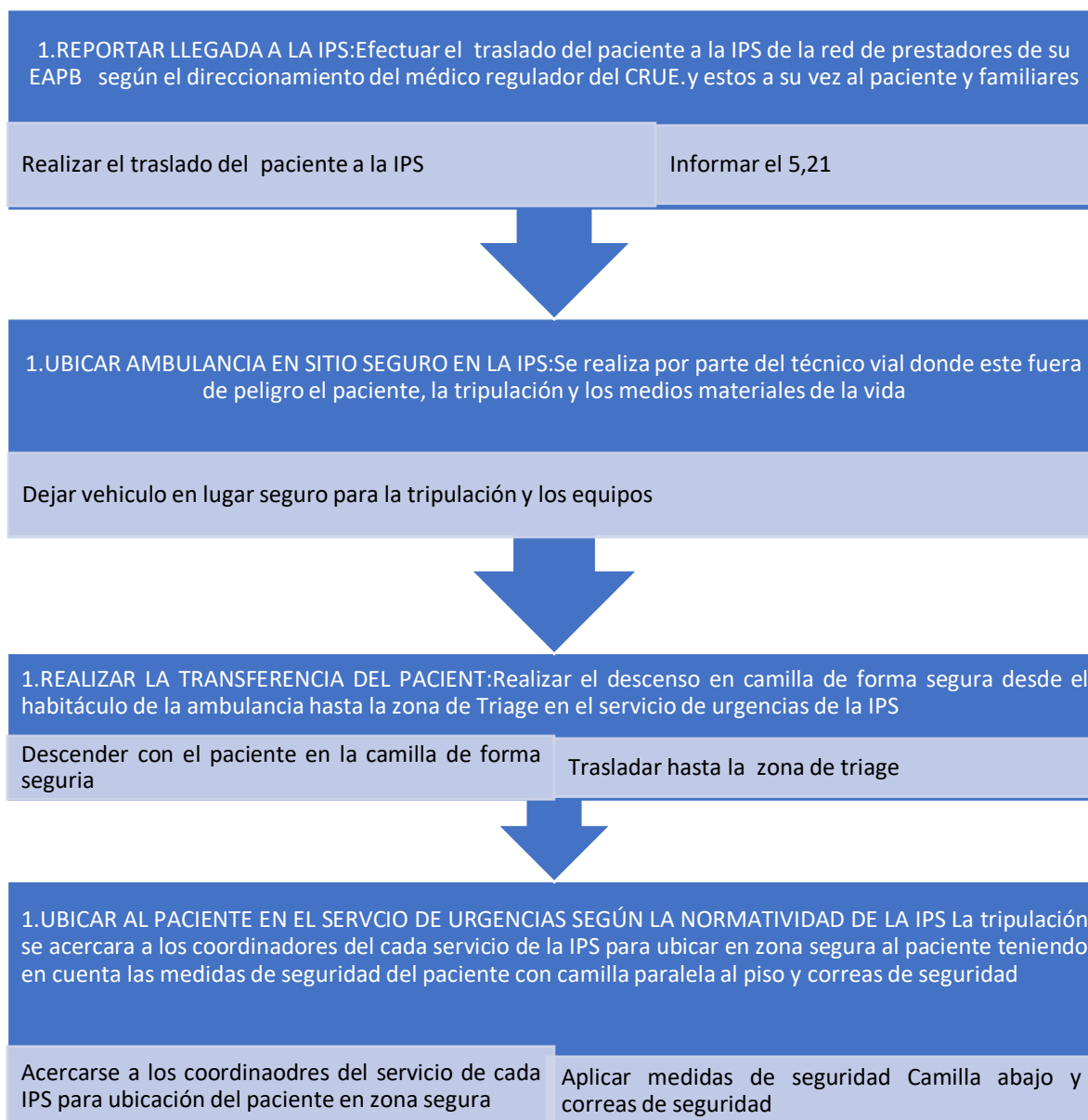


Fase 5: Desplazamiento hacia el hospital con paciente



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 6: Transferencia de la Camilla al sitio de atención y recepción oficial del paciente por la institución receptora



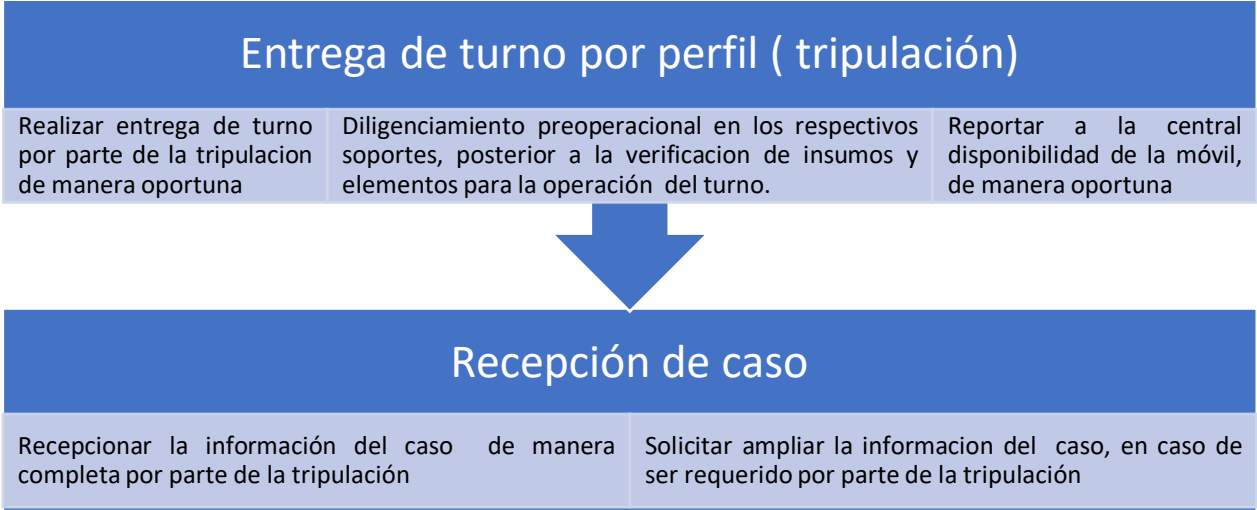
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

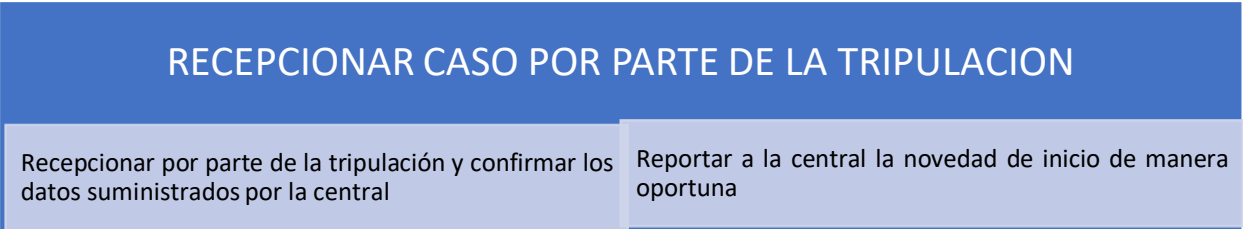
7.2.5 Subred Integrada de Servicio de Salud Sur Occidente Salud Mental

Fase 1: Predespacho



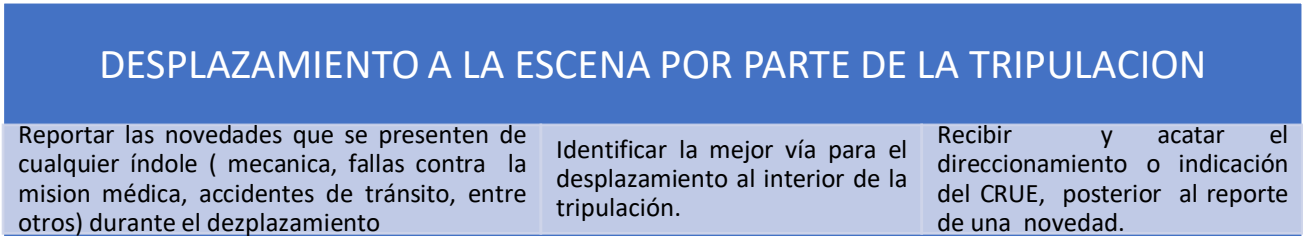
Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 2: Despacho de la ambulancia (medico regulador, disponibilidad)



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-202

Fase 3: Desplazamiento hacia la escena

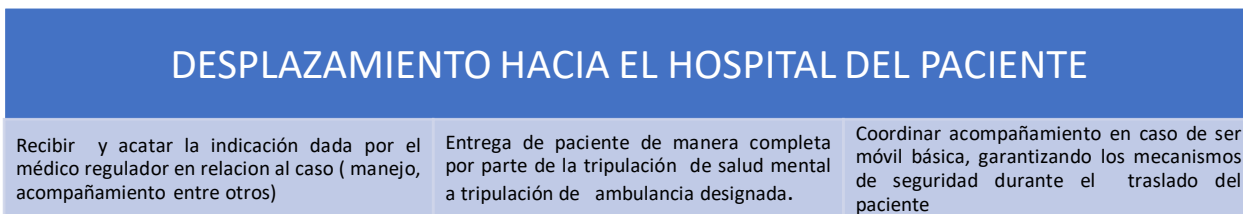


Fase 4: Llegada a la escena y abordaje de esta (Paciente más escena).



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 5: Desplazamiento hacia el hospital con paciente



Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

Fase 6: Transferencia de la Camilla al sitio de atención y recepción oficial del Paciente por la institución receptora

TRANSFERENCIA DE LA CAMILLA AL SITIO DE ATENCIÓN

Monitorización del estado del paciente en centro hospitalario con su respectivo registro.

