

UNIVERSIDAD DEL VALLE

Escuela de Salud Pública



Evaluación de la Efectividad e impacto de los Planes de Acción Generados en el Análisis de los Eventos Centinelas y/o Adversos en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) en una Institución de Nivel Básico del Régimen Contributivo de la Ciudad de Cali en el periodo 2007-2008

Trabajo de tesis presentado por Carolina Correa Rivas y María Yoana Orozco para optar al grado de Magister en Administración de Salud

Santiago de Cali, Valle, Colombia

2010.

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a **Dios**, por estar con nosotras en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A nuestros padres y familias, porque a pesar de la distancia nos dan el ánimo, apoyo, alegría y la fortaleza necesaria para seguir adelante. Porque procuran nuestro bienestar y está claro que si no fuese por el esfuerzo realizado por ellos, nuestros estudios no hubiesen sido posibles.

A nuestros esposos, por ser las personas que han compartido el mayor tiempo durante este periodo de estudio a nuestro lado, porque en su compañía las cosas malas se convierten en buenas, la tristeza se transforma en alegría y la soledad no existe.

De igual manera nuestro más sincero agradecimiento al Director de la Maestría en Administración de Salud y nuestro Director de Tesis Dr. Astolfo León Franco, a la Escuela de Salud Pública y a la Universidad del Valle.

Un agradecimiento especial al Dr. Guillermo Llanos (Q.E.P.D) por su confianza, colaboración, paciencia, apoyo brindado, por escucharnos y aconsejarnos cuando más lo necesitábamos, por sus aportes, estímulos, comentarios y críticas, que permitieron que esta tesis se convirtiera en realidad.

En general quisiéramos agradecer a todas las personas que han vivido con nosotras la realización de esta tesis y que no necesitamos nombrar porque tanto ellas como nosotras sabemos que desde los más profundo de nuestros corazones les agradecemos habernos brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

Tabla de contenido

INTRODUCCION	4
OBJETIVO GENERAL:.....	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	7
1 MARCO CONCEPTUAL	8
2 METODOLOGIA	40
3 RESULTADOS	44
4 DISCUSION.....	66
5 CONCLUSIONES	70
6 RECOMENDACIONES	71
ANEXOS	73
ALIMENTACION DE BASE DE DATOS COVE(ANEXO 1)	73
ENCUESTA (ANEXO 2):	74
LISTA DE VERIFICACION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO (ANEXO 3)	75
COSTO DE LAS HORAS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ANALISIS DEL COVE (ANEXO 4)	76
BASE DE DATOS DE HOSPITALIZADOS (ANEXO 5)	77
BIBLIOGRAFIA:.....	i

INTRODUCCION

La vigilancia en general, cualquiera sea el campo o disciplina que la use, corresponde a un proceso sistémico, ordenado y planificado de observación y medición de ciertas variables definidas, para luego describir, analizar, evaluar e interpretar tales observaciones y mediciones con propósitos definidos caracterizados por "desarrollar acciones" que permitan la corrección de la desviación observada ya sea un evento epidemiológico sujeto a vigilancia, un evento ambiental, la vigilancia de las condiciones de vida de una población determinada o la de un servicio de salud. El resultado final de la vigilancia es proponer y desarrollar acciones oportunas que permitan la corrección de las desviaciones observadas. Por todo lo antes planteado, la "Vigilancia en Salud Pública" es esencial en los procesos de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Es una herramienta vital en la ubicación de recursos del sistema de salud, así como en la evaluación de la eficiencia de programas y servicios. (1)

Los programas de promoción y prevención tienen como propósito mejorar y mantener la salud y calidad de vida en cada una de las etapas del ciclo vital, buscando que los individuos y familias mejoren su bienestar; así mismo trabajar de manera permanente para identificar, intervenir tempranamente, reducir y evitar los riesgos y enfermedades que pueden dañar su salud.(2)

El rol de la Vigilancia Epidemiológica es primordial para la planificación, la gestión, la distribución y la movilización de los recursos, la detección y la reacción precoz, además para la evaluación y la medida del impacto de los programas de prevención, con el fin de identificar los factores que favorecen la ocurrencia de éstos eventos y orientar acciones en salud principalmente la gestión y el control preventivo.(3).

Los Comités de vigilancia epidemiológica COVES y sus planes de acción permiten dimensionar y focalizar los problemas, reconocer los factores determinantes, e intervenir para impactar en términos de salud pública el grupo objetivo y reducir los costos que genera la presencia de estas complicaciones, pero el no realizar de forma crítica, sistemática y oportuna estos análisis, conlleva a que se implementen planes de acción no apropiadas para intervenir los factores determinantes.

La IPS privada de nivel básico donde se realizó el estudio cuenta con un promedio 29000 afiliados, de los cuales están distribuidos según pirámide poblacional regresiva en mayor proporción en las edades de 10 a 14 años y de 35 a 54 años en ambos géneros. Esta IPS tiene implementados los programas de promoción y prevención; los cuales para este estudio se tuvieron en cuenta los programas de Crecimiento y Desarrollo, Control Prenatal, Hipertensión y Diabetes, por ser a estos a quienes les realiza el análisis en el Comité de Vigilancia Epidemiológica. Los usuarios pertenecientes a estos programas se encuentran distribuidos de la siguiente forma: Control Prenatal 140 gestantes, Crecimiento y Desarrollo de 2492 niños(as), Crónicos (HTA-DM-

HTA+DM) 2264 promedio año, para un total de 4896 usuarios inscritos en los programas de Promoción y Prevención.

Se presento un promedio de 150 hospitalizados por mes que corresponden al 52% del total de la población de la IPS; de los cuales el 10% (15 casos) de estos hospitalizados están inscritos en los diferentes programas de promoción y prevención, donde el 46% (7 casos) del total de hospitalizados de programas, corresponden a causas de hospitalización que se consideraron eventos propios de la patología de base y eventos prevenibles. Esta información se obtuvo del análisis de los hospitalizados realizado mensualmente.

De estos pacientes de programas que estuvieron hospitalizados, se evaluaron 3 casos seleccionados por cada médico líder del programa (médicos que están directamente relacionados con la atención de los pacientes en los diferentes programas), a los cuales se les realizo el análisis del caso en comité de vigilancia epidemiológica, donde se identificaron cuales fueron las causas que produjeron tal evento y los retrasos presentados en la atención del usuario; de allí se definió un plan de acción.

Así mismo, el análisis del COVE genero costos directos para la IPS relacionados con el tiempo que invierte el equipo multidisciplinario en la realización de dicho comité.

De este modo, la evaluación de los sistemas de vigilancia debe promover el mejor uso de los recursos de salud pública y asegurar que estén bajo vigilancia aquellos programas que lo ameriten, y que los sistemas funcionen eficientemente. Algunos autores aconsejan que al evaluar los sistemas de vigilancia se incluyan recomendaciones que permitan mejorar su calidad y eficiencia; esta evaluación debe valorar si el sistema desempeña una función útil para la salud pública y si cumple sus objetivos al analizarse tanto los componentes de estructura del proceso como los resultados del sistema objeto de vigilancia.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica tienen por objeto la recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento y análisis, y su oportuna utilización por quienes deben tomar decisiones de intervención para la prevención y control de los riesgos o daños correspondientes de la salud pública. No obstante, estos sistemas deben estar en constante evaluación por parte de las autoridades que los diseñan, así como de quienes hacen uso diario de ellos. El propósito de estas evaluaciones es asegurar que los problemas con importancia en salud pública están siendo monitorizados con eficiencia y efectividad.

Por lo tanto, realizar una evaluación permanente de un proceso en las instituciones de salud, es importante ya que permite conocer la situación real y así identificar el seguimiento, gestión y solución de los problemas, esto con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos en la IPS.

La atención primaria ha alcanzado una posición relevante en el sistema de salud y para su desarrollo se han destinado cuantiosos recursos. Esta conducta se justifica, porque es en la comunidad donde ocurre la mayor parte de los eventos que repercuten sobre la salud de los individuos, la familia y la población en general (4).

Por lo tanto, con en esta investigación se busco suministrar una información de la metodología, seguimiento, impacto y socialización de los planes de acción generados en cada uno de los análisis del comité de Vigilancia Epidemiológica COVE realizados en la institución; basados en la información suministrada en la aplicación de instrumentos evaluativos a dichos planes, y en una encuesta realizada al personal de salud involucrado en la atención del usuario, de tal forma que permita generar actividades estratégicas que conlleven al mejoramiento y efectividad de dichos planes.

Finalmente, es importante tener en cuenta que un sistema de vigilancia es útil si es capaz de generar información para dar respuestas a los problemas adversos a la salud, que permita desarrollar acciones de control y prevención o a un mejor conocimiento del problema, lo que ocasiona una mejor preparación ante un evento nocivo (5).

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la efectividad de los planes de acción generados en el análisis de los eventos adversos y/o centinelas en el Comité de Vigilancia Epidemiológica realizados por la IPS nivel básico de atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las fallas en la metodología de elaboración de los planes de acción que afectan su efectividad.
- Establecer el seguimiento realizado a los planes de acción definidos en cada uno de los COVES.
- Cuantificar los costos directos de el tiempo que invierte cada uno de los profesionales de la salud (Especialistas, Director de la IPS, Medico líder del programa, Enfermera Jefe, Psicóloga) integrantes del Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE en el análisis del mismo y el costo de las hospitalizaciones.
- Evaluar la divulgación de los hallazgos de los planes de acción generados en el análisis de los COVES al personal de Salud de la IPS.
- Determinar la Frecuencia de COVES analizados y las hospitalizaciones presentadas y la frecuencia de la relación entre estas dos variables en los usuarios pertenecientes a los programas de promoción y prevención

1 MARCO CONCEPTUAL

La salud pública se entiende como el estudio y transformación de las condiciones de salud y las respuestas sociales a nivel de la población, podemos postular que la vigilancia en salud pública debe referirse también a estos mismos elementos. El concepto ampliado de vigilancia en salud pública incluye tres componentes principales: a) vigilancia demográfica, que se refiere a la estructura y dinámica de la población en la que ocurre los fenómenos de salud; b) vigilancia epidemiológica, que se enfoca en la producción de enfermedad y en la exposición al riesgo de una población, y c) vigilancia de sistemas de salud, que se refiere al monitoreo del conjunto de servicios, recursos y políticas que se constituye en la respuesta social organizada a las condiciones de salud.

Desde el principio la recopilación de estadísticas de vida fue de incumbencia exclusiva de la autoridad suprema, fuera esta monarquía, iglesia o gobierno. De gran importancia es el hecho de que Francia, a la caída del rey del monarca y con la aparición de la noción de ciudadanía, la recopilación de las estadísticas de vida pasó de la iglesia a las autoridades civiles, y todo el sistema fue integrado en el registro civil. El establecimiento de este tipo de registro se basó en la filosofía de que los ciudadanos son individuos iguales y libres, depositarios de la legitimidad de la autoridad representativa. Esta filosofía surgió junto con la obligación del estado para inspeccionar en el más amplio sentido de la palabra: evaluar, supervisar o medir y cuidar, ver, mirar, vigilar. Para calibrar la importancia de estos desarrollos, se debe tener en mente que parte de la movilización política de la revolución francesa fue organizada en comités de salud pública, seguidos por el desarrollo del movimiento "higiénico", que a su vez llevó al trabajo de Pierre Louis y al establecimiento formal de la epidemiología. Diversos autores han comentado que los años de formación que William Farr pasó en Francia, casi en la misma época fueron decisivos para su participación en el desarrollo de las estadísticas de vida y de la epidemiología en Inglaterra y Gales.