Entregar paciente de manera oficial a entidad receptora

Notificar a la central quien recepciona el paciente y el estado en el que se coloca la móvil (operativo, fuera de servicio, cambio de turno entre otros)

Fuente: Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

7.3 Matriz AMFE y controles

7.3.1 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E

DEFINICION DE LAS PROBABLES FALLAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN CADA ACTIVIDAD, PLANTEE LAS QUE CONSIDERE, NO HAY LIMITE					CALIFICACIÓN			EVALUACIÓN			CONTROLES PROPUESTOS
1.-FECHA	2.-ACTIVIDAD	3.- PROBABLE FALLA, QUE PODRÍA SALIR MAL ((riesgo))	CAUSA	EFFECTO	INDICE DE OCURRENCIA	INDICE DE SEVERIDAD	INDICE DE DETECCION	NPR((IO*I*ID)	RIESGO INICIAL	ZONA RIESGO	
Fase 1	Verificación de Radio de Comunicación	Problemas con el estado de la batería o carga	Ausencia de verificación del equipo de radiocomunicación por parte de la tripulación	Falla de comunicación con el Centro regulador de urgencias y emergencias, no atención oportuna a los servicios	4	5	3	60	ALTO		Supervisión en campo por parte de los gestores externos
Fase 1	Disponibilidad	Aumento en tiempos fuera de servicio	No estar pendiente al llamado. no querer contestar la frecuencia	No atención oportuna a los servicios, mal gasto de recursos y tiempo	3	5	3	45	MODERADO		Descuento de horas no trabajadas
Fase 2	Asignación al caso	No estar atentos a la asignación, disminución del tiempo para la atención	Tripulación dispersa o cansada	No atención oportuna al servicio	4	5	3	60	ALTO		Programación de turno no mayor a 12 horas.
Fase 2	Toma de datos	Toma de datos incompletos	No estar pendiente al comunicado	No atención correcta del paciente	4	5	3	60	ALTO		Capacitación y entrenamientos específicos
Fase 2	Inicio de desplazamiento	No estar atentos al despacho, Perdida de tiempo para la atención	No realizar la revisión pertinente	No atención oportuna en el tiempo,	3	5	3	45	MODERADO		Capacitación y entrenamientos específicos

Fase 3	Tránsito por las vías.	Demora en la llegada de la atención	Exceso de flujo vehicular	Demora en la llegada al sitio asignado	4	5	3	60	ALTO		Actualización de equipos que tengan manejo satelital y aplicaciones de tránsito
Fase 3	Notificación de eventualidades durante el desplazamiento	Falla de comunicación con el CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS para informar cambios clínicos del paciente	Comunicación no efectiva, ni asertiva, en el equipo de trabajo	Falta de la prestación del servicio de manera oportuna	5	5	3	75	ALTO		Capacitación y entrenamientos específicos
Fase 4	Reporte, verificación del lugar	Pérdida de tiempo en la atención	falta de atención de compañeros y ausencia de apoyo tecnológico	atención inadecuada, paciente fallecido o paciente trasladado por sus propios medios	3	5	3	45	MODERADO		Capacitación y entrenamientos específicos
Fase 4	Ubicar zona de segura de atención	posible daño colateral con los insumos o la misma tripulación	falta de bioseguridad y protocolos de cuidado	Posible robo a agresión a la misión medica	3	5	4	60	ALTO		Capacitación y entrenamientos específicos
Fase 4	Ubicación del paciente Reporte de llegada al paciente	No aseguramiento de la escena	falta de bioseguridad y protocolos de cuidado	Agresión a la misión medica	3	5	3	45	MODERADO		Capacitación y entrenamientos específicos

Fase 5	Direccionamiento desde el CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	Demoras en el paso de datos para direccionamiento	Tiempo de respuesta del 5005 desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	Fallas en la prestación del servicio que pueden provocar la muerte o complicaciones del paciente	4	5	3	60	ALTO		Gestión de notificación ante la supervisión del convenio de las fallas presentadas por las unidades móviles nuevas, suministradas para la ejecución del convenio N.º 2809341 de 2021, que representan un porcentaje significativo dentro de los tiempos no operativos del indicador de (tiempo operativo).
Fase 5	Desplazamiento al sitio	Demora en el inicio de traslado	Falta de indicación al lugar de traslado	Deterioro del paciente / Dificultad de manejo con familiares y agresión a la misión medica	3	5	3	45	MODERADO		Gestión de notificación ante la supervisión del convenio de las fallas presentadas por las unidades móviles nuevas, suministradas para la ejecución del convenio N.º 2809341 de 2021, que representan un

											porcentaje significativo dentro de los tiempos no operativos del indicador de (tiempo operativo).
Fase 5	Novedades en el desplazamiento	Manejo inadecuado del paciente frente a posibles cambios	Fallas en la comunicación desde la tripulación	Deterioro del paciente / Dificultad de manejo con familiares y agresión a la misión medica	3	5	3	45	MODERADO		Capacitación y entrenamientos específicos
Fase 6	Verificación de zona segura para ubicar el paciente	Paciente con alto riesgo de caídas	Lugar de mucho tráfico y lo puedan empujar	Reporte de seguridad del paciente y trauma	4	5	3	60	ALTO		Capacitación y entrenamientos específicos
Fase 6	Verificación de correas de seguridad y protección del paciente	Paciente con alto riesgo de caídas	Falta de barreras de seguridad (correas)	Reporte de seguridad del paciente y trauma	4	5	3	60	ALTO		Supervisión de campo por parte de los gestores
Fase 6	Verificación de correas de seguridad y protección del paciente	Paciente con alto riesgo de caídas	barandas de seguridad en mal estado	Reporte de seguridad del paciente y trauma	4	5	3	60	ALTO		Supervisión de campo por parte de los gestores

Fuente: Desarrollo Propio Seguridad del paciente Subred integrada de servicios de salud Norte. E.S.E y Desarrollo propio de las mesas de trabajo conjuntas, 2023-2024

7.3.2 Subred Integrada de Servicios de Salud Cetro Oriente

DEFINICION DE LAS PROBABLES FALLAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN CADA ACTIVIDAD, PLANTEE LAS QUE CONSIDERE, NO HAY LIMITE					CALIFICACIÓN			EVALUACIÓN			CONTROLES PROPUESTOS
1.- FECHA	2.-ACTIVIDAD	3.- PROBABLE FALLA, QUE PODRÍA SALIR MAL	CAUSA	EFEECTO	INDICE DE OCURRENCIA	INDICE DE SEVERIDAD	INDICE DE DETECCION	NPR(10*1*ID)	RIESGO INICIAL	ZONA RIESGO	
Fase 1	Solicitud de Cambio de turno	Reportar inoportunamente o fuera del horario establecido el cambio de turno	Falta de adherencia a los procedimientos: APH ambulancia básica, APH ambulancia medicalizada	Móvil inoperativo por falta de recurso humano	4	3	4	48	MEDIO		Socializar el procedimiento de APH y Supervisión por parte de los gestores mediante la asistencia
Fase 1	Solicitud de Cambio de turno	Reportar inoportunamente o fuera del horario establecido el cambio de turno	Selección no adecuada del talento humano	Móvil inoperativo por falta de recurso humano	4	3	5	60	ALTO		Descuento por inoperatividad al tripulante por las horas fuera de servicio
Fase 1	Desplazamiento para el cambio de turno	Ocurrencia de novedades en el desplazamiento	Desconocimiento de los procedimientos y sistema de emergencia	Móvil inoperativo por novedades del recurso humano	5	3	5	75	ALTO		Ajuste del procedimiento, socialización y seguimiento en campo

Fase 1	Desplazamiento para el cambio de turno	No reporte de alguna novedad durante el desplazamiento a la base que demore la entrega de turno al CRUE	Falta de comunicación asertiva con el CRUE	Desconocimiento por parte del CRUE de la situación de la móvil	4	2	4	32	MEDIO		socialización y seguimiento del procedimiento de APH en campo, socialización periódica de los canales de comunicación
Fase 1	Realizar Preoperacional del medico	la no verificación del estado de los medicamentos controlados y no controlados por parte de los médicos APH	Falta de conocimiento y experiencia del medico	Atención inadecuada e inoportuna debido a el no reporte de novedades prevenibles que generen un evento adverso	4	5	4	80	ALTO		Auditoria y seguimiento de medicamentos por parte de las profesionales periódicamente en compañía del área de farmacia
Fase 1	Realizar Preoperacional por parte de los auxiliares	La no verificación del estado de los equipos biomédicos por parte de los auxiliares	Falta de conocimiento y experiencia del auxiliar/TAPH	Atención inadecuada e inoportuna debido a el no reporte de novedades prevenibles que generen un evento adverso	4	5	4	80	ALTO		Auditoria y seguimiento de los equipos biomédicos por parte de los gestores externos periódicamente en compañía del el biomédico del programa
Fase 1	Realizar Preoperacional por parte del conductor	La no verificación del estado mecánico del vehículo por parte del conductor	Falta de conocimiento y experiencia del conductor	Inoportunidad en la atención debido a fallas mecánicas	4	5	4	80	ALTO		Auditoria y seguimiento de las condiciones mecánicas por parte de los gestores externos, mecatrónico en compañía del área de transportes
Fase 1	Diligenciamiento del preoperacional en la plataforma Netux	El no diligenciamiento o el diligenciamiento erróneo del preoperacional del tripulante	Exceso de confianza	Reporte inadecuado de las novedades para su subsanación	4	5	2	40	MEDIO		Realizar verificaciones a las móviles por parte de los gestores