Con el desarrollo de la nación-estado la práctica de la vigilancia fue avanzando y llevó el desarrollo de las estadísticas oficiales por medio de la vigilancia o inspección rutinaria. Finalmente en los estados democráticos modernos, las estadísticas oficiales y de vida no son solo el resultado de una función de vigilancia, sino también de un elemento en la obligación que tiene el estado de promover la asistencia pública y el bienestar de los ciudadanos. En el contexto democrático, la provisión gubernamental de estadísticas de vida están como una forma de vigilancia como un mandato civil (6).

La versión moderna sobre la vigilancia epidemiológica fue introducida por el Instituto de Epidemiología y Microbiología de Praga y por el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, en 1953, aplicada al estudio de las enfermedades en las comunidades, como por ejemplo la malaria, la fiebre amarilla, la viruela, entre otras. Aunque los

primeros intentos de este tipo de actividad tuvieron sus antecedentes en la llamada policía médica, creada en Alemania. Para HLangumirH "es la observación activa y permanente de la distribución y tendencias de la incidencia mediante la recolección sistemática, la consolidación y la evaluación de informes de mortalidad y morbilidad, así como de otros datos relevantes". Este importante científico lideró los llamados "detectives de enfermedades" creados en los Estados Unidos en la década de los años 50 del siglo XX. Llama la atención en esta definición que no se abordan las actividades de control como responsabilidad de la vigilancia. RaskaH define la Vigilancia Epidemiológica "como el estudio epidemiológico de una enfermedad, considerada como un proceso dinámico que abarca la ecología del agente infeccioso, el hospedero, los reservorios y los vectores, así como los complejos mecanismos que intervienen en la propagación de la infección y en el grado de dicha propagación". En esta definición se abordan como los elementos centrales la triada ecológica de las enfermedades transmisibles. HFossaerthH y colaboradores definieron a la vigilancia epidemiológica "como un conjunto de actividades que permiten reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad, detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones en los factores condicionantes, con el fin de recomendar, oportunamente sobre bases firmes las medidas eficientes indicadas, que lleven a la prevención y control de la enfermedad".

"La vigilancia epidemiológica no es más que una de las aplicaciones del método epidemiológico y de un conjunto de técnicas y estudios en la práctica médica rutinaria". En 1975 La Organización Mundial de la Salud (OMS) da a conocer una definición más integral donde se tiene en cuenta el lugar que ocupan los factores ambientales dentro de la Vigilancia Epidemiológica: "Se entiende como: la comparación y la interpretación de información, obtenida de programas ambientales y de monitoreo en salud, así como de otras fuentes adecuadas, con el fin de proteger la salud humana a través de la detección de cambios adversos en el estado de salud de las poblaciones, los cuales se pueden deber a factores ambientales peligrosos, todo ello con el fin de proporcionar la información necesaria para una intervención efectiva". Para la década de los 90 del siglo XX el Centro de Control de las Enfermedades de los Estados Unidos de América propone una definición mucho más abarcadora de la vigilancia, unificando los criterios ambientales, epidemiológicos, sociales y los factores de riesgo en la prestación de los servicios de salud, entre otras. Le da el nombre de Vigilancia en salud y la considera como: El seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas, para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública, incluyendo como elementos básicos la diseminación de dicha información a los que necesitan conocerla, para lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control.

Para la Organización Mundial de la Salud en los finales del siglo XX la vigilancia, sin lugar a dudas, ocupó un lugar como una función esencial de la salud pública. Se entiende como Funciones de la Salud Pública al conjunto de

actuaciones que deben ser realizadas por el Estado con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones.

La mayor dispersión en torno a los resultados obtenidos por los países se presenta en el indicador relativo a la capacidad de respuesta oportuna y efectiva, que, si bien en general constituye un área crítica para la Región de las Américas, en algunos países su desempeño constituye una fortaleza, ejemplo Cuba. (1)

La epidemiología como el término sacado de la Lengua griega (epi=upon; demos=people; logos=science). Es una ciencia preocupada por acontecimientos de salud en poblaciones humanas. En términos prácticos, es el estudio de como varios estados de salud son distribuidos en la población y qué condiciones ambientales, modos de vivir, u otras circunstancias son asociados con la presencia de factores que nos llevan a preguntar quien, que, donde, cuando, y como es la causalidad de la enfermedad. Cuando un agente finalmente es identificado, los inspectores de Sanidad pública pueden tomar medidas para prevenir o controlar la presencia de la enfermedad, tal como lo define Valanis .

A si mismo manifiesta: En el proceso de describir el modelo de enfermedad, los epidemiólogos pueden identificar nuevos síndromes clínicos, refinar clasificaciones de enfermedad, o identificar los factores que son asociados con un alto riesgo de desarrollar una condición particular. Tal información es útil a médicos en la fabricación de diagnósticos diferenciales y decidiendo el tratamiento más eficaz. Las enfermeras usan tal información en evaluaciones físicas o en el seleccionar grupos para programas de higiene específicos. Cuando un agente específico causal es identificado, los programas para eliminar al agente del ambiente o proteger la población humana del agente pueden ser instituidos. Como la epidemiología proporciona estos datos básicos necesarios para la marca de decisión en la salud pública, es considerado una de las ciencias básicas de salud pública, tal como la fisiología de anatomía, la bioquímica, y la genética constituyen ciencias básicas para la medicina y la profesión de enfermero.

La epidemiología es el estudio de la distribución de los estados de salud y de los determinantes de las desviaciones de la salud; proporcionan los datos necesarios de prevenir o controlar la enfermedad por la intervención de salud pública, proporcionan datos necesarios de maximizar el engranaje de distribución y la eficacia de intervenciones clínicas, tal como lo describe Valanis (7).

Debido a esto, la vigilancia en salud es hoy un componente de trabajo de obligatorio cumplimiento en todas las instituciones de salud, ya que permite conocer, evaluar, analizar el perfil epidemiológico de la población y el curso de la enfermedad, permitiendo crear planes de acción con el fin de mejorar la atención en salud y prevenir la incidencia de eventos centinelas y/o adversos,

garantizando de este modo la seguridad del paciente. Por lo tanto, la vigilancia en salud pública se convierte en una ayuda importante para conocer el estado de salud de la población, tal como lo refiere Fariñas (1): “la atención primaria es una herramienta indispensable para realizar el análisis de la situación de salud de sus comunidades”.

Por otro lado, la capacidad de la intervención requiere la incorporación de la vigilancia en el sistema de decisión y control, lo que implica una estrategia centrada en el proceso de toma de decisiones.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica tienen al menos tres componentes: mecanismos de recolección de información, mecanismos de procesamiento y análisis e interpretación de las informaciones y mecanismos para divulgar estas informaciones interpretadas hasta asegurar que las mismas son utilizadas en los procesos de decisión sobre las intervenciones de prevención y control.

A sí mismo, la vigilancia epidemiológica constituye un proceso dinámico, lógico y práctico de observación sistemática, activa, prolongada y de evaluación permanente, de la tendencia y distribución de casos y defunciones y de la situación de salud de la población. Permite utilizar la información mediante la identificación de los hechos, la recolección, análisis e interpretación sistemática de los datos y la distribución de los resultados y recomendaciones para tomar decisiones de intervención mediante el seguimiento de aquellos eventos o factores determinantes o condicionantes que puedan modificar el riesgo de ocurrencia, a fin de iniciar y completar oportunamente las medidas de control necesarias (8).

COMPONENTES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

- Sensibilidad: probabilidad de identificar correctamente aquellos sujetos que han padecido una determinada enfermedad.
- Especificidad: probabilidad para identificar correctamente a aquellos sujetos que no han sufrido una patología determinada o en estudio.
- Oportunidad: para que sea útil la información debe estar disponible en el momento preciso, ya que las medidas de acción deben tomarse sobre datos actualizados.
- Integridad: debe contener todos los datos y variables necesarios para cumplir con la finalidad de la vigilancia epidemiológica.
- Comparabilidad. Debe permitir la confrontación actual, pasada y su proyección al futuro. Debe ser comparable con otros datos similares tanto a nivel local, nacional, regional, como internacional.

ELEMENTOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA:

1. Insumos de entrada:
 - Notificación de enfermedades
 - Registro de defunciones
 - Investigación de casos individuales
2. Procesamiento:
 - Tabulación
 - Análisis e interpretación de los datos transformados en información
3. Salida:
 - Evaluación de programas: Eficacia (epidemiológica), eficiencia (administrativa), eficiencia del personal.
 - Recomendaciones de intervención costo-beneficio.

La vigilancia en salud se define como: “un proceso de identificación, medición y seguimiento de las fortalezas y debilidades en salud de la poblaciones, ambientales, o por la observación continua de los individuos”, el cual permite conocer a fondo la presencia de la enfermedad y su curso natural para así elaborar medidas preventivas en salud.

La vigilancia trabaja la situación de salud de grupos de la población bien definidos en función de sus condiciones de vida”. Esto explica que la aparición de la enfermedad se debe a múltiples factores como el medio ambiente, estilos de vida, herencia familiar, entre otros, los cuales influyen en el perfil epidemiológico de la población.

Fariñas (1) visualiza la vigilancia de salud como una redefinición de las practicas sanitarias, con dos concepciones básicas: una que privilegia la dimensión técnica al concebir la vigilancia en salud como un modelo asistencial alternativo conformado por un conjunto de practicas sanitarias que encierran cambios, acciones tecnológicas destinadas a controlar determinantes, riesgos y daños, y otra dirigida a privilegiar la noción de vigilancia en salud caracterizada como una practica que organiza procesos de trabajos en salud en forma de operaciones para confrontar problemas continuos en un determinado territorio, a través de operaciones montadas sobre los problemas en sus diferentes periodos del proceso salud-enfermedad.

Por tal motivo, la vigilancia es otro método de intervención en salud que permiten realizar cambios en los estilos de vida de la población y al mismo tiempo ampliar el conocimiento y la capacidad de análisis del personal de salud, el cual permite que estén actualizados y capacitados permanentemente. Al mismo tiempo, permite el trabajo interinstitucional del sector salud para enfrentar los problemas de un determinado territorio con el fin de plantear políticas que permitan disminuir estos riesgos.

De esta forma la vigilancia en salud presenta siete características básicas.

1. Intervención sobre problemas de salud (daños, riesgos y determinantes)
2. Énfasis en problemas que requieran atención continua.
3. Operacionalización del campo de riesgo
4. Articulación entre las acciones de promoción, prevención y curativas.
5. Actuación intersectorial.
6. Acciones sobre el territorio.
7. Intervención con sistemas bien diseñados.