Fase 2	Asignación del caso de una ambulancia por medio del radio	La no contestación de la frecuencia por parte de la tripulación para la recepción de datos	Fallas en la señal del radio base y/o portátil	Atención inoportuna que cause daños o secuelas en el paciente	3	5	3	45	MEDIO		Realizar socialización y seguimiento del procedimiento de APH.
Fase 2	Toma de datos de la asignación	Toma de datos erróneos	Falta de experiencia por parte del tripulante	Atención inoportuna que cause daños o secuelas en el paciente	2	5	5	50	MEDIO		Realizar capacitación y seguimiento de manejo de datos en radiocomunicaciones en compañía del área de comunicaciones de la SDS
Fase 3	Reporte de las novedades que afecten el trayecto	Toma de ruta equivocada	Falta de experiencia del conductor del territorio	Atención inoportuna que cause daños o secuelas en el paciente	2	4	4	32	MEDIO		Criterios de contratación específica para conductores con experiencia en APH
Fase 3	Llegada a la escena	Inadecuada valoración de riesgos en la escena	Exceso de confianza por parte de la tripulación	Lesiones física y mental de la tripulación	5	5	4	100	ALTA		1.Capacitacion continua de manejo de escena

Fase 4	Llegada a la escena	Reportar inoportunamente la llegada por medio del sistema de radiocomunicaciones	Falta de experiencia debido a deficiencias en el proceso de selección para contratación	Mal abordaje al paciente que desencadene un mal tratamiento	5	5	4	100	ALTO		1. Criterios de contratación establecidos en el convenio interadministrativo Anexo 5 2. Comunicación entre el Programa APH con el Área de contratación
Fase 4	Llegada a la escena	No asegurar la escena afectando la seguridad de la tripulación reportando al centro operativa por medio del sistema de radiocomunicaciones	Falta de verificación en el momento de arribo de la escena	Inseguridad para la tripulación en la escena	3	5	4	60	ALTO		1. Criterios para la selección que implique experiencia en atención prehospitalaria 2. Verificación de curso de Sistema Comando de incidentes
Fase 4	Llegada a la escena	No interpretación adecuada de la escena	Falta de Verificación de la escena e interpretación que probables causas que puedan afectar al paciente	Evaluación equivoca de factores que contribuyen a el estado del paciente	3	4	5	60	ALTO		1. Verificación de curso de Sistema Comando de incidentes 2. Talleres de manejo de escenas en situaciones críticas ofrecida por la subred (sistema comando de incidentes)
Fase 4	Llegada a la escena	No solicitar apoyo necesario según las características del incidente	Falta de comunicación asertiva de la tripulación al Centro Regulador indicando la necesidad del tipo de apoyo que requieren	Inseguridad para la tripulación que afecte su integridad y demora en la atención del paciente	3	5	4	60	ALTO		1. Capacitación de comunicación asertiva y manejo de emociones de un grupo multidisciplinario

Fase 4	Valoración inicial del paciente	No evaluación adecuada del paciente y en caso de ser múltiples pacientes una mal TRIAGE	Falta de experticia por parte del médico /o auxiliar	Demora en la atención, complicaciones del estado del paciente y muerte del paciente	3	5	4	60	ALTO		1. Criterios de contratación establecidos en el convenio interadministrativo Anexo 5 2. Capacitación continua de Triage en el ámbito prehospitalario
Fase 4	Realización de procedimientos en el paciente	No estabilizar al paciente	Falta de conocimiento y experiencia del médico y/o del auxiliar	Complicaciones en el estado del paciente, secuelas irreversibles y muerte del paciente	3	5	5	75	ALTO		1. Criterios de contratación establecidos en el convenio interadministrativo Anexo 5 2. Programa de Fortalecimiento de capacidades y habilidades y su requerimiento para la cuenta de cobro
Fase 4		No definir adecuadamente si el paciente amerita traslado a una institución hospitalaria a servicio de urgencias según nivel de complejidad	Inadecuada valoración del paciente y paso de datos al centro regulador	Traslado innecesario, pérdida de recursos públicos.	4	4	5	80	ALTO		1. Socialización de servicios establecidos por cada unidad para conocimiento de los tripulantes 2. Requerimiento de cursos establecidos en el anexo 5
Fase 4	Asignación de direccionamiento por parte del Centro Regulador	No acatar las indicaciones del médico regulador de Urgencias con respecto al direccionamiento de la unidad móvil acorde al nivel de complejidad de acuerdo al estado del paciente	No comunicación asertiva con el centro regulador	Demoras en la atención del paciente, complicaciones del estado actual del paciente	4	4	5	80	ALTO		1, Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria

Fase 5	Recepción de datos e indicación por parte del CRUE	No informar al centro regulador el inicio del desplazamiento con paciente abordado en la unidad móvil desde el lugar del incidente a la institución prestadora de salud direccionada por el medico regulador	No comunicación asertiva con el centro regulador	Seguimiento ineficaz al manejo del paciente, registro inadecuado de las novedades del incidente	3	3	5	45	MEDIO		1, Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria 2. Capacitación de Radiocomunicaciones
Fase 5	Reporte de novedades durante el trayecto hacia la institución receptora	No comunicar las novedades durante el desplazamiento desde el lugar del incidente hacia a la institución prestadora de salud direccionada por el medico regulador	Estado del crítico del paciente y No comunicación asertiva con el medico regulador	Manejo inadecuado del estado del paciente	3	5	5	75	ALTO		1, Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria 2. Capacitación de Radiocomunicaciones
Fase 6	Presentación del paciente a la unidad receptora	Inadecuada presentación del paciente	Falta de experticia por parte del médico /o auxiliar	Manejo inadecuado del estado del paciente, Registro inadecuado por parte del centro Médico que recepciono	3	5	5	75	ALTO		1. Criterios de contratación establecidos en el convenio interadministrativo Anexo 5 2. Programa de Fortalecimiento de capacidades y su requerimiento para la cuenta de cobro
Fase 6	Reporte de condición de Realistamente y disponibilidad	No reporte de disponibilidad de operatividad	Falta de compromiso institucional	Inoperatividad de la móvil que genere productividad para la subred y servicio a la comunidad	5	5	3	75	ALTO		Realización de recorrido por parte del gestor externo con el reporte del SIDCRUE en tiempo real 2 Comunicación con las diferentes unidades referente a la liberación de las camillas

7.3.3 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

DEFINICION DE LAS PROBABLES FALLAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN CADA ACTIVIDAD, PLANTEE LAS QUE CONSIDERE, NO HAY LIMITE					CALIFICACIÓN			EVALUACIÓN			CONTROLES PROPUESTOS
1.- FECHA	2.-ACTIVIDAD	3.- PROBABLE FALLA , QUE PODRÍA SALIR MAL	CAUSA	EFFECTO	INDICE DE OCURRENCIA	INDICE DE SEVERIDAD	INDICE DE DETECCION	NPR(10*1*ID)	RIESGO INICIAL	ZONA RIESGO	
Fase 1	Verificación de radio de Comunicación	Problemas con el estado de la batería o carga	Ausencia de verificación del equipo de radiocomunicación por parte de la tripulación	Falla de comunicación con el CRUE, no atención oportuna a los servicios	3	5	3	45	MODERADO		Revisión de funcionamiento del radio de comunicación y señal y según fallas detectada tomar decisiones
Fase 1	Disponibilidad	aumento en tiempos fuera de servicio	No estar pendiente al llamado	No atención oportuna a los servicios, mal gasto de recursos y tiempo	4	5	3	60	ALTO		1, Revisión de horas laboradas y descuento de horas no operativas 2. Reporte de fallas en señal por alteración del radio al profesional de enlace para gestionar causa detectada. 3. Seguimiento de casos por no contestar frecuencia y gestionar causas detectadas, en casos de móviles reiterativas identificar causas y tomar decisiones
			No querer contestar la frecuencia fallas en la señal en base portátil		4	5	3	60	ALTO		

Fase 2	Asignación al caso	No contestación de la frecuencia por fallas en la comunicación	Tripulación cansada y no motivada	No atención oportuna al servicio	4	5	3	60	ALTO		1. Verificación de personal (contratación) y programación de turno versus horas laboradas y toma decisiones frente a desviaciones encontradas 2. Articulación con el CRUE para informar móviles que esta próximas a terminar turno.
			Tripulación cansada, no motivada, el no quedarse retenido		4	5	3	60	ALTO		
Fase 2	Llegada al caso	Inadecuado manejo de la escena.	Tripulación no acata manual de atención	No atención oportuna al servicio	4	5	3	60	ALTO		1. Capacitación teórica práctica con enfoque patologías priorizados e indicaciones para el manejo de la escena
Fase 2	Toma de datos	Toma de datos incompletos	No estar pendiente al comunicado	No atención correcta del paciente	4	5	4	80	ALTO		1. Capacitación en curso de radiocomunicaciones 2. Capacitación en comunicación asertiva para dar información al CRUE.

Fase 3	Inicio de desplazamiento	Pérdida de tiempo para la atención	No realizar la revisión de la móvil (fallas mecánicas en la móvil) no uso de aplicaciones para seleccionar la mejor vía de transporte del paciente	No atención oportuna en el tiempo	4	4	3	48	MODERADO		<p>1. Seguimiento de casos de tiempo de desplazamiento a casos y toma de decisiones en desviaciones encontradas</p> <p>2. Seguimiento de situaciones de fallas mecánicas presentadas de último momento con la ambulancia y causas para tomar decisiones.</p>
Fase 3	Notificación de eventualidades durante el desplazamiento	Falla de comunicación con el CRUE para informar cambios clínicos del paciente	Comunicación no efectiva, ni asertiva, en el equipo de trabajo	Falta de la prestación del servicio de manera oportuna	5	5	3	75	ALTO		<p>1. Capacitar en identificar cambios clínicos del paciente para alertar de manera oportuna a médico regular</p>
Fase 4	Reporte y verificación de la escena	Pérdida de tiempo en la atención	Identificación de riesgos: ambientales (lugar de difícil acceso) sociales (agitación de la comunidad) y individuales (agresión a la misión médica)	Atención inadecuada, paciente fallecido o paciente trasladado por sus propios medios	3	5	4	60	ALTO		<p>1. Verificación de curso de Sistema Comando de incidentes</p> <p>2. Talleres de manejo de escenas en situaciones críticas ofrecida por la Subred (sistema comando de incidentes)</p>

Fase 4	Ubicar zona de segura de atención	Posible daño colateral con los insumos o la misma tripulación	No contemplar los riesgos ambientales y sociales e individuales en zona de atención	Posible robo a agresión a la misión medica	3	5	4	60	ALTO		1.Supervisión de casos para identificar la solicitud de apoyo de entidades (policía, bomberos) para el manejo de escena para identificar casos con inadecuado manejo, desviaciones y toma de decisiones.
Fase 5	Reporte de novedades durante el trayecto hacia la institución receptora	No comunicar las novedades relacionadas con los cambios clínicos del paciente durante el desplazamiento desde el lugar del incidente hacia a la institución prestadora de salud direccionada por el medico regulador	No identificar o gestionar los riesgos del paciente mediante la comunicación asertiva con el médico regulador	Deterioro del paciente / Dificultad de manejo con familiares y agresión a la misión medica	4	5	4	80	ALTO		1.Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria con énfasis en el reporte de novedades en el trayecto (paciente, móvil, tripulación). 2. Capacitar en riesgos clínicos de patologías priorizadas. 3. Auditoría interna de historia clínica: completitud, pertinencia, seguridad, oportunidad para toma de decisiones de manera mensual.

Fase 5	Novedades en el desplazamiento	Manejo inadecuado de la comunicación al paciente, familia y comunidad durante el proceso de atención	Fallas en la comunicación desde la tripulación	Deterioro del paciente / Dificultad de manejo con familiares y agresión a la misión medica	2	5	3	30	MODERADO		1.capacitación en curso de radiocomunicaciones. 2. Capacitación en comunicación asertiva al paciente, familiar, acudiente o comunidad
Fase 5	Novedades en el desplazamiento	Aumento en los tiempos de la atención	Causas externas que generan congestión vehicular Congestión vehicular- mula barada, estrellón, (trancón) accidente, paro vial, construcción en la vía	Deterioro del paciente / Dificultad de manejo con familiares/ fallecimiento del paciente	4	5	4	80	ALTO		1.Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria con énfasis en el reporte de novedades en el trayecto (paciente, móvil, tripulación)

7.3.4 Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Definición DE LAS PROBABLES FALLAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN CADA ACTIVIDAD, PLANTEE LAS QUE CONSIDERE, NO HAY LIMITE					CALIFICACIÓN			EVALUACIÓN			CONTROLES PROPUESTOS
1.- FECHA	2.-ACTIVIDAD	3.- PROBABLE FALLA , QUE PODRÍA SALIR MAL	CAUSA	EFFECTO	INDICE DE OCURRENCIA	INDICE DE SEVERIDAD	INDICE DE DETECCION	NPR((IO*I*ID)	RIESGO INICIAL	ZONA RIESGO	
FASE 1	Realizar cambio de turno	No contar con el personal oportunamente	No llegada de la tripulación para iniciar labores	Tiempos fuera de servicio por no reporte oportuno	4	3	3	36	MEDIO		Realizar análisis de las bases de datos de personal disponible con antelación a la operación, para contar con el personal para la operación de la móvil, en caso de presentarse eventualidades
	Verificación de insumos según perfil, para la correcta operación del turno	Insuficiencia de insumos o vencimiento de los mismos	No realizar la verificación rutinaria de insumos.	Inoportunidad en la atención de los pacientes	3	3	4	36	MEDIO		Realizar seguimiento de entrega de insumos y medicamentos
	Verificación de equipos según perfil, para la correcta operación del turno	Falta de verificación de los mantenimientos de los equipos	No realizar la verificación rutinaria de los elementos requeridos para su correcta operación	Inoportunidad en la atención de los pacientes	1	4	5	20	BAJO		Supervisión a través del plan de trabajo de mantenimiento y seguimiento a los equipos biomédicos.

	Verificación de equipos de comunicación	Falla de comunicación por inoperatividad e los equipos de comunicación	Problemas con el estado de la batería o carga	Falla de comunicación con el CRUE, no atención oportuna a los servicios	3	2	3	18	BAJO		Revisión de funcionamiento del radio de comunicación y señal, según fallas detectada tomar decisiones
	Atender al llamado del centro operativo	aumento en tiempos fuera de servicio	no estar pendiente al llamado, no querer contestar la frecuencia	No atención oportuna a los servicios, mal gasto de recursos y tiempo	5	5	3	75	ALTO		Verificación de horas operativas y no operativas para el respectivo descuento Seguimiento al talento humano con causas repetitivas relacionadas a horas fuera de servicio durante el turno.
	Atender al llamado del centro operativo	Tripulación no contesta frecuencia	Falta de atención de la tripulación a la modulación del radio base y/o portátil	Tiempos fuera de servicio por no reporte oportuno	5	5	3	75	ALTO		Seguimiento de casos de no contestación de frecuencia, causas y toma de decisiones para casos reincidentes.
FASE 2	Asignación del caso por radio frecuencia	No contestar frecuencia en la última fracción de horario de turno, Móviles 12 Horas	Despacho de móviles próximas a terminar turno	Modalidad de contratación	5	5	3	75	ALTO		Contar con disponibilidad de programación de móviles de 12 y 24 horas con los diferentes horarios. Realizar seguimiento a casos de móviles que sean reincidentes en no contestar frecuencia para toma de decisiones

Asignación del caso por radio frecuencia	No estar atentos a la asignación, disminución del tiempo para la atención	Tripulación dispersa o cansada	No atención oportuna al servicio	5	5	3	75	ALTO		1. Verificación de personal (contratación) y programación de turno versus horas laboradas y toma decisiones frente a desviaciones encontradas
Recepción de datos	Toma de datos incompletos	No estar pendiente al comunicado, fallas señal del radio, llamante mal informante	Desconocimiento de la situación, no se conoce zona, no hay solicitud de comando de incidentes	2	3	3	18	BAJO		Realizar diferentes estrategias prácticas que permita fortalecer comunicación con profesional de Enlace (CRUE-ENLACE-TRIPULACIÓN) y con énfasis en la comunicación Redundante entre tripulación y CRUE.

FASE 3	Preparación de salida y verificación de desplazamiento	Dificultad en la ubicación del sitio para la atención	Desconocimiento de ubicaciones y/o no utilizar herramientas de ubicación	Inoportunidad en la llegada a la atención del caso	2	2	3	12	BAJO	<p>1.Realizar diferentes estrategias prácticas que permita fortalecer comunicación con profesional de Enlace (CRUE-ENLACE-TRIPULACIÓN) y con énfasis en la comunicación Redundante entre tripulación y CRUE.</p> <p>2. Realizar seguimiento de casos con demora en atención desde la asignación del incidente hasta el reporte de llegada a la escena y uso de mecanismos para verificación de vías alternas por medio de las aplicaciones disponibles para toma de decisiones en las desviaciones encontradas.</p>
-----------	--	---	--	--	---	---	---	----	------	---

	Notificar las eventualidades durante el desplazamiento (mecánica, fallas contra la misión médica, accidentes de tránsito, disturbios, entre otros)	Materialización de situaciones (fallas mecánicas, fallas contra la misión médica, accidentes de tránsito, entre otros) durante el desplazamiento	Condiciones externas	Inoportunidad o omisión para atención al caso	2	3	3	18	BAJO		Realizar seguimiento de novedades (fallas mecánicas, fallas contra la misión médica, accidentes de tránsito, entre otros) durante el desplazamiento de último momento con la ambulancia y causas para tomar decisiones.
FASE 4	Reporte de llegada al incidente, así como las características iniciales de la escena y/o dificultades presentadas para la atención del incidente.	Demora de inicio de la atención	Datos incompletos del lugar para dar atención al caso.	atención inadecuada, paciente fallecido o paciente trasladado por sus propios medios	2	3	3	18	BAJO		Verificar en casos datos incompletos del incidente la solicitud de la tripulación al CRUE de llamada al usuario para corroborar datos de incidente y tome decisiones frete a desviaciones encontradas
	Reporte de llegada al incidente, así como las características iniciales de la escena y/o dificultades presentadas para la atención del incidente.	Demora de inicio de la atención	Familiares hostiles, alterados, mal informantes	Agresión a la tripulación, demoras en la atención del paciente y mal manejo de la escena	2	3	3	18	BAJO		Seguimiento de reporte a central de las novedades (Familiares hostiles, alterados, mal informantes) por el profesional de enlace o tripulación y Solicitar apoyo de Policía de ser necesario.

	Ubicación el vehículo de emergencias en área segura de acuerdo con las recomendaciones del Sistema Comando de Incidentes SCI.	Posible daño colateral con los insumos o la misma tripulación	No contar con una zona segura en la escena	Móvil expuesto a diversos riesgos, así como riesgo a la integridad física de la tripulación	2	3	3	18	BAJO		1. Verificación de curso de Sistema Comando de incidentes 2. Talleres de manejo de escenas en situaciones críticas ofrecida por la Subred (sistema comando de incidentes)
	Realizar valoración de paciente	No contar con los elementos necesarios para la atención, previo al descenso del vehículo	Falla en el alistamiento de equipos y elementos en la móvil necesarios para la adecuada atención del caso por desconocimiento en el caso a atender, información incompleta	Demoras en la atención integral al paciente, no adherencia al procedimiento de Atención Prehospitalaria	4	4	3	48	MEDIO		Socializar procedimiento de Atención Prehospitalaria y evaluar apropiación de conocimientos, enfatizar en (insumos, reporte de novedades, cadena de supervivencia).