La vigilancia en salud nos permite obtener datos, los cuales al ser analizados permiten la creación de acciones que permitan disminuir la presencia de eventos centinelas y/o adversos, como lo manifiesta Fariñas (1): “la razón de ser de la vigilancia es la obtención de información, su procesamiento, análisis y producción de recomendaciones para la acción oportuna”. Esto hace que toda esta información recolectada sobre las enfermedades de interés en salud pública se convierten en indispensables para la toma de decisiones que permitan elaborar estrategias para atender al usuario con excelente calidad. “La vigilancia en salud, es una herramienta imprescindible para la toma de decisiones en salud pública, pues permite adoptar tanto medidas correctivas como de anticiparon que redunden en el logro de una mayor eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios que se prestan”.

Por lo tanto, La vigilancia y control epidemiológicos tienen por objeto evaluar los aspectos relacionados con la frecuencia, distribución y factores condicionantes de la enfermedad y otros eventos en salud, en todo el país o en una región determinada, de tal manera que se puedan planear y ejecutar acciones de promoción, diagnóstico y control. Dicha actividad conlleva los procesos de promoción, orientación, complementación y desarrollo de la investigación epidemiológica, así como la adopción o implantación de los esquemas o modelos de Vigilancia Epidemiológica Simplificada, Corriente o Clínica e Intensificada, en los distintos niveles, tal como lo enuncia el Decreto 1562 de 1984 (9).

Así mismo, la ley 09 de 1979 (10), reglamenta el código Sanitario Nacional, donde establece las normas específicas respecto a vigilancia y control epidemiológico relacionado con el diagnóstico, pronóstico, la prevención y el control de las enfermedades transmisible y no transmisibles y demás fenómenos que puedan afectar la salud; la recolección, procesamiento y divulgación de la información epidemiológica; y el cumplimiento de las normas y evaluación de los resultados obtenidos con su aplicación.

Debido a lo anterior, el sistema de vigilancia en salud se convierte en obligatorio para todas las instituciones de salud, con el fin de obtener la mayor información posible sobre la morbi mortalidad de la población, conociendo el comportamiento de la enfermedad para evaluar cuales fueron los factores que influyeron para que el evento centinela se presentara.

Por lo tanto, el sistema de vigilancia en salud pública lo reglamenta el Decreto 3518 de 2006 (11), el cual tiene como objetivo: “crear y reglamentar el sistema de vigilancia en salud pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública, tomar las decisiones para la prevención y control de las enfermedades y factores de riesgo en salud, optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones, racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva”.

La información obtenida como consecuencia de la implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, de que trata el presente decreto, deberá ser utilizada para cumplir con las siguientes finalidades:

- a) Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública
- b) Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública
- c) Detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas de control
- d) Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados con los eventos de interés en salud y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores
- e) Identificar necesidades de investigación epidemiológica
- f) Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control
- g) Facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud
- h) Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud
- i) Orientar la formulación de políticas en salud pública.

A si mismo, el sistema de vigilancia se rige bajo los principios orientadores de eficacia, eficiencia, calidad, previsión y unidad enunciados en el Decreto 3518 de 2006 (11).

Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 (12) y la Ley 647 de 2001(13), tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

a) Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de la Protección Social en relación con los procesos básicos de la vigilancia en sus redes de servicios;

b) Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso;

c) Estructurar y mantener actualizadas las bases de datos sobre los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de la Protección Social;

d) Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada;

e) Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

f) Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública;

Del mismo modo, todos los responsables del Sistema de Vigilancia en Salud Pública deberán realizar el análisis del comportamiento de los eventos sujetos a la vigilancia en salud pública, acorde con los lineamientos establecidos en los modelos y protocolos de vigilancia en salud pública, con el objeto de orientar las intervenciones en salud dirigidas al individuo y a la colectividad y la formulación de planes de acción en salud pública en su jurisdicción.

Además, en concordancia con las normas y disposiciones definidas por el Ministerio de la Protección Social en materia de vigilancia en salud pública, las diferentes entidades deberán articular los planes y proyectos de ejecución, desarrollo y/o fortalecimiento del Sistema en su jurisdicción, al Plan Sectorial de Salud para efectos de la unidad e integración de acciones en la gestión de la salud pública (11)

Las entidades administradoras de planes de beneficios de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y organismos de los regímenes de excepción, deberán constituir comités de vigilancia en salud pública institucionales para el análisis y difusión de la información de vigilancia en

salud pública de su competencia; las cuales deben cumplir las siguientes funciones:

- a) Realizar el análisis e interpretación de la información generada por la vigilancia en salud pública y emitir las recomendaciones para la orientación en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de las acciones de control de los problemas de salud de su área de jurisdicción;
- b) Asesorar y apoyar a la autoridad sanitaria territorial en la adopción, implementación y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Ministerio de la Protección Social;
- c) Recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a garantizar la gestión y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción;
- d) Asesorar a la autoridad sanitaria territorial sobre la investigación en salud que se deba realizar de acuerdo a las prioridades y lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.(14)

Por otro lado, según refiere Fariñas (1): “desde el punto de vista de la práctica epidemiológica en los servicios se amplió la vigilancia, agregando nuevos objetivos, que pasan a abarcar no solo las enfermedades transmisibles, sino que incorporan investigaciones, además de un cúmulo de datos sobre otros problemas como la mortalidad infantil, materna, enfermedades crónicas, accidentes y violencia, aspectos relativos a la organización de los servicios de salud, entre otros, lo que contribuye a una mejor y mas oportuna planificación de salud”.

Debido a esto se crea el comité de vigilancia epidemiológica – COVE el cual tiene como propósito decidir o hacer recomendaciones, sobre bases objetivas o científicas, acerca de las medidas a corto, mediano o largo plazo, que es preciso tomar a fin de controlar o de prevenir el problema.

El Comité de Vigilancia Epidemiológica tiene las siguientes funciones:

FUNCIONES CENTRALES:

- Detección de casos
- Reporte
- Investigación y confirmación
- Análisis e interpretación
- Acciones que comprenderían: control-respuestas oportunas, políticas, realimentación.

FUNCIONES DE APOYO:

- Establecer instrumentos estandarizados de notificación (definición de casos).
- Entrenar y supervisar a los recursos humanos
- Crear redes de laboratorios para el logro de diagnósticos oportunos
- Organizar las vías de comunicación para facilitar el flujo de información
- Manejar oportunamente los recursos
- Garantizar una adecuada coordinación-integración del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que evite afectar el funcionamiento del sistema, el costo del sistema y la susceptibilidad del sistema.

OTRAS FUNCIONES (15).

- Establecer el perfil epidemiológico de la población atendida, analizando en forma relevante la información sobre morbilidad y mortalidad obtenida a través de diferentes fuentes de información, con el fin de describir los escenarios existentes a la Dirección Médica para la toma de las medidas pertinentes.
- Coordinar la notificación de eventos sujetos a vigilancia epidemiológica según la legislación vigente.
- Desarrollar programas de vigilancia epidemiológica relacionados con uso de medicamentos y dispositivos médicos, realizando seguimiento a eventos no deseados e intervenir en conjunto con el Comité de Farmacia y Terapéutica.
- Realizar seguimiento y evaluación de los perfiles epidemiológicos institucionales.
- Promover la aplicación de las guías integrales de atención establecidos por el Instituto Nacional de Salud para los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica según la legislación vigente.
- Coordinar acciones de vigilancia epidemiológica con las EPS-C, EPS-S y Direcciones Locales para intervenciones a la comunidad y el grupo familiar.
- Desarrollar modelos de tecnovigilancia para transplantes (sobrevida anual, índice de rechazo, complicaciones, etc.), transfusiones sanguíneas y hemoderivados.
- Trabajar conjuntamente con el Comité de Gestión Ambiental en modelos de vigilancia de características ambientales, sustancias químicas, infraestructura y vectores.

VALORES AGREGADOS

1. Es exigencia en la contratación y seguimiento de las EPS.
2. Ahorra costos, por reducción del consumo de recursos como antisépticos, desinfectantes, etc.; reduce incapacidades laborales de los empleados, al instaurar medidas de control y prevención.
3. Protege la imagen institucional contra difamaciones ante casos específicos de sospecha de infección atribuible a intervenciones hospitalarias.
4. Reduce la estancia hospitalaria prolongada innecesaria por infecciones prevenibles.
5. Reduce mortalidad por infecciones.
6. Asesora a las directivas, sobre toma de decisiones relacionadas con los aspectos de vigilancia rutinaria.

¿POR QUÉ UN COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA? (16)

- Ley 09/1979: Estableció las normas de control epidemiológico institucional.
- Decreto 1562/84: Definió la vigilancia, diseccionó su objeto, y estableció el personal de vigilancia para las instituciones.

Artículo 23 y 24: Define la misión y composición del Comité de infección Intrahospitalaria.

Artículo 28: Define los Instrumentos de vigilancia.

Artículo 34: Define la obligación de información al ente local.

Artículo 1918 de la ley 100: Define la obligatoriedad de informar.

- Decreto 2174/96: Establece el sistema de garantía de calidad (27).

Con el fin de cumplir la reglamentación del Decreto 3518 de 2006 (11) el cual comprende todo lo relacionado con Vigilancia Epidemiológica; La IPS privada instaura en el 2006 el Comité de Vigilancia Epidemiológica – (COVE) en cada una de sus IPS, donde plasmaron un protocolo que comprende la metodología a seguir en el análisis de los casos que se presentan en el comité, el cual describe (18):

TIPOS DE EVENTOS A VIGILAR

Los eventos en salud sometidos a vigilancia dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, serán aquellos cuya importancia para la salud colectiva sea evidente, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, costo efectividad, posibilidades de prevención, alto costo, transmisibilidad e interés público; que además requieren ser enfrentados con medidas de salud pública y garantía de la calidad, pertinentes de acuerdo con la variabilidad de su comportamiento en la población.

Componentes del Sistema de Vigilancia. Los eventos en salud a ser vigilados se organizan en los siguientes componentes:

- a. Componente de Vigilancia de Eventos Transmisibles y de Fuente Común: se consideran aquellas enfermedades, que por sus condiciones de transmisibilidad, pueden ser de alto poder epidémico y/o en todo caso su ocurrencia se reconoce como un riesgo para la salud colectiva. Además se incluyen aquellas enfermedades cuya presencia se relaciona con una fuente común de exposición.
- b. Componente de Vigilancia de la Mortalidad/Morbilidad Evitable: se vigila la ocurrencia de muertes que pudiesen haber sido evitadas si la población hubiese tenido acceso oportuno y adecuado a acciones de prevención primaria, detección temprana y/o tratamiento.

La evitabilidad es un indicador de la calidad de la prestación de los servicios. Los eventos evitables son todas aquellas hospitalizaciones de los grupos específicos de riesgo que se hubiesen podido evitar a través de actividades como la consulta médica, la adherencia al tratamiento, educación, intervención por psicología, si se produce en forma articulada y se logran resultados en salud más efectivos. El análisis exhaustivo de los eventos evitables son importantes para establecer los aspectos críticos, tales como fallas de la atención, la falta de seguimiento de afiliados con problemas de adherencia, fallas administrativas y debilidad en los procesos de Promoción y Prevención.

El identificar los eventos de carácter evitable sirve de insumo para las estrategias mejoramiento continuo en la organización y en los prestadores de servicios de Salud

También se definen como eventos evitables aquellos que son susceptibles de no llegar a desarrollarse si es intervenido previamente con acciones de salud debidamente comprobadas, de acuerdo al conocimiento tecnológico actual que se tiene disponible, que impiden o disminuye la probabilidad de que se presente.

- c. Componente de Vigilancia a los Indicadores Centinelas de la Calidad: se vigila la efectividad de acciones de protección específica y detección

temprana en la población y el manejo de las enfermedades de interés en salud pública. La presencia u ocurrencia de uno de estos eventos en la aseguradora, exige la necesidad de identificar los aspectos críticos determinantes de la ocurrencia de estos eventos, evaluar la efectividad de las estrategias de demanda inducida, seguimiento, adherencia y coberturas de los programas de promoción y prevención y manejo de los protocolos de atención.(18)

Los Indicadores centinelas establecidos en la resolución 412/ 2000 (10) son los siguientes y deben ser objeto de análisis en los COVES de las IPS-EPS: Bajo peso al nacer; Otitis media supurativa; Hospitalización por neumonía en niños y niñas de tres a cinco años; Hospitalización por deshidratación en niños y niñas de tres a cinco años; Muerte Materna; Muerte por Malaria y Muerte por Dengue.

La Joint Commission on Accreditation of organization define un evento centinela como un hecho inesperado, no relacionada con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave, o el riesgo de sufrirlas a futuro.

Así mismo, la complicación, que es un acontecimiento ligado a factores intrínsecos del paciente, también se podría definir como un suceso adverso que muestra una situación no esperada en términos de la práctica clínica, cuya causalidad podría estar cuestionada en el manejo operacional o calidad del servicio, el cual requiere reportarse a los administradores y ser analizado (19).

- d. Componente de vigilancia de cobertura de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública: este componente hace referencia a la vigilancia de las coberturas de las acciones de protección específica y detección temprana establecidas como obligatorias en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Permite monitorear la acción de las organizaciones responsable, para implementar oportunamente mecanismos de mejoramiento que garanticen el impacto positivo de dichas intervenciones en la población.

La IPS en el análisis del Comité de Vigilancia Epidemiológica utiliza la metodología “RUTA HACIA LA VIDA” (18), la cual pretende establecer las causas del evento centinela y/o adverso, a través de los siguientes retrasos:

Retraso 1. Reconocimiento del problema. Dentro de este aspecto se pueden enumerar algunos ejemplos:

- Se reconoce el problema con prontitud por parte del afiliado
- El afiliado reconocía los factores de riesgo durante de su proceso Salud – Enfermedad.
- Desconocimiento de derechos en el sistema de seguridad social.
- Desconocimiento de derechos y deberes en salud.

Retraso 2. Oportunidad de decisión y la acción:

- Se presentaron inconvenientes familiares, culturales, económicos para tomar decisión oportuna de solicitar atención médica.
- Experiencias negativas en los servicios de salud demoraron la decisión de solicitar atención.

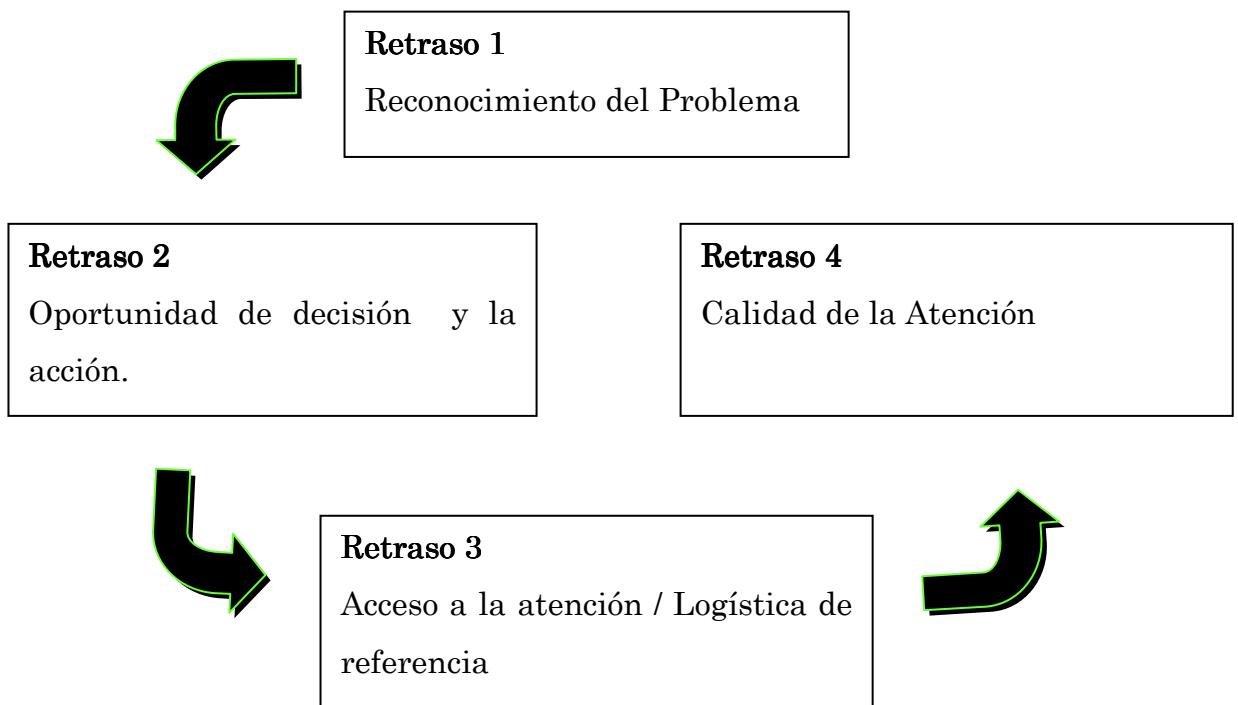
Retraso 3. Acceso a la atención / Logística de referencia.

- Inaccesibilidad geográfica o por orden público.
- Falta de estructura vial y de comunicaciones.
- Factores económicos dificultaban el traslado.
- No hubo el acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio.
- Remisión oportuna.

Retraso 4. Calidad de la atención.

- Tratamiento médico adecuado y oportuno.
- Calidad de la atención en cuanto a identificación del riesgo.
- Personal suficiente y capacitado para la atención en los diferentes niveles de atención.
- Evaluación y cumplimiento de protocolos.
- Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados etc.
- Programas de promoción y prevención ineficientes.
- Inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante o al afiliado según el caso.
- Atención en niveles no acordes a su gravedad.
- Calidad de los apoyos diagnósticos (ecografías, exámenes de laboratorio etc).
- Deficiente historia clínica.
- Niveles de atención que no garantizan en forma permanente servicios que se habilitan o acreditan.

CAMINO PARA SUPERVIVENCIA RUTA HACIA LA VIDA



Al realizar el análisis del evento adverso y/o centinela en el Comité de Vigilancia Epidemiológica se busca evaluar cada uno de las causas que llevaron a que el caso se presentara, lo que permite conocer las fallas y realizar planes de acción para mejorarlas. Por lo tanto, la evaluación es un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar en todos sus aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia (20).

Evaluar es medir un fenómeno, o desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios preestablecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia.

Debido a esto, la evaluación debe ser parte integral del diseño y desarrollo de cualquier programa o intervención que pretenda aliviar o solucionar problemas asociados a la calidad de vida de las personas .

A sí mismo, la evaluación es la investigación sistemática de los meritos, valores o significancias de un objeto. Cuando se planea un sistema de vigilancia nosotros necesitamos hacer la pregunta, ¿que queremos saber? Además cuando se evalúa un sistema de vigilancia es necesario determinar si es la propuesta de sistemas de vigilancia que necesitamos. La función del sistema puede ser evaluado usando criterios específicos y estándares de realización.

La evaluación de una operación de sistemas de vigilancia para una mayor prioridad en casos de salud se dirige a incrementar la utilidad y eficiencia de los sistemas. Puede también compararse dos o más sistemas que involucren los mismos casos de salud. Aun mas importante es que determinara si el sistema está logrando sus objetivos cumpliendo una función de salud de uso público, y operando lo más eficiente posible. La evaluación de un sistema de vigilancia podría incluir al menos los siguientes pasos (21):

1. Una declaración explícita de las propuestas y objetivos del sistema
2. Una descripción de su operación
3. Documentación de cómo ha sido usado el sistema de vigilancia
4. Una valoración de los diferentes atributos
5. Estimación del uso de los sistemas

Algunos de los elementos de evaluación podrían ser usados para evaluar otros sistemas de formación en salud o evaluar la calidad de los recursos de los datos secundarios para la vigilancia, los cuales podrían ser: la importancia de la salud pública, objetivos y utilidad, operación de los sistemas (simplicidad, flexibilidad, accesibilidad, sensibilidad, calidad predictiva, representatividad y puntualidad), y costo.

El primer paso en la evaluación para un sistema de vigilancia es responder la pregunta ¿podría este caso de salud estar bajo vigilancia? Esta pregunta podría ser contestada desde una perspectiva externa al mismo sistema de vigilancia; también podría ser cuestionado cuando comenzar un nuevo sistema o antes de conducir una evaluación detallada de uno existente. Este es hecho inicialmente para valorar la importancia de la salud pública de un caso de salud y como determinar su importancia cuando es comparado con otros casos de salud. Una vez un caso de salud es identificado como que es de alta prioridad, es importante considerar ambas opciones, la viabilidad, y el costo del manejo de la vigilancia para este caso.

La importancia de la salud pública de un caso de salud y la necesidad de la vigilancia de este caso de salud puede ser descrita en una variedad de formas. Los casos de salud que afectan muchas personas o requieren de largos gastos de recursos son claramente importantes en un contexto de salud pública. Sin embargo los casos de salud que afectan relativamente a pocas personas también pueden ser importantes, especialmente si los casos se agrupan en tiempo y lugar. Otras veces las preocupaciones publicas pueden concentrar la atención en un caso de salud particular, creando o aumentando el sentido de la importancia asociada con él.

La evaluación implica desarrollar cuatro pasos fundamentales (22):

- Identificación y priorización del sistema de vigilancia que se desea evaluar.
- Diseño del estudio, elaboración de criterios, recogida de datos, presentación y evaluación.

- Presentación de los resultados, elaboración y aprobación de las proposiciones correctoras.
- Establecimiento de las medidas correctoras. Control y re-evaluación.

La evaluación permite contestar preguntas como las siguientes (21):

- Valoración por necesidades: cuál es la necesidad? Cuáles son las condiciones sociales y de salud a las que debe dirigirse?
- Sobre la conceptualización del programa y su diseño: Esta apropiadamente diseñado?
- Sobre las operaciones del programa y la prestación de los servicios: Se está implementando adecuadamente?
- Sobre los resultados e impactos: Realmente tiene los resultados deseados? Hay efectos colaterales o no esperados?
- Sobre el costo y la eficiencia: cuál es el costo del programa? Es costo-efectivo? Es sostenible?