	Identificación de necesidad de apoyo de otras entidades	NO identificación de necesidad de apoyo, no solicitud del apoyo requerido SCI.	No adherencia al procedimiento o por desconocimiento de las acciones a desarrollar otras entidades o no identifica riesgos en el proceso de atención	Riesgo materializado por su no identificación y control	5	3	3	45	MEDIO		Supervisión de casos para identificar la solicitud de apoyo de entidades (Policía, bomberos) para el manejo de escena para identificar casos con inadecuado manejo, desviaciones y toma de decisiones.
--	---	--	--	---	---	---	---	----	-------	--	--

	Solicitar al centro operativo el manejo del paciente	<p>Fallas en el paso de datos al CRUE por falta de experticia para identificación de signos y síntomas de alarma.</p> <p>Falta de compromiso por parte de tripulación con las actividades</p>	Desconocimiento y poca experiencia de la tripulación en Atención Prehospitalaria	Fallas en la identificación de riesgo clínico, deterioro clínico de paciente y fallecimiento	3	5	4	60	ALTO	<p>Requerimiento desde Talento Humano con experiencia en atención prehospitalaria, personal idóneo.</p> <p>1. Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria con énfasis en el reporte de novedades en el trayecto (paciente, móvil, tripulación).</p> <p>2. Capacitar en riesgos clínicos de patologías prioritizadas y en cronograma anual contar con temas críticos como: entubación, canalización de paciente, RCP</p> <p>3. Auditoría interna de historia clínica: completitud, pertinencia, seguridad, oportunidad para toma de decisiones de manera mensual.</p>
--	--	---	--	--	---	---	---	----	------	--

	Realizar manejo del paciente	Mal manejo de la escena	Inadecuado manejo de la escena por fallas en información con el familiar, por familiar agresivo, por espacios abiertos no controlados, por falta de experiencia, por falta de trabajo en equipo.	Materialización de riesgos: Fallas en la identificación de riesgo clínico, deterioro clínico de paciente y fallecimiento	4	4	3	48	MEDIO		<p>1.Realizar curso misión médica (SCI), curso primer respondiente y capacitar en procedimiento de APH que permita fortalecer el conocimiento y ruta de atención en los casos que se requiera personal tripulante.</p> <p>2.Capacitar en manejo y abordaje al usuario o paciente agresivo en atención prehospitolaria.</p>
FASE 5	Solicitar direccionamiento del paciente	Demoras en el paso de datos para direccionamiento	Tiempo de respuesta o direccionamiento por parte del 5005 para el direccionamiento de la móvil	Fallas en la prestación del servicio que pueden provocar complicaciones del paciente o fallecimiento	4	3	3	36	MEDIO		Realizar reporte de las novedades cuando se requieren por parte del Líder de APH o personal que designe hacia CRUE cuando haya lugar con respuesta inmediata desde el CRUE y toma de decisiones
	Traslado al paciente desde de la ubicación del mismo (domicilio, vía pública, entre otros) al habitáculo de la móvil.	No permitir el traslado por parte del paciente, familiares o comunidad	No aceptación del lugar de traslado por parte de los involucrados	Agresión a la tripulación por parte de los involucrados	2	4	2	16	BAJO		Capacitar trimestralmente en comunicación asertiva y efectiva entre tripulación, CRUE, familiares y acudientes

	Traslado al paciente desde de la ubicación del mismo (domicilio, vía pública, entre otros) al habitáculo de la móvil.	Lesiones durante el traslado al habitáculo de la móvil y dificultades con el acceso de la móvil a la vivienda o sitio de atención.	No conocimiento de barreras de seguridad durante el traslado de paciente (condiciones propias del paciente: alteración del estado de conciencia), condiciones externas del ambiente.	Lesiones, deterioro clínico de paciente y fallecimiento	3	3	5	45	MEDIO		Realizar Capacitación trimestral en Buenas prácticas de Seguridad del paciente en Atención prehospitalaria (prevención de caídas, traslado y movilización de pacientes).
	Reportar inicio del desplazamiento a la IPS designada de acuerdo con el perfil	Fallas en la comunicación con la central	Desinterés y poco compromiso con el reporte de novedades a la central	Inoportunidad en la continuidad de la atención al caso	3	3	3	27	BAJO		1.Realizar socialización de guía facilitadora APH con tripulaciones a fin de dar claridad a las acciones a desarrollar en un sistema de emergencias. 2. Realizar taller en comunicación asertiva incluyendo juego de roles que especifique situaciones de APH
	Iniciar desplazamiento	Fallas en la monitorización de paciente durante el traslado e informe de estado de paciente al CRUE	Estrés generado por la atención del caso, acompañante en modo hostil.	Fallas en la prestación del servicio que pueden provocar complicaciones del paciente o fallecimiento	3	3	3	27	BAJO		Realizar taller comunicación asertiva a tripulantes para fortalecer habilidades en la comunicación y el manejo de familiar o acompañante de difícil manejo.

			No adherencia y falta de compromiso con el proceso de atención Prehospitalaria		3	3	3	27	BAJO		1.Actualizar y socializar procedimiento de atención prehospitalaria 2.Realizar seguimiento a la tripulación en caso de no adherencia al procedimiento de atención prehospitalaria y en casos reincidentes tomar decisiones
FASE 6	Realizar transferencia de paciente	Traslado inseguro (sin correas de Seguridad, sin monitorización, sin cuello ortopédico en caso de trauma)	No adherencia al procedimiento o por desconocimiento de las acciones a desarrollar	Materialización del riesgo, lesiones, deterioro clínico de paciente y fallecimiento	3	3	3	27	BAJO		1.Realizar Capacitación trimestral de traslado seguro de pacientes en APH, medidas de Seguridad: (correas de Seguridad en camilla, acompañamiento, monitorización, cuello ortopédico en caso de trauma, etc.) 2. Evaluar conocimiento a esta capacitación 3.Realizar seguimiento a la adherencia a estas medidas de Seguridad de acuerdo con lista de chequeo de paciente trazador.

	Ubicar al paciente en el Servicio de Urgencias y Presentar al paciente en la IPS	Demora en la recepción del paciente o no realizar la entrega del paciente	Servicios de urgencias congestionados, falta de claridad en los roles de trabajo en equipo con el personal de APH	Móvil no operativo por demoras en la entrega de paciente	5	4	2	40	MEDIO		Realizar seguimiento de reportes de novedades con camillas retenidas en los servicios de urgencias, por parte de las tripulaciones y gestores externos con el fin de gestionar y toma de decisiones.
	Notificar a la central quien recepción el paciente y el estado en el que se coloca la móvil (operativo, fuera de servicio, cambio de turno entre otros)	No reporte a la central del estado operativo de la móvil	No contar con los datos de la recepción, no adherencia al procedimiento	Inoportunidad en el reporte, móvil no operativo	3	3	4	36	MEDIO		Realizar seguimiento de reportes de novedades con camillas retenidas en los servicios de urgencias, por parte de las tripulaciones y gestores externos y toma de decisiones.

7.3.5 Subred Sur Occidente Salud Mental

DEFINICIÓN DE LAS PROBABLES FALLAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN CADA ACTIVIDAD, PLANTEE LAS QUE CONSIDERE, NO HAY LIMITE					CALIFICACIÓN			EVALUACIÓN			CONTROLES PROPUESTOS
1.-FECHA	2.-ACTIVIDAD	3.- PROBABLE FALLA , QUE PODRÍA SALIR MAL	CAUSA	EFEECTO	INDICE DE OCURRENCIA	INDICE DE SEVERIDAD	INDICE DE DETECCIÓN	NPR(10*I*ID)	RIESGO INICIAL	ZONA RIESGO	
Fase 1	Realizar entrega de turno por parte de la tripulación de manera oportuna	No comunicación que permita una adecuada entrega de turno por perfil	No contar con la tripulación o alguno de los perfiles para realizar la entrega de turno	Pérdida de información que permite no tener un contexto claro y seguro de insumos, elementos, móvil etc. para dar continuidad a la atención de pacientes	5	5	3	75	ALTO		Realizar reinducción de la guía facilitadora, verificando el entendimiento por los diferentes perfiles
	Diligenciamiento preoperacional en los respectivos soportes, posterior a la verificación de insumos y elementos para la operación del turno.	No diligenciamiento del link	No realizar la verificación de insumos, elementos y demás.	No contar con la información de la completitud de elementos, insumos y medicamentos	4	5	3	60	ALTO		Realizar seguimiento a los equipos biomédicos en cada entrega de turno y control a la oportunidad del reporte generado en cada turno.
Fase 1	Reportar ante la central la disponibilidad de la móvil de manera oportuna	Tener fallas en la comunicación con la central	Inadecuada señal, no tener batería el radio de comunicaciones, fallas tecnológicas	No contar con la móvil para atención de casos de manera oportuna	3	5	2	30	MEDIO		1, Revisión de horas laboradas y descuento de horas no operativas 2. Reporte de fallas en señal por alteración del radio al profesional de enlace para gestionar causa detectada.