La evaluación puede estar organizada en tres niveles: operacional, técnica y de impacto (22).

Evaluación operacional

Es la evaluación interna de los procesos propios del funcionamiento del sistema. Esta implica la evaluación administrativa de todos los niveles, de los recursos humanos, materiales, económicos, etc.

Cuando se evalúan recursos humanos se deben tener en cuenta aspectos de calidad como competencias para desempeñar una función, cantidad de personas necesarias para cubrir los objetivos, motivación y dedicación del personal a esta tarea.

En cuanto a los recursos económicos, se evaluarán los costos por cada actividad en que esté comprometido el sistema.

Cuando nos referimos a costo es aquel gasto o sacrificio de un activo en el que se incurre como consecuencia de la producción de un bien o de la prestación de un servicio. También puede referirse a todo esfuerzo o pérdida de satisfacción que sea susceptible de alguna forma de valoración.

Evaluación técnica

Es la evaluación de la naturaleza y de las características del producto del sistema, o sea, de las recomendaciones y conclusiones. Está muy relacionada con los propósitos y objetivos de cada sistema de vigilancia. En este punto se examinará la información enviada por los distintos niveles operativos para juzgar su confiabilidad.

Evaluación del impacto

Se mide teniendo en cuenta el cumplimiento de los objetivos de los eventos objeto de vigilancia, también se describirá su tendencia analizando si su comportamiento guarda relación con las medidas desarrolladas a partir del sistema de vigilancia.

En cada uno de estos tres niveles (evaluación técnica, operacional y de impacto) se deben considerar tres elementos indispensables:

- La utilidad.
- La calidad.
- El costo.

La utilidad: ¿Es útil la información que se está produciendo con conclusiones y recomendaciones? ¿Se han tomado medidas específicas de control?

La calidad: ¿Con qué criterios cuantitativos se evalúa la sensibilidad, la especificidad, la representatividad y la oportunidad del sistema? ¿Se analizan cualitativamente la simplicidad, flexibilidad y aceptabilidad del sistema?

El costo: ¿Se realiza una evaluación sostenida de la relación costo/beneficio, del ahorro logrado, de las muertes evitadas, de los gastos en atención médica y los días laborales y escolares perdidos? ¿Se determina el beneficio derivado de los accesos a la prevención y control del sistema que se ha recomendado?

A partir de estas definiciones resulta claro que la evaluación es una herramienta fundamental para iluminar la toma de decisiones, desde su concepción y diseño hasta su posterior valoración en términos de logros e impactos (21).

A sí mismo, debe siempre tenerse presente que la evaluación debería orientar a los tomadores de decisiones para establecer las posibles razones que explican el comportamiento del COVE en cada una de esas dimensiones de interrogantes y con esto ayudar a determinar líneas de acción que mejoren su efectividad. Sin evaluación es imposible saber si los recursos están siendo aprovechados apropiadamente, si las acciones emprendidas se están realizando según lo planteado y si esas acciones están provocando los cambios deseados en las dimensiones de calidad de vida que constituyen las metas de impacto finales para cualquier proyecto de salud.

Entonces a partir de lo anterior es claro que la evaluación es una herramienta poderosa, pues informa la toma de decisiones, ayuda a identificar y corregir errores y permite hacer las intervenciones más eficientes y efectivas.

Por lo tanto, la efectividad se define con el resultado de las acciones de salud, sobre la población objeto (20).

Se parte de problemas (o necesidades) de salud identificados en una población para los cuales se diseñan y ejecutan estrategias de ataque que tratan de resolverlos. Estas soluciones se orientan a prevenir problemas, a mantener o a fomentar la salud, o a recuperar la salud perdida.

A sí mismo, todo nivel de decisión sobre salud necesita recolectar, procesar e interpretar información y decidir para actuar, con relación a los objetos de vigilancia. Mientras más fuerte sea la capacidad local para decidir e intervenir, mayor tiende a ser la efectividad y utilidad del sistema de vigilancia. (23)

Las intervenciones de prevención y control de problemas de Salud Pública han de ser eficientes, eficaces y efectivas. La eficiencia se refiere al costo por actividad realizada; a la capacidad de intervención para controlar el riesgo o el problema.

La efectividad se refiere al impacto de la intervención en la población. Esto depende de la eficacia, pero también depende del costo y de las condiciones operativas, es decir, de la posibilidad real de que la población sea alcanzada por intervención. Una intervención puede ser de alta eficacia y sin embargo, baja efectividad. (23)

Las intervenciones en salud pública como ocurre en las intervenciones en salud individual, tienen un comportamiento similar al de dosis-respuesta. Para que el problema se modifique es necesaria cierta potencia, que depende de la cobertura y la calidad de la acción.

Por otro lado, el elemento descriptivo final es la estimación del costo de los recursos usados para operar el sistema, los estimados generalmente son limitados a los costos directos e incluyen los costos de operación del sistema. Por ejemplo: el personal y recursos requeridos para la colección, proceso y análisis de los datos de vigilancia, igual para la diseminación del resultado de información de los sistemas.

Los costos personales pueden ser determinados desde el presupuesto del tiempo que toma operar el sistema para personal diferente mientras esto puede ser expresado como tiempo personal gastado por año de operación, es preferible convertir el presupuesto al costo del dólar para multiplicar el tiempo por persona por el salario apropiado y el beneficio que figura. Otros costos pueden incluir estos asociados con viajes, los implementos y servicios como carta, teléfono la renta y el tiempo en el computador. Los recursos requeridos a todos los niveles relevantes de los sistemas de salud pública-desde el proveedor del cuidado de la salud local a municipal, condado, estado y agencias federales de salud- podrían ser incluidos (24).

El acceso a los recursos descritos aquí solo incluyen los recursos personales y materiales requeridos por la operación directa de vigilancia. Una evaluación mas comprensiva de los costos podría examinar costos consecuenciales o indirectos tales como seguir los exámenes de laboratorio o tratamientos, casos de investigaciones o resultados de control de brotes de vigilancia, costos de recursos de datos secundarios por ejemplo: estadísticas vitales o datos de supervivencia, costos incurridos en procesos y análisis de datos y beneficios por la vigilancia.

Los costos son juzgados con relación a los beneficios. Los beneficios estimados semejantes al ahorro resultan de las patologías prevenidas a través de la vigilancia, puede ser posible en algunas instancias, aunque este acceso no toma en cuenta los beneficios menos tangibles que pueden resultar de los sistemas de vigilancia. En más instancias los costos pueden ser estimados con respecto a los objetivos y utilidades de un sistema de vigilancia específico.

Morris, desarrollo un marco de evaluación para calcular la efectividad del costo de las actividades de vigilancia y condujo un detallado análisis de costo para la vigilancia del SIDA en Inglaterra y Wales; este análisis demostró que el sistema de vigilancia podría prevenir 9.5 infecciones del VIH por año para ser un costo efectivo (24).

Por lo tanto, con el fin de intervenir las fallas encontradas en el análisis del caso en el Comité de Vigilancia Epidemiológica, se realiza un Plan de Acción, el cual compromete el trabajo de una gran parte del personal de la institución, estableciendo plazos y responsables y un sistema de seguimiento y monitoreo de todas las acciones diseñadas.

Los planes de acción son documentos debidamente estructurados que forman parte del Planeamiento Estratégico de la Empresa, ya que, por medio de ellos, es que se busca “materializar” los objetivos estratégicos previamente establecidos, dotándoles de un elemento cuantitativo y verificable a lo largo del proyecto.

Dichos planes, en líneas generales, colocan en un espacio definido de tiempo y responsabilidad las tareas específicas para contribuir a alcanzar objetivos superiores .

Así mismo, los planes de acción son un conjunto de elementos de control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de auto evaluación, de evaluación independiente y de las observaciones formales provenientes de los órganos de control.

El objetivo primordial de los Planes de Acción es promover que los procesos internos de las entidades se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones correctivas y a la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo (25).

Un aspecto importante del plan de acción consiste en elaborar una estrategia y tácticas para la introducción de los cambios, en particular para abordar los problemas humanos que se pueden prever y para superar cualquier resistencia al cambio.

El equipo debe elaborar el plan de acción concreto que adoptará la organización para accionar sobre las causas que inciden de una u otra manera en los problemas detectados, priorizando desde luego estas acorde al estado en que las mismas se diagnosticaron, dándole preferencia a las críticas, a aquellas que tengan mayor impacto y que tengan mayores posibilidades de éxito en las condiciones objetivas y subjetivas existentes en el entorno así como en el contexto cultural de la Organización, las soluciones o acciones que se proyecten en sentido general pueden ser clasificadas de manera general en dos grupos.

1. Acciones directas.
2. Acciones indirectas

Las acciones directas por lo general tienen las siguientes características.

- Dependen de una decisión interna, siendo por lo general su origen derivado de factores objetivos que en su mayoría tienen un consenso aplastante.
- Van dirigidas a una o pocas dimensiones esenciales muy concretas.
- Son por lo general correctivo o de generalización, no requiriendo estudios adicionales muy profundos y/o complejos, estando en su mayoría estructuradas.
- Por regla general sus resultados son palpables de inmediato o en cortos plazos.
- No representan grandes inversiones de recursos humanos, materiales y/o financieros.

Las acciones clasificadas como indirectas por lo general tienen las características siguientes:

- ✓ Dependen de una decisión externa, la acción en si consiste en convencer, fundamentar la necesidad, buscar apoyo, aprobación en las instancias superiores.
- ✓ Dependen de una decisión interna pero las acciones definitivas surgirán después de un estudio más profundo, el cual por lo general es complejo y no tiene soluciones estructuradas.
- ✓ Requieren de una preparación previa requiriendo ésta plazos normalmente medios o largos, la acción en sí es la preparación de dichas condiciones, las cuales no pocas veces demandan esfuerzos multidisciplinarios. (26)

El Plan de Acción permite contar con eficientes y eficaces criterios para garantizar una adecuada disposición y distribución de recursos humanos, físicos, logísticos, financieros y tecnológicos, convirtiéndose en una herramienta de gestión y auto evaluación permanente, suministrando importante información gerencial relacionada con el avance de los compromisos asumidos, la correspondiente toma de decisiones y las oportunas acciones correctivas.

Con base en la auto evaluación permanente de la gestión que realizan las Unidades Organizacionales y en los informes del avance trimestral del Plan de Acción, la Oficina de Planeación analiza y consolida los resultados y el cumplimiento, asegurando que los jefes de las unidades organizacionales y el Director General tomen decisiones oportunas.

Es responsabilidad de todas las Unidades Organizacionales realizar la formulación, auto evaluación y seguimiento a los planes de acción, de acuerdo con los lineamientos metodológicos que están implementados en el Instituto. Los encargados de las Unidades Organizacionales deben sensibilizar y hacer partícipes de esta actividad a los funcionarios a su cargo, dado que este proceso es eminentemente participativo y concertado.

Para lograr el resultado esperado se requiere un trabajo en equipo comprometido, en el que se debe establecer mecanismos de autocontrol, auto seguimiento y auto evaluación y se debe efectuar el envío oportuno de los seguimientos y evaluaciones de los planes de acción, en las fechas establecidas en el instructivo.

Los planes de acción deben asumirse como una responsabilidad integral y como un acuerdo de gestión establecido entre la Unidad Organizacional y la Dirección General, en su construcción, ejecución y evaluación, con el fin de lograr los objetivos institucionales, en cumplimiento de la misión institucionales y de los fines del Estado.

PRINCIPIOS QUE ORIENTAN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

La elaboración de los planes de acción debe ceñirse a los principios generales que orientan los procesos de planeación y presupuesto. Entre otros, se deben tener en cuenta los siguientes:

- **Coordinación:** En la elaboración del Plan de Acción, las diferentes Unidades Organizacionales, con la orientación y asesoría de la Oficina de Planeación, deben definir y coordinar las acciones y actividades que requieren responsabilidad compartida con otras dependencias ya sean internas o externas.
- **Continuidad:** El Plan de Acción debe garantizar el desarrollo de los programas, proyectos y metas con los cuales se pretenden alcanzar los objetivos del Plan Estratégico.
- **Eficiencia:** El Plan de Acción debe permitir el cumplimiento de los objetivos específicos y actividades relacionadas con las estrategias Institucionales, al menor costo posible, optimizando el uso de los recursos financieros, físicos y humanos.
- **Coherencia:** Las actividades aprobadas en el Plan de Acción, deben guardar coherencia con los objetivos del Plan Estratégico.
- **Planificación:** El Plan de Acción debe permitir la concordancia entre el presupuesto del Instituto y el Plan Estratégico.

El ciclo de gestión del Plan de Acción es dinámico y se basa en la autogestión y en el autocontrol, retroalimentando permanentemente las diferentes etapas previstas en el proceso de planeación.

La operativización del Plan de Acción es responsabilidad de todos los funcionarios del Instituto y de los encargados de la Planeación funcional, quienes con base en el compromiso individual y colectivo buscan garantizar el cumplimiento de la misión Institucional.

METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

El proceso para la elaboración del Plan de Acción, como instrumento metodológico para materializar los compromisos y responsabilidades en el cumplimiento de los objetivos y metas del Plan Estratégico de la Institución se realizará mediante la utilización de los formatos estandarizados, en los cuales cada Gerente de Unidad Organizacional es el responsable de la información consignada. La recomendación reiterada es no **modificar su estructura**.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR METAS

Por cada meta seleccionada del Plan Estratégico o meta complementaria, se debe formular mínimo un objetivo específico y máximo cuatro, el cual ó los cuales deben estar interpretados como resultados concretos y medibles y sobre los que se realizará el seguimiento y evaluación de la meta y metas asociada del Plan.

CARACTERÍSTICAS DE LOS OBJETIVOS:

- ☐ Deben ser formulados con un verbo de acción, deben expresar de forma clara y concreta el fin o resultado en términos de lo que se espera lograr y no de la actividad o medio que se debe realizar para lograrlo.
- ☐ Establecer el resultado que se quiere lograr: cuanto, cuando y donde. Utilizar expresiones como por ejemplo: incrementar en %, reducir en %, atender %, capacitar número de funcionarios o implantar en cuales sedes, etc. No se deben utilizar aquellos verbos como apoyar, coordinar, fomentar, participar y fortalecer, con los cuales no se puede medir el resultado del objetivo.
- ☐ Ser viables, factibles y alcanzables, de acuerdo con la disponibilidad de recursos financieros, técnicos y tecnológicos disponibles.
- ☐ Ser definidos y verificables en el tiempo, tener una fecha de inicio y una fecha de terminación.
- ☐ Ser medibles mediante un indicador que permita cuantificar el avance o cumplimiento de los resultados esperados.

☐ Tener un responsable, En la casilla de responsables, se debe identificar el cargo de la persona, no deben colocarse los nombres de los funcionarios, debido a que el cargo permanece, mientras que los funcionarios pueden ser trasladados.

La ponderación porcentual del objetivo depende del número de objetivos específicos que se formulan para cada meta y del impacto directo o indirecto o la importancia relativa, por lo tanto se pueden presentar las siguientes circunstancias:

☐ **Un solo objetivo específico:** Logra el cumplimiento de la meta, entonces su valor o peso relativo será del 100 %.

Cuatro (4) objetivos: Si representa la misma importancia, entonces su valor o peso relativo sería del 25% (cada uno), para un total de 100 %.

☐ **Objetivos específicos formulados con nivel de importancia o impacto diferente:** es necesario asignar de manera objetiva a cada objetivo su valor o peso relativo, considerando que la suma de las ponderaciones de los objetivos tiene que ser igual al 100%.

EJECUCION DEL PLAN DE ACCION:

Garantizar las condiciones establecidas para la programación de las actividades en secuencia, metodología y disponibilidad de recursos humanos, logísticos, técnicos y tiempos.

☐ Gestionar que cada Unidad Organizacional programe la consecución y utilización de los recursos, con el fin de garantizar de una manera eficiente y eficaz, el logro de los resultados que dependan de esta variable.

☐ Realizar un trabajo en equipo comprometido, estimulando y motivando a los funcionarios, para establecer mecanismos de autocontrol, autoseguimiento y autoevaluación.

☐ Realizar seguimiento permanente para asegurar que durante el tiempo programado los resultados y actividades logrados correspondan a lo que se planeo, y así detectar variaciones, aplicar correctivos y tomar las decisiones pertinentes.

☐ Efectuar seguimiento y evaluación de los resultados y actividades continua y constantemente, con el fin de verificar que lo planeado se esté ejecutando, en caso contrario, evaluar particularmente cada situación y tomar los correctivos correspondientes.

RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN:

En la casilla de responsables, se debe identificar el cargo de la persona, **no deben colocarse los nombres de los funcionarios**, debido a que el cargo permanece, mientras que los funcionarios pueden ser trasladados.

RESPONSABLES DE REMITIR LA FORMULACIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Es responsabilidad de todas las Unidades Organizacionales realizar la formulación, auto evaluación y seguimiento a los planes de acción, de acuerdo con los lineamientos metodológicos que están implementados por la institución. (26)

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

La etapa de seguimiento y evaluación, se concibe como un proceso dinámico y permanente, que garantiza en el tiempo la retroalimentación y la toma de acciones correctivas relacionadas con el desarrollo y ejecución del Plan de Acción.

El proceso de evaluación permite a los responsables de la ejecución del Plan de Acción :

- ☐ Disponer de manera oportuna y permanente de la información relacionada con el logro y avance de resultados de los objetivos específicos y del desarrollo de las actividades.
- ☐ Determinar la variación entre lo planeado y lo logrado.
- ☐ Identificar los obstáculos en la ejecución del Plan.
- ☐ Tomar correctivos y decisiones oportunas. (27)

La evaluación del Plan se realiza en torno al cumplimiento de dos principios fundamentales: **eficiencia y eficacia (28)**.

Un instrumento importante para la medición de la *eficacia* y la *eficiencia* de las dependencias es el **Seguimiento al Plan de Acción**, que en las entidades se realiza a partir de la comparación entre lo efectivamente realizado y lo propuesto por un lado y por el otro entre la inversión ejecutada y el presupuesto definitivo.

La *eficacia del Plan*; se realiza a través del **Seguimiento a Indicadores y Metas**. Con base en la información existente, se evalúan los siguientes parámetros descritos a continuación:

1. Evaluación de las metas del Plan indicando:

- Que proyectos y recursos (humanos, técnicos, financieros, tecnológicos) se emplearon para cumplir las metas es del Plan.
 - Logro alcanzado. Explicar cómo las acciones propuestas contribuyeron al logro de las metas.
 - En caso de no haber cumplido con la meta propuesta, que acciones correctivas se han propuesto.
 - Calcular un promedio simple del cumplimiento de las metas del Plan (Eficacia)
2. Análisis de la inversión y su relación con los logros obtenidos. (Informe de seguimiento a la gestión del Plan de Acción).
- Cuántos proyectos de inversión y en qué cuantía propuso en su Plan de Acción para desarrollar.
 - Cuantos proyectos de los inicialmente propuestos ejecutó, en qué cuantía y en qué porcentaje de ejecución
 - Cuántos proyectos que no identificó inicialmente en su Plan de Acción adelantó, en qué cuantía y porcentaje de ejecución
 - Explique las razones de los cambios presentados en su Plan de Acción.
 - Logros de los proyectos de gestión propuestos en el Plan de Acción (Informe de seguimiento a indicadores de gestión del Plan de Acción).
3. Análisis de la gestión alcanzada:.
- Indicar cuál fue la contribución de la Institucion en el logro de los programas y macroproyectos del Plan
 - Dado que el Plan tiene un alto componente intersectorial, que acciones y/o proyectos adelantó en este contexto. (28)

RESPONSABILIDADES

- Del avance, seguimiento y evaluación del Plan de Acción, el responsable es el Gerente de la Unidad Organizacional.
- De la formulación, ejecución y control, todos los funcionarios que integran las dependencias..(27)

La ley 872 de 2003 (29) por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad complementario a los Sistema de Control Interno y Desarrollo Administrativo, de manera expresa consagra para el Estado Colombiano, la adopción de acciones correctivas y preventivas que permitan a la administración establecer mecanismos eficientes y oportunos que conlleven a hacer más eficaces los procedimientos y a mejorar el cumplimiento de sus objetivos y resultados.

Los planes de mejoramiento consolidan acciones derivadas de la Auditoría interna y de recomendaciones generadas por la evaluación independiente, tomando como base la definición de un programa de mejoramiento de la entidad a partir de:

- Los objetivos definidos
- La aprobación por la Autoridad competente
- La asignación de los recurso necesarios para la realización de los planes
- La definición del nivel de responsabilidad
- El seguimiento a las acciones planteadas
- La fijación de las fechas límites de Implementación
- La determinación de los indicaciones de logro
- El seguimiento a las mejoras, con lo cual se establecen las especificaciones de satisfacción y confiabilidad.

Metodología para elaborar un Plan de mejoramiento (30)

I Parte: Análisis de las debilidades o necesidades detectadas

1. Analizar las causas de cada debilidad señalada en los criterios; se debe contestar la pregunta: ¿de qué depende lo que está mal?
2. Enlistar las posibles acciones que permitirían atender los factores que provocan la situación actual.
3. Analizar la viabilidad de cada acción en: tiempo, costo, apoyo político, proveedores, recursos técnicos, etc.; se recomienda el principio de “el mejoramiento asequible”.

4. Escoger las acciones factibles de cumplirse e indicar en qué proporción permitirán superar la debilidad y el plazo cuando se llevarán a cabo.