											3. Seguimiento de casos por no contestar frecuencia y gestionar causas detectadas, en casos de móviles reiterativas identificar causas y tomar decisiones
		No contar con el personal oportunamente	No llegada a la realización de actividades	Tiempos fuera de servicio por no reporte oportuno	5	5	3	75	ALTO		Realizar tabla de control de seguimiento a los tiempos fuera de servicio por personal en los cambios de turno
Fase 1	Recepcionar la información del caso de manera completa por parte de la tripulación	No contar con los de datos completos por falta de los mismos	No se indaga datos en el momento de la llamada con el paciente o su acudiente	No contexto completo del caso a valorar por parte de la tripulación	2	5	1	10	BAJO		Socializar a los tripulantes acerca de la importancia en la identificación de datos por parte de despacho para atención de incidente.
		No entrega clara de datos a la tripulación	Fallas en la señal del radio	No datos claros o datos confusos	2	4	3	24	BAJO		Socializar con las tripulaciones las diferentes alternativas para las comunicaciones descritas en el procedimiento APH.
Fase 2	Garantizar el Cumplimiento el uso de elementos de seguridad cinturón, al	No adherencia a la norma de tránsito por parte de la tripulación	No presencia de los elementos de seguridad	Accidentes de trabajo en el desplazamiento	1	5	1	5	BAJO		Seguimiento a novedades relacionadas con el no uso de elementos de seguridad en el desplazamiento para la atención

	iniciar el desplazamiento										
Fase 2	Reportar a la central la novedad de inicio de manera oportuna	No reporte de inicio del caso de manera oportuna	Falta de adherencia al procedimiento APH.	Inoportunidad en la llegada al caso	3	5	3	45	BAJO		Realizar seguimiento a los tiempos de oportunidad de inicio de operación (tabla de control)
		Fallas mecánicas de la móvil	No contar con los mantenimientos correctivos ni preventivos	móvil en estado no óptimo para atención de casos	3	4	3	36	MEDIO		Contar con un cronograma de mantenimiento correctivo y preventivo y toma decisiones en desviaciones

Fase 3	Reportar las novedades que se presenten de cualquier índole (mecánica, fallas contra la misión médica, accidentes de tránsito, entre otros) durante el desplazamiento	Novedades durante el desplazamiento (agresión a la misión médica, accidentes, tráfico aumentado)	No reporte a la central de la novedad presentada	No direccionamiento por parte de la central en relación con la novedad presentada	3	5	2	30	BAJO		Seguimiento a la entrega de turno (cuadro control) donde se hace seguimiento a fallas mecánicas, fallas contra la misión médica, accidentes de tránsito, entre otros) durante el desplazamiento
Fase 3	Identificar la mejor vía para el desplazamiento al interior de la tripulación.	No fácil ubicación de la dirección, del caso asignado	Desconocimiento de las rutas	Inoportunidad en la llegada a el caso	1	3	3	9	BAJO		Seguimiento de casos con demora en atención desde la asignación del incidente hasta el reporte de llegada a la escena y uso de mecanismos para verificación de vías alternas por medio de las aplicaciones disponibles para toma de decisiones en las desviaciones encontradas.

Fase 3	Recibir y acatar el direccionamiento o indicación del CRUE posterior al reporte de una novedad	No acatar la directriz de la central	No adherencia al procedimiento	Atención inoportuna o falta de pertinencia durante la atención	5	4	3	60	ALTO		Realizar seguimiento al personal de la tripulación a casos donde no se acata indicaciones entregadas por el centro regulador y casos donde es reiterativo para toma de decisiones.
Fase 4	Confirmar la dirección de la escena	No ubicación de la dirección de manera oportuna	Desconocimiento de ubicaciones o direcciones	Inoportunidad en la llegada al caso, por confusión en la dirección	3	5	3	45	MEDIO		Socializar a los tripulantes acerca de la importancia en la identificación de datos por parte de despacho para atención de incidente. Seguimiento de casos con demora en atención desde la asignación del incidente hasta el reporte de llegada a la escena y uso de mecanismos para verificación de vías alternas por medio de las aplicaciones disponibles para toma de decisiones en las desviaciones encontradas.

Fase 4	Identificar y evaluar riesgos del entorno al momento de la llegada de manera inmediata	No identificar los riesgos en el momento de la llegada	Inexperiencia en la identificación de riesgos en la escena	Escena insegura para la tripulación (agresiones, robos etc.)	4	5	4	75	ALTO	<div></div> <p>1. Realizar la reinducción al personal que lo requiera a fin de dar claridad a las acciones a desarrollar en un sistema de emergencias.</p> <p>2. Verificación de curso de Sistema Comando de incidentes</p> <p>3. Talleres de manejo de escenas en situaciones críticas ofrecida por la subred (sistema comando de incidentes)</p> <p>1. Socializar trimestralmente la guía de buena práctica en salud mental.</p> <p>2. Capacitar en riesgos clínicos de patologías priorizadas y en cronograma anual contar con temas críticos.</p> <p>3. Auditoría interna de historia clínica: completitud, pertinencia, seguridad, oportunidad para toma de decisiones de manera mensual.</p>
--------	--	--	--	--	---	---	---	----	------	--

Fase 4	Notificar a la central de manera inmediata los riesgos identificados	Desconocimiento de los riesgos en una escena	Fallas en la señal de radiocomunicación	Escena sin apoyo y sin orientación para un ingreso seguro por parte de la central	5	4	3	60	ALTO		Realizar reinducción trimestralmente para dar claridad a las acciones a desarrollar en un sistema de emergencias
Fase 4	Solicitar apoyo para asegurar el entorno de la escena (bomberos, policía entre otros)	Desconocer el apoyo a prestar por otras entidades	No solicitud de apoyo en la escena	Barreras en la atención por falta de apoyo de otras instituciones, generando inoportunidad en el apoyo	4	5	3	60	ALTO		Realizar la reinducción al personal que lo requiera a fin de dar claridad a las acciones a desarrollar en un sistema de emergencias y enfatizar en situaciones donde se debe solicitar el apoyo a prestar por otras entidades
Fase 4	Ubicación de la móvil en el sitio del evento en zona segura	Inadecuada ubicación de la móvil	No contar con una zona segura en la escena	móvil expuesto a diversos riesgos	4	3	3	36	MEDIO		NA control
Fase 4	Verificar los elementos necesarios previos para el descenso del vehículo (llaves, equipos etc.)	No bajar elementos de la móvil necesarios para la atención del caso	Falta de coordinación en el traslado de elementos y equipos necesarios en el proceso de atención	Inoportunidad en la atención del paciente y aumento de complicaciones	1	3	2	6	BAJO		NA control

Fase 4	Identificar riesgos al entrar en contacto con el paciente	No identificar riesgos al entrar en contacto con el paciente y su entorno	Desconocer los posibles riesgos a lo que se enfrenta con el paciente	Paciente en fuga, paciente con hetero o autoagresión	5	5	3	75	ALTO		Socializar la guía de buena práctica en salud mental
Fase 4	Valorar paciente de manera interdisciplinaria y diligenciar registro clínico	Inadecuada valoración interdisciplinaria	Falta conocimientos técnicos para el proceso de atención	Inadecuado manejo del paciente y la resolución del mismo	4	5	3	75	ALTO		Auditoria de adherencia, auditoria de pertinencia y coherencia del registro clínico
		No registros clínicos por los diferentes perfiles	No adherencia al procedimiento en cuanto al diligenciamiento de los registros clínicos	No registros clínicos	5	5	3	75	ALTO		Cronograma de capacitación para fortalecer habilidades y competencias
											Realizar seguimiento a los registros clínicos mediante un muestreo aleatorio a los registros mes vencido.

Fase 4	Reportar caso a la central de manera oportuna a fin de esperar direccionamiento	No reporte del caso al central oportuno, no datos claros del paciente	No adherencia al procedimiento, no se da importancia a este reporte	Fallas en la inducción y capacitación al personal/tripulación.	4	4	5	80	ALTO		Actualizar/Realizar la inducción/reinducción a fin de dar claridad a las acciones a desarrollar en un sistema de emergencias
Fase 5	Recibir y acatar la indicación dada por el médico regulador en relación con el caso (manejo, acompañamiento entre otros)	No acatar la indicación del médico regulador en todos los aspectos (acompañamiento, traslado, medicamentos etc.)	No adherencia al procedimiento	Paciente con inadecuado manejo por parte de la tripulación (no acatar direccionamiento)	5	4	3	60	ALTO		Actualizar/Realizar la inducción/reinducción a fin de dar claridad a las acciones a desarrollar en un sistema de emergencias
		No recepcionar la indicación del médico regulador oportunamente	Falla de comunicaciones con la central	Demora en la notificación de datos al regulador por parte de la tripulación	4	3	3	36	MEDIO		Realizar Auditoria de novedades generadas por las tripulaciones que se presenten durante la ejecución del turno.

Fase 5	Entrega de paciente de manera completa por parte de la tripulación a la móvil solicitada para traslado.	Desconocimiento del paciente por parte de la tripulación que entrega a la móvil	Fallas en la comunicación con la profesional de la móvil asignada para el traslado	Falta de continuidad en la atención	4	3	3	75	ALTO		<p>1.Realizar la reinducción trimestral a fin de dar claridad a las acciones a desarrollar en un sistema de emergencias, para el fortalecimiento de habilidades requeridas para el cargo.</p> <p>2.Supervisión de entrega de paciente para evaluar (estrategia SAER), donde se identifique fallas realizar gestión y toma de decisiones en casos reiterativos.</p> <p>3.Realizar un taller en comunicación asertiva trimestralmente al personal nuevo que ingresa</p>
	Coordinar acompañamiento o en caso de ser móvil básico, garantizando los mecanismos de seguridad durante el traslado del paciente	Cambio de estado clínico del paciente en traslado	Desconocimiento de riesgos clínicos durante el traslado	Novedad en el traslado del paciente	5	5	3	75	ALTO		Realizar seguimiento a los traslados verificando el procedimiento y las directrices que suministra el medico regulador y toma decisiones en desviaciones encontradas.
Fase 6	Entregar paciente de manera oficial a entidad receptora	Demora en la recepción del paciente por parte de la entidad hospitalaria	No esperar la recepción del paciente	Inoportunidad en la recepción del paciente de manera oficial	2	3	1	6	BAJO		NA control riesgo bajo

Fase 6	Notificar a la central quien recepción el paciente y el estado en el que se coloca la móvil (operativo, fuera de servicio, cambio de turno entre otros)	No reporte a la central del estado operativo de la móvil	Inadecuado manejo de los tiempos	inoportunidad en la operatividad de la móvil	2	3	1	6	BAJO		NA control
--------	---	--	----------------------------------	--	---	---	---	---	------	--	------------