En esta primera parte se sugiere que, una vez que los evaluadores externos han entregado su informe, el equipo responsable de la autoevaluación en la universidad, trabaje con la siguiente matriz, para cada componente:

COMPONENTE:					
Debilidad	Razones que provocan la situación	Posibles acciones	Valoración de la viabilidad de cada acción	Selección de las acciones factibles de lograr	Importancia de cada acción para superar la debilidad

II Parte: Diseño del Plan de mejoramiento

A. Componentes de un Plan de mejoramiento:

Debilidad o necesidad: Debe expresarse con claridad y sencillez en qué consiste.

Objetivo: Representa el estado del sistema que se pretende alcanzar (o que se alcanzaría) al superar las debilidades actuales. Se recomienda redactar un objetivo por cada debilidad, en infinitivo, de manera concreta y con una idea clara de lo que se pretende lograr.

Acciones: Son las *actividades* y *tareas* que permitirán reducir la brecha entre la situación actual y la deseada. Se recomienda que su descripción no se escriba con verbos en infinitivo, para evitar que se confundan con el objetivo y precisar su cantidad.

En el *plan de mejoramiento* se incluyen las acciones que en la primera etapa fueron catalogadas como factibles de lograr. La actividad tiene un nivel mayor

de complejidad y para alcanzarla es preciso subdividirla en acciones más sencillas, denominadas tareas.

Indicadores: Son muestras observables de que se avanza hacia el objetivo deseado, o que demuestran que el objetivo se ha alcanzado. Para cada indicador se debe especificar la fecha y el responsable, y la cantidad y calidades de lo que se va a alcanzar. Al verificar el cumplimiento del plan de mejoramiento, el punto de referencia principal serán los indicadores.

No es oportuno anotar solo un indicador que se relacione con el resultado final, ya que este podría no alcanzarse en forma completa. Es necesario que los indicadores den cuenta del nivel de avance.

Ha de tenerse presente que el indicador tiene implícitos dos elementos: una unidad de medida y una fuente que permitirá verificarlo. La unidad de medida puede ser un número absoluto, un porcentaje, una escala de opinión, un criterio valorativo, etc. La fuente puede ser un documento, un archivo electrónico, una lista, un cuestionario aplicado, una entrevista a un grupo de personas, etc. En algunas ocasiones el indicador se referirá a un porcentaje de mejoramiento respecto de una medición anterior, y cuando así suceda, el dato de la medición anterior ha de estar claro.

B. Formato de un plan de mejora:

Se recomienda utilizar una matriz horizontal donde sea posible observar la relación directa entre cada uno de los componentes. El objetivo por alcanzar puede plantearse para el componente.

Componente:						
Objetivo:						
Debilidad o necesidad	Acciones		Indicadores Fuente de verificación	Acciones de Seguimiento	Fecha	Responsable
	Actividades	Tareas				

Por otro lado, la Salud Pública considerada como la atención de salud a la población en los aspectos de protección, promoción, recuperación y rehabilitación, ha tenido y sigue teniendo diferentes connotaciones de acuerdo a las diferentes posiciones ideológicas, políticas económicas y sociales, posiciones que siempre están en conflicto, imperando por lo tanto las decisiones del poder político.

Cabe destacar, que a partir de la revolución industrial, epidemias como el cólera, la viruela, la peste bubónica y la tifoidea produjeron un impacto social que hicieron evidente - aunque en forma limitada - el inicio de las acciones básicas de la salud pública por las relaciones existentes entre las enfermedades infecciosas y los bajos niveles de vida. Se inicia así el surgimiento del control de enfermedades transmisibles y de algunas actividades de saneamiento ambiental.

En los últimos 80 años, la salud pública no solo está dirigida al control de las enfermedades transmisibles y del saneamiento ambiental, sino que se hace extensiva al control de las enfermedades no transmisibles. Así mismo se hacen efectivas las acciones de promoción de la salud en beneficio de los diferentes grupos etarios, así como la salud ocupacional y la salud mental.

La salud pública es un instrumento valioso para la atención integral de salud; constituye la expresión de respuesta a los problemas relacionados con la protección, promoción y recuperación que afectan la salud de la población. El cumplimiento eficiente y eficaz de la salud pública garantizará la atención integral de salud de la población, siendo imperativo por lo tanto que se formalice y ejecuten políticas, estrategias, planes y programas operativos de salud, que estén debidamente sustentados política, técnica y administrativamente, y que cuenten con recursos reales y financieros suficientes. Igualmente, la salud pública es la ciencia y arte de prevenir las enfermedades prolongar la vida y promover la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad y con el fin de lograr el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación en salud de las personas, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de mecanismos que aseguren a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, como lo define Castello.(31)

Debido a esto, el Ministerio de la Protección Social, a través de la Resolución 412/2000 (32) reglamenta y establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, las cuales serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables, tal como lo enuncia el acuerdo 117 de 1998 (33).

A sí mismo, según la resolución 3384 de 2000 (34) en el contexto del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Aseguradoras frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud pública, reemplazo el concepto de indicadores de falla por el de Indicadores Centinelas de Calidad. Esto hace, que las instituciones de salud estén en constante autoevaluación sobre cada uno de sus indicadores en salud con el fin de intervenirlos oportunamente y desarrollar planes de acción.

Para lograr esto, el Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 (35), le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública, reglamentado a través del Decreto 3039 de 2007 (36), el cual será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud; las cuales, a través de lo establecido en las Leyes 10 de 1990 (37), 100 de 1993 (12), 715 de 2001(38) y 1122 de 2007 (35), deben adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

Los propósitos del Plan Nacional de Salud Pública son los siguientes:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

Las prioridades nacionales en salud:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Basados en este Plan Nacional de Salud y con el objetivo de planear la intervención de dichos eventos de interés en salud pública; cada institución de salud debe elaborar su propio plan indicativo y operativo de salud, de acuerdo a su perfil epidemiológico, prioridades en salud y siguiendo los lineamientos dados por el Ministerio de la Protección Social, a través de la resolución

425/2008 (14), la cual define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades Territoriales.

El plan de salud de cada Institución, debe cumplir con ejes programáticos, entre los cuales se encuentra el eje de “Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud” el cual es de gran importancia ya que incluye todas las actividades relacionadas con la calidad en la atención que se deben garantizar a la población, siguiendo los lineamientos del Decreto 1011 de 2006 (39), el cual reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dicho Decreto tiene como características las siguientes:

- Accesibilidad: se refiere a la posibilidad que el usuario tiene de utilizar los servicios de salud.
- Oportunidad de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- Seguridad: se refiere al conjunto de elementos estructurales, procesos e instrumentos y metodologías, basados en evidencia científicamente probada que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad: es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el comportamiento científico.

2 METODOLOGIA

Se realizó un estudio de serie de casos retrospectivo de los planes de acción realizados en los comités de vigilancia epidemiológica a los eventos centinelas y complicaciones evitables de las patologías de Hipertensión y Diabetes presentadas en la IPS de primer nivel y se consolidó esta información en una base de datos para análisis del presente estudio (anexo 1). Los casos llevados a análisis en el COVE son previamente seleccionados por el médico líder del programa al cual pertenece el usuario donde tiene en cuenta para esta selección las variables de diagnóstico de egreso, programa al que pertenece el usuario y costo de la hospitalización; esta información se obtuvo de una base de datos de hospitalizados (anexo 5) que se genera mensualmente por el aplicativo software utilizado en la institución, posterior a la selección del caso se revisa historia clínica de las atenciones realizadas en la IPS primaria y hospitalaria, seguidamente se realiza la reunión del comité el cual está integrado por Director IPS, especialista según el programa (internista, ginecólogo, pediatra), médico líder del programa, psicóloga, enfermera coordinadora de los programas; mensualmente se reúne el comité para analizar un caso por programa (crónicos, cyd, cpn), para un total de 3 casos analizados por mes. El análisis de estos casos se realiza según metodología de análisis de casos de RUTA HACIA LA VIDA, adoptada por la IPS independientemente que el caso a analizar sea o no con desenlace de muerte del usuario. Según esta metodología implementada para el análisis de estos casos se obtiene como producto final el plan de acción.

La evaluación de la efectividad de los planes de acción generados en los análisis de los COVES se analizó en términos de fallas en la metodología, seguimiento en los planes de acción, cuantificación de los costos directos del tiempo que invierte los profesionales de la salud participantes en el análisis del mismo y costo de las hospitalizaciones; conocimiento del personal de salud de los hallazgos y las acciones descritas en el plan de acción y disminución de la frecuencia de hospitalizados.

La metodología de elaboración de los planes de acción y el seguimiento de los mismos, se verificó basados en la metodología descrita en el manual para la elaboración de planes de mejoramiento elaborada por el sistema nacional de acreditación superior SINAES; aplicando una lista de verificación (anexo 3) donde se enuncian los componentes que se requieren, según la metodología de referencia: debilidad o necesidad, objetivo, acciones, indicadores, fuente de verificación, acciones de seguimiento, fecha y responsable cada uno de estos con sus respectivas descripciones y los cuales se evaluaron como CUMPLE o NO CUMPLE si se encuentran descritos en el plan de acción, sin realizar verificación telefónica a los usuarios frente a ejecución de las acciones.

El costo laboral del tiempo que invierte cada uno de los profesionales de la salud que conforman el comité de Vigilancia Epidemiológica, se determinó de

acuerdo a información suministrada por las Directivas de la IPS respecto a los salarios mensuales; aplicando las variables de salario mensual, horas mes dedicadas al COVE y costo de las horas laborales dedicadas al COVE, el cual se obtuvo realizando el calculo del salario mensual con las horas invertidas en el COVE. El Director, la enfermera coordinadora de los programas y la Psicóloga le dedican 6 horas mensuales, el médico líder del programa 14 horas mensuales y el especialista (internista-Pediatra-Ginecólogo) 2 horas; así mismo, el costo hospitalario se obtuvo de una base de datos que se genera mensualmente por el aplicativo software utilizado en la institución (anexo 5), donde una de sus variables es el valor de la hospitalización el cual se tomo para determinar el costo hospitalario.

El conocimiento que el personal de salud de la IPS tiene acerca de los hallazgos del COVE, se evaluó mediante la aplicación de una encuesta al 100% de los profesionales de salud y el personal administrativo de la IPS que interviene en la toma de decisiones; se excluyo de esta encuesta al personal técnico de salud y personal de atención al usuario; donde se incluyen datos sociodemograficos que permitían identificar la profesión del encuestado, el tipo de consulta que realiza el profesional de la salud, los conocimientos sobre los hallazgos encontrados en el COVE, conocimiento de los protocolos y guías de atención del manejo de los pacientes de los programas de Promoción y Prevención y el manejo de los eventos de interés en salud pública, conocimiento sobre el diligenciamiento de los planes de acción del comité de vigilancia epidemiológica y si considera importante conocer los hallazgos del COVE donde se califico como “SI” o “NO” cada una de estas. La calificación de la encuesta se realizo mediante la siguiente escala: malo 1 Si y 3 No, Regular; 2 Si y 2 No, Adecuado; 3 Si y 1 No; Optimo 4 Si.