7.4 Banco de zona de riesgo alto para las Subredes

DEFINICION DE LAS PROBABLES FALLAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN CADA ACTIVIDAD, PLANTEE LAS QUE CONSIDERE, NO HAY LIMITE					CALIFICACIÓN			EVALUACIÓN			CONTROLES PROPUESTOS
1.- FECHA	2.-ACTIVIDAD	3.- PROBABLE FALLA, QUE PODRÍA SALIR MAL (riesgo)	CAUSA	EFFECTO	INDICE DE OCURRENCIA	INDICE DE SEVERIDAD	INDICE DE DETECCION	NPR(10*1°ID)	RIESGO INICIAL	ZONA RIESGO	
Fase 1	Verificación de Radio de Comunicación	Problemas con el estado de la batería o carga	Ausencia de verificación del equipo de radiocomunicación por parte de la tripulación	Falla de comunicación con el Centro regulador de urgencias y emergencias, no atención oportuna a los servicios	4	5	3	60	ALTO		Supervisión en campo por parte de los gestores externos
Fase 1	Solicitud de Cambio de turno	Reportar inoportunamente o fuera del horario establecido el cambio de turno	Selección no adecuada del talento humano	Móvil inoperativo por falta de recurso humano	4	3	5	60	ALTO		Descuento por inoperatividad al tripulante por las horas fuera de servicio
Fase 1	Desplazamiento para el cambio de turno	Ocurrencia de novedades en el desplazamiento	Desconocimiento de los procedimientos y sistema de emergencia	Móvil inoperativo por novedades del recurso humano	5	3	5	75	ALTO		Ajuste del procedimiento, socialización y seguimiento en campo

Fase 1	Realizar Preoperacional del medico	la no verificación del estado de los medicamentos controlados y no controlados por parte de los médicos APH	Falta de conocimiento y experiencia del medico	Atención inadecuada e inoportuna debido a el no reporte de novedades prevenibles que generen un evento adverso	4	5	4	80	ALTO		Auditoria y seguimiento de medicamentos por parte de las profesionales periódicamente en compañía del área de farmacia
Fase 1	Realizar Preoperacional por parte de los auxiliares	La no verificación del estado de los equipos biomédicos por parte de los auxiliares	Falta de conocimiento y experiencia del auxiliar/TAPH	Atención inadecuada e inoportuna debido a el no reporte de novedades prevenibles que generen un evento adverso	4	5	4	80	ALTO		Auditoria y seguimiento de los equipos biomédicos por parte de los gestores externos periódicamente en compañía del el biomédico del programa
Fase 1	Realizar Preoperacional por parte del conductor	La no verificación del estado mecánico del vehículo por parte del conductor	Falta de conocimiento y experiencia del conductor	Inoportunidad en la atención debido a fallas mecánicas	4	5	4	80	ALTO		Auditoria y seguimiento de las condiciones mecánicas por parte de los gestores externos, mecatrónico en compañía del área de transportes

Fase 1	Disponibilidad	aumento en tiempos fuera de servicio	No estar pendiente al llamado	No atención oportuna a los servicios, mal gasto de recursos y tiempo	4	5	3	60	ALTO		1, Revisión de horas laboradas y descuento de horas no operativas 2. Reporte de fallas en señal por alteración del radio al profesional de enlace para gestionar causa detectada. 3. Seguimiento de casos por no contestar frecuencia y gestionar causas detectadas, en casos de móviles reiterativas identificar causas y tomar decisiones
--------	----------------	--------------------------------------	-------------------------------	--	---	---	---	----	------	--	---

Fase 1	Atender al llamado del centro operativo	aumento en tiempos fuera de servicio	no estar pendiente al llamado, no querer contestar la frecuencia	No atención oportuna a los servicios, mal gasto de recursos y tiempo	5	5	3	75	ALTO		Verificación de horas operativas y no operativas para el respectivo descuento Seguimiento al talento humano con causas repetitivas relacionadas a horas fuera de servicio durante el turno.
Fase 1	Atender al llamado del centro operativo	Tripulación no contesta frecuencia	Falta de atención de la tripulación a la modulación del radio base y/o portátil	Tiempos fuera de servicio por no reporte oportuno	5	5	3	75	ALTO		Seguimiento de casos de no contestación de frecuencia, causas y toma de decisiones para casos reincidentes.
Fase 2	Asignación al caso	No estar atentos a la asignación, disminución del tiempo para la atención	Tripulación dispersa o cansada	No atención oportuna al servicio	4	5	3	60	ALTO		Programación de turno no mayor a 12 horas.
Fase 2	Toma de datos	Toma de datos incompletos	No estar pendiente al comunicado	No atención correcta del paciente	4	5	3	60	ALTO		Capacitación y entrenamientos específicos
Fase 2	Asignación al caso	No contestación de la frecuencia por	Tripulación cansada y no motivada	No atención oportuna al servicio	4	5	3	60	ALTO		1. Verificación de personal (contratación) y programación de turno

		fallas en la comunicación	El no quedarse retenido		4	5	3	60	ALTO		versus horas laboradas y toma decisiones frente a desviaciones encontradas 2. Articulación con el CRUE para informar móviles que esta próximas a terminar turno.
Fase 2	llegada al caso	Inadecuado manejo de la escena.	Tripulación no acata manual de atención	No atención oportuna al servicio	4	5	3	60	ALTO		1. Capacitación teórica práctica con enfoque patologías priorizados e indicaciones para el manejo de la escena
Fase 2	Toma de datos	Toma de datos incompletos	No estar pendiente al comunicado	No atención correcta del paciente	4	5	4	80	ALTO		1. Capacitación en curso de radiocomunicaciones 2. Capacitación en comunicación asertiva para dar información al CRUE.

Fase 2	Asignación del caso por radio frecuencia	No contestar frecuencia en la última fracción de horario de turno, Móviles 12 Horas	Despacho de móviles próximas a terminar turno	Modalidad de contratación	5	5	3	75	ALTO		<p>Contar con disponibilidad de programación de móviles de 12 y 24 horas con los diferentes horarios.</p> <p>Realizar seguimiento a casos de móviles que sean reincidentes en no contestar frecuencia para toma de decisiones</p>
Fase 2	Asignación del caso por radio frecuencia	No estar atentos a la asignación, disminución del tiempo para la atención	Tripulación dispersa o cansada	No atención oportuna al servicio	5	5	3	75	ALTO		<p>1. Verificación de personal (contratación) y programación de turno versus horas laboradas y toma decisiones frente a desviaciones encontradas</p>

Fase 3	Tránsito por las vías.	Demora en la llegada de la atención	Exceso de flujo vehicular	Demora en la llegada al sitio asignado	4	5	3	60	ALTO		Actualización de equipos que tengan manejo satelital y aplicaciones de tránsito
Fase 3	Notificación de eventualidades durante el desplazamiento	Falla de comunicación con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias para informar cambios clínicos del paciente	Comunicación no efectiva, ni asertiva, en el equipo de trabajo	Falta de la prestación del servicio de manera oportuna	5	5	3	75	ALTO		Capacitación y entrenamientos específicos
Fase 3	Llegada a la escena	Inadecuada valoración de riesgos en la escena	Exceso de confianza por parte de la tripulación	Lesiones físicas y mentales de la tripulación	5	5	4	100	ALTA		1.Capacitación continua de manejo de escena
Fase 3	Notificación de eventualidades durante el desplazamiento	Falla de comunicación con el CRUE para informar cambios clínicos del paciente	Comunicación no efectiva, ni asertiva, en el equipo de trabajo	Falta de la prestación del servicio de manera oportuna	5	5	3	75	ALTO		1. Capacitar en identificar cambios clínicos del paciente para alertar de manera oportuna a médico regular
Fase 4	Ubicar zona de segura de atención	posible daño colateral con los insumos o la misma tripulación	falta de bioseguridad y protocolos de cuidado	Posible robo a agresión a la misión médica	3	5	4	60	ALTO		Capacitación y entrenamientos específicos

Fase 4	Llegada a la escena	Reportar inoportunamente la llegada por medio del sistema de radiocomunicaciones	Falta de experiencia debido a deficiencias en el proceso de selección para contratación	Mal abordaje al paciente que desencadene un mal tratamiento	5	5	4	100	ALTO		1. Criterios de contratación establecidos en el convenio interadministrativo Anexo 5
Fase 4	Llegada a la escena	No asegurar la escena afectando la seguridad de la tripulación reportando al centro operativa por medio del sistema de radiocomunicaciones	Falta de verificación en el momento de arribo de la escena	Inseguridad para la tripulación en la escena	3	5	4	60	ALTO		1. Criterios para la selección que implique experiencia en atención prehospitalaria 2. Verificación de curso de Sistema Comando de incidentes
Fase 4	Llegada a la escena	No interpretación adecuada de la escena	Falta de Verificación de la escena e interpretación que probables causas que puedan afectar al paciente	Evaluación equivocada de factores que contribuyen a el estado del paciente	3	4	5	60	ALTO		1. Verificación de curso de Sistema Comando de incidentes 2. Talleres de manejo de escenas en situaciones críticas ofrecida por la subred (sistema comando de incidentes)

Fase 4	Llegada a la escena	No solicitar apoyo necesario según las características del incidente	Falta de comunicación asertiva de la tripulación al Centro Regulador indicando la necesidad del tipo de apoyo que requieren	Inseguridad para la tripulación que afecte su integridad y demora en la atención del paciente	3	5	4	60	ALTO		1. Capacitación de comunicación asertiva y manejo de emociones de un grupo multidisciplinario
Fase 4	Valoración inicial del paciente	No evaluación adecuada del paciente y en caso de ser múltiples pacientes una mal TRIAGE	Falta de experticia por parte del médico /o auxiliar	Demora en la atención, complicaciones del estado del paciente y muerte del paciente	3	5	4	60	ALTO		1. Criterios de contratación establecidos en el convenio interadministrativo Anexo 5 2. Capacitación continua de Triage en el ámbito prehospitalario
Fase 4	Realización de procedimientos en el paciente	No estabilizar al paciente	Falta de conocimiento y experiencia del médico y/o del auxiliar	Complicaciones en el estado del paciente, secuelas irreversibles y muerte del paciente	3	5	5	75	ALTO		1. Criterios de contratación establecidos en el convenio interadministrativo Anexo 5 2. Programa de Fortalecimiento de capacidades y habilidades y su requerimiento para la cuenta de cobro

Fase 4	Asignación de direccionamiento por parte del Centro Regulador	No definir adecuadamente si el paciente amerita traslado a una institución hospitalaria a servicio de urgencias según nivel de complejidad	Inadecuada valoración del paciente y paso de datos al centro regulador	Traslado innecesario, pérdida de recursos públicos.	4	4	5	80	ALTO		1. Socialización de servicios establecidos por cada unidad para conocimiento de los tripulantes 2. Requerimiento de cursos establecidos en el anexo 5
Fase 4	Asignación de direccionamiento por parte del Centro Regulador	No acatar las indicaciones del médico regulador de Urgencias con respecto al direccionamiento de la unidad móvil acorde al nivel de complejidad de acuerdo al estado del paciente	No comunicación asertiva con el centro regulador	Demoras en la atención del paciente, complicaciones del estado actual del paciente	4	4	5	80	ALTO		1. Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria

Fase 4	Reporte y verificación de la escena	Pérdida de tiempo en la atención	Identificación de riesgos: ambientales (lugar de difícil acceso) sociales (agitación de la comunidad) y individuales (agresión a la misión médica)	Atención inadecuada, paciente fallecido o paciente trasladado por sus propios medios	3	5	4	60	ALTO		1. Verificación de curso de Sistema Comando de incidentes 2. Talleres de manejo de escenas en situaciones críticas ofrecida por la Subred (sistema comando de incidentes)
Fase 4	Ubicar zona de segura de atención	Posible daño colateral con los insumos o la misma tripulación	No contemplar los riesgos ambientales y sociales e individuales en zona de atención	Posible robo a agresión a la misión medica	3	5	4	60	ALTO		1. Supervisión de casos para identificar la solicitud de apoyo de entidades (policía, bomberos) para el manejo de escena para identificar casos con inadecuado manejo, desviaciones y toma de decisiones.

Fase 4	Solicitar al centro operativo el manejo del paciente	<p>Fallas en el paso de datos al CRUE por falta de experticia para identificación de signos y síntomas de alarma.</p> <p>Falta de compromiso por parte de tripulación con las actividades</p>	Desconocimiento y poca experiencia de la tripulación en Atención Prehospitalaria	Fallas en la identificación de riesgo clínico, deterioro clínico de paciente y fallecimiento	3	5	4	60	ALTO	<p>Requerimiento desde Talento Humano con experiencia en atención prehospitalaria, personal idóneo.</p> <p>1. Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria con énfasis en el reporte de novedades en el trayecto (paciente, móvil, tripulación).</p> <p>2. Capacitar en riesgos clínicos de patologías priorizadas y en cronograma anual contar con temas críticos como: entubación, canalización de paciente, RCP</p> <p>3. Auditoría interna de historia clínica: completitud, pertinencia, seguridad, oportunidad para toma de decisiones de manera mensual.</p>
--------	--	---	--	--	---	---	---	----	------	--

Fase 5	Direccionamiento desde el Centro regulador de urgencias y Emergencias	Demoras en el paso de datos para direccionamiento	Tiempo de respuesta del 5005 desde el entro regulador de urgencias y Emergencias	Fallas en la prestación del servicio que pueden provocar la muerte o complicaciones del paciente	4	5	3	60	ALTO		Gestión de notificación ante la supervisión del convenio de las fallas presentadas por las unidades móviles nuevas, suministradas para la ejecución del convenio N.º 2809341 de 2021, que representan un porcentaje significativo dentro de los tiempos no operativos del indicador de (tiempo operativo).
--------	---	---	--	--	---	---	---	----	------	--	--

Fase 5	Reporte de novedades durante el trayecto hacia la institución receptora	No comunicar las novedades durante el desplazamiento desde el lugar del incidente hacia a la institución prestadora de salud direccionada por el medico regulador	Estado del crítico del paciente y No comunicación asertiva con el medico regulador	Manejo inadecuado del estado del paciente	3	5	5	75	ALTO		1. Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria 2. Capacitación de Radiocomunicaciones
--------	---	---	--	---	---	---	---	----	------	--	--

Fase 5	Reporte de novedades durante el trayecto hacia la institución receptora	No comunicar las novedades relacionadas con los cambios clínicos del paciente durante el desplazamiento desde el lugar del incidente hacia a la institución prestadora de salud direccionada por el medico regulador	No identificar o gestionar los riesgos del paciente mediante la comunicación asertiva con el médico regulador	Deterioro del paciente / Dificultad de manejo con familiares y agresión a la misión medica	4	5	4	80	ALTO		<p>1.Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria con énfasis en el reporte de novedades en el trayecto (paciente, móvil, tripulación).</p> <p>2. Capacitar en riesgos clínicos de patologías prioritizadas.</p> <p>3. Auditoría interna de historia clínica: completitud, pertinencia, seguridad, oportunidad para toma de decisiones de manera mensual.</p>
--------	---	--	---	--	---	---	---	----	------	--	--

Fase 5	Novedades en el desplazamiento	Aumento en los tiempos de la atención	Causas externas que generan congestión vehicular Congestión vehicular- mula barada, estrellón, (trancón) accidente, paro vial, construcción en la vía	Deterioro del paciente / Dificultad de manejo con familiares/ fallecimiento del paciente	4	5	4	80	ALTO		1.Socialización del procedimiento de Atención Prehospitalaria con énfasis en el reporte de novedades en el trayecto (paciente, móvil, tripulación)
Fase 6	Verificación de zona segura para ubicar el paciente	Paciente con alto riesgo de caídas	Lugar de mucho tráfico y lo puedan empujar	Reporte de seguridad del paciente y trauma	4	5	3	60	ALTO		Capacitación y entrenamientos específicos
Fase 6	Verificación de correas de seguridad y protección del paciente	Paciente con alto riesgo de caídas	Falta de barreras de seguridad (correas)	Reporte de seguridad del paciente y trauma	4	5	3	60	ALTO		Supervisión de campo por parte de los gestores
Fase 6	Verificación de correas de seguridad y protección del paciente	Paciente con alto riesgo de caídas	barandas de seguridad en mal estado	Reporte de seguridad del paciente y trauma	4	5	3	60	ALTO		Supervisión de campo por parte de los gestores

Fase 6	Presentación del paciente a la unidad receptora	Inadecuada presentación del paciente	Falta de experticia por parte del médico /o auxiliar	Manejo inadecuado del estado del paciente, Registro inadecuado por parte del centro Médico que recepción	3	5	5	75	ALTO		<p>1. Criterios de contratación establecidos en el convenio interadministrativo Anexo 5</p> <p>2. Programa de Fortalecimiento de capacidades y su requerimiento para la cuenta de cobro</p>
Fase 6	Reporte de condición de Realistamente y disponibilidad	No reporte de disponibilidad de operatividad	Falta de compromiso institucional	Inoperatividad de la móvil que genere productividad para la subred y servicio a la comunidad	5	5	3	75	ALTO		<p>1.Realización de recorrido por parte del gestor externo con el reporte del SIDCRUE en tiempo real</p> <p>2. Comunicación con las diferentes unidades referente a la liberación de las camillas</p>

8. Resultados

Al revisar la gestión del procedimiento de transporte asistencial con enfoque de riesgo se identifica que la valoración del mismo responde a un nivel bajo en el marco de todas las actividades preventivas que se ejecutan dentro de la fase 1 a la 6.

La subred integrada de servicios de salud Norte E.S.E: Creación del documento generando la articulación del programa de seguridad del paciente y la atención pre hospitalaria con vigencia del 2024, en la identificación y gestión del riesgo.

La subred integrada de servicios de salud Norte E.S.E: La identificación y control del riesgo de Posibilidad de afectación económica y legal se puede identificar para el año 2023 encontrándose en riesgo inherente pasando al 2024 en riesgo residual.

Resultados por subred

20 riesgos en bajo, principalmente referidos en Tantos en rojo, y tanto en rojo

9. Conclusiones

Para la subred integrada de servicios de salud Norte E.S.E permitió identificar los riesgos por fase de atención, teniendo en cuenta priorización y control, ya que se habían identificado, pero no desglosado por la fase de atención en relación a la atención prehospitalaria.

Para la subred integrada de servicios de salud Norte E.S.E se fortaleció la articulación de riesgos desde la plataforma del sistema de información, con la identificación de riesgos legales y normativos, imagen, y operativos, así mismo permite generar plan de acción y seguimiento de los controles establecidos.

Conclusión por Subred (cinco riesgos y el control más elaborado) que se quiere con ese control, el seguimiento cada cuanto, si el control se requiere generar plan de ciclo PHVA.

Incluir medición de controles proyectada NPR

10. Bibliografía

- Ministerio de salud y Protección social. (2019) Resolución 002626 de 2019.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de atención integral en salud: “Un sistema de salud al servicio de la gente” <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- ICONTEC: NTC -ISO 9001 Sistemas de gestión de la calidad. 24 de agosto de 2024
<https://acreditacionensalud.org.co/seguridad-del-paciente/>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018) Gestión del riesgo en salud desde una perspectiva de aseguramiento.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf>
- Organización mundial de la salud, seguridad del paciente 11 septiembre del 2023 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Revista de Calidad Asistencial, Seven steps to patient safety, <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seven-steps-to-patient-safety-13073195>
- Estrategia Seguridad del Paciente SNS 2015-2020 Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) Incidentes de seguridad notificados en 2022
<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASN/Docs/SINASP2022.pdf>
- <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/66-porciento-de-colombianos-declara-haber-enfrentado-algun-problema-de-salud-mental.aspx>