Se identifico el número de casos analizados en el COVE a través de los datos registrados en la base de datos COVE (anexo 1) la cual se diligencio tomando el 100% de los casos analizados en la IPS primaria, y diligenciando en dicha base las variables de año, genero, edad, programa, evento, tipo de retraso según la metodología adoptada por la IPS de Ruta hacia la vida clasificados en retraso tipo I, tipo II, tipo III y tipo IV seleccionando con una “X” el retraso presentado y seguimiento al plan de acción evaluado “SI” y “NO. Posteriormente se comparo con el numero de hospitalizaciones por eventos centinelas y/o complicaciones de los usuarios a través del tiempo de acuerdo a la base de datos Se tomo el número de casos analizados en el Comité de Vigilancia Epidemiológica por programa y así mismo el número de hospitalizaciones de usuarios pertenecientes a los programas de Promoción y Prevención por complicaciones evitables y/o eventos centinela presentados anualmente.

Las evaluadoras de estos instrumentos son las investigadoras principales del proyecto, las cuales realizaron el diligenciamiento de cada una de las bases con la información suministrada por la IPS la cual es válida más no se verifico.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Evento hospitalario (centinela o adverso)

Evento adverso: Complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se definen como significativos sólo aquellos que producen prolongación de la estadía durante la internación, necesidad de re-internación, secuela transitoria o definitiva o muerte (40).

Evento Centinela: Es un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas.

La expresión “o el riesgo de éstas”, incluyen cualquier variación de procesos por los que su recurrencia podría acarrear una chance significativa de un resultado adverso serio (40).

VARIABLES INDEPENDIENTES:

COMITES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (COVES): tiene como propósito decidir o hacer recomendaciones, sobre bases objetivas o científicas, acerca de las medidas a corto, mediano o largo plazo, que es preciso tomar a fin de controlar o de prevenir el problema.

PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION: Actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, las cuales serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.

RETRASOS: Identificación de las diferentes áreas de problemas y su relación con los niveles de sistema de atención en salud.

Tipo I Demora para reconocer la necesidad de atención en salud (relacionado con falta de información sobre complicaciones del embarazo, el alumbramiento y señales de peligro).

Tipo II

Demoras relacionadas con barreras para acceder a la atención (Relacionado con factores socioculturales, geográficos y económicos).

Tipo III Demora en la logística de la referencia por actos médicos o aspectos administrativos.

Tipo IV Demora relacionada con la calidad de la atención medica para recibir un tratamiento adecuado y apropiado desde los niveles inferiores.

COSTOS: Recursos utilizados para la operación del sistema._ El Costo es el gasto económico que representa la fabricación de un producto o la prestación de un servicio. Dicho en otras palabras, el costo es el esfuerzo económico (el pago de salarios, la compra de materiales, la fabricación de un producto, la obtención de fondos para la financiación, la administración de la empresa, etc.) que se debe realizar para lograr un objetivo operativo. Cuando no se alcanza el objetivo deseado, se dice que una empresa tiene pérdidas.

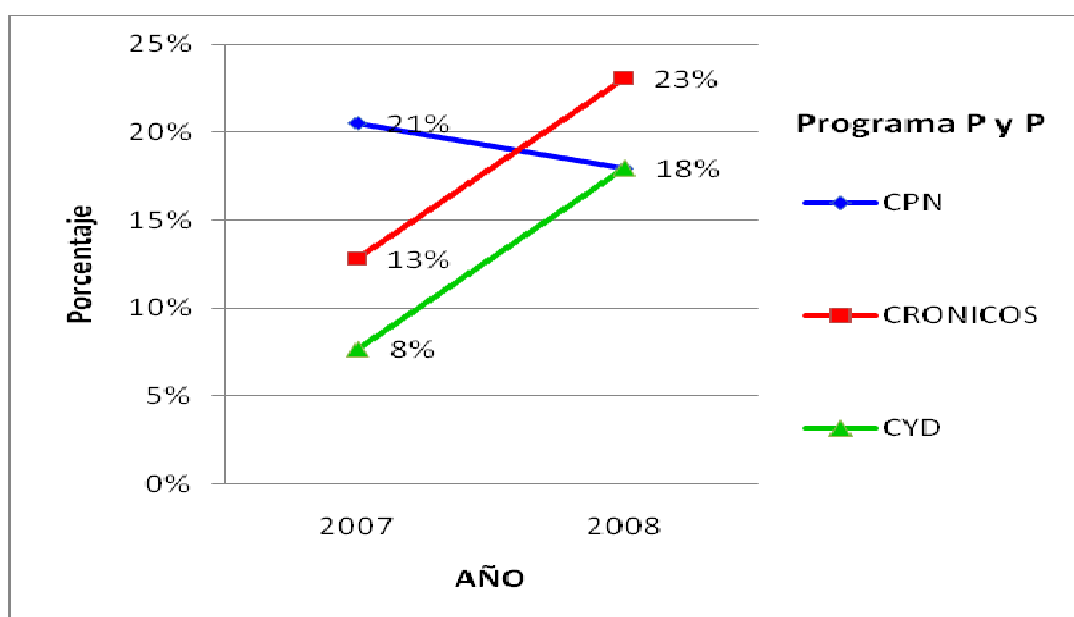
PLAN DE ACCION: Documento debidamente estructurado que forma parte del planeamiento estratégico de la empresa, ya que, por medio de ellos, es que se busca “materializar” los objetivos estratégicos previamente establecidos, dotándoles de un elemento cuantitativo y verificable; colocan en un espacio definido de tiempo y responsabilidad las tareas específicas para contribuir a alcanzar objetivos superiores. Elementos de control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas.

DIVULGACION: Es una labor multidisciplinaria cuyo objetivo es comunicar, a distintos públicos voluntarios, recreando ese conocimiento y contextualizándolo para hacerlo accesible, utilizando una diversidad de medios.

3 RESULTADOS

El análisis de los resultados se realizó considerando las diferentes bases de datos diligenciadas por las investigadoras considerando en cada una de ellas las características y condiciones específicas del contexto.

Distribución de los Comités de Vigilancia Epidemiológica según Programa de Promoción y Prevención por año.

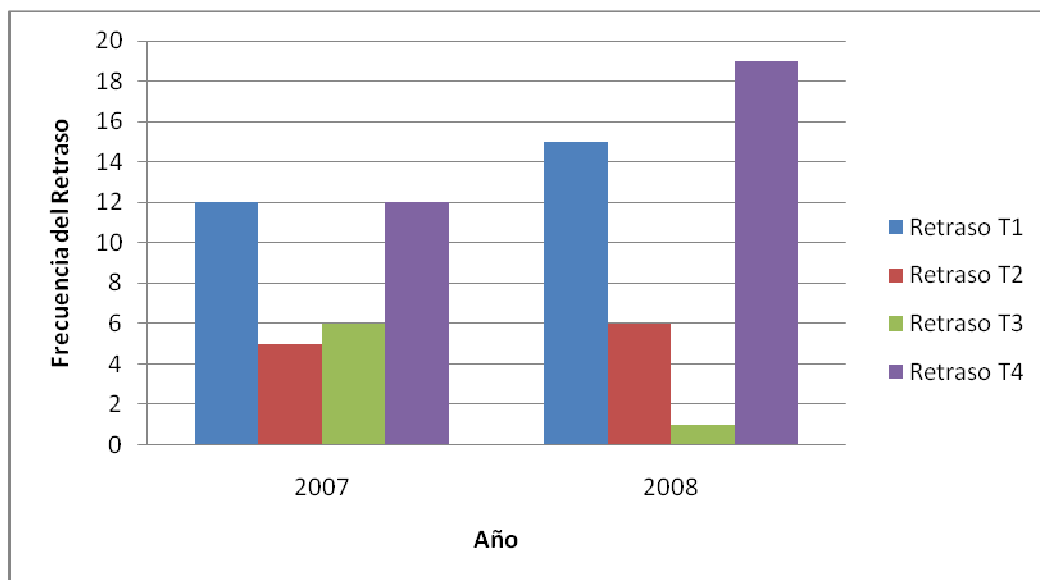


Fuente: Base de Datos COVE

Al analizar el comportamiento de los programas por año, se logra observar como los programas CPN y CRONICOS, son las que presentan mayores frecuencias en Comites de Vigilancia Epidemiológica con un 38 % y 36% respectivamente, seguidos por CYD con un 26%

Retrasos presentados en el análisis de los Casos en el Comité de Vigilancia Epidemiológica según metodología utilizada por la IPS “RUTA HACIA LA VIDA”

N= 39



Fuente: Base de Datos COVE

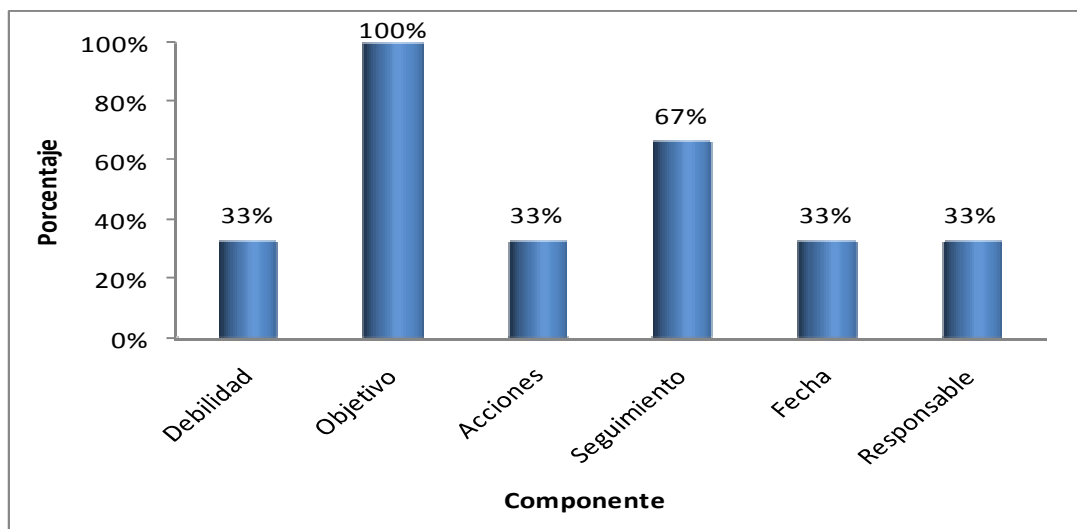
En el grafico anterior se observa que para los dos periodos evaluados, los retrasos tipo 1 y 4 presentan una mayor frecuencia con porcentajes alrededor de 69 % para el retraso tipo 1 y del 79% para el retraso tipo 4.

EVALUACION DE LOS PLANES DE ACCION

Dicha evaluación se realizó aplicando la lista de verificación del Plan de Acción a los 39 COVE realizados en el periodo 2007-2008

GESTANTES (CPN) 2007						
Mes	Debilidad	Objetivo	Acciones	Seguimiento	Fecha	Responsable
Enero	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Marzo	No Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple
Abril	No Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple
Mayo	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Junio	Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple
Septiembre	Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple
Total	4	0	4	2	4	4
% Cumple	67%	0%	67%	33%	67%	67%
% No Cumple	33%	100%	33%	67%	33%	33%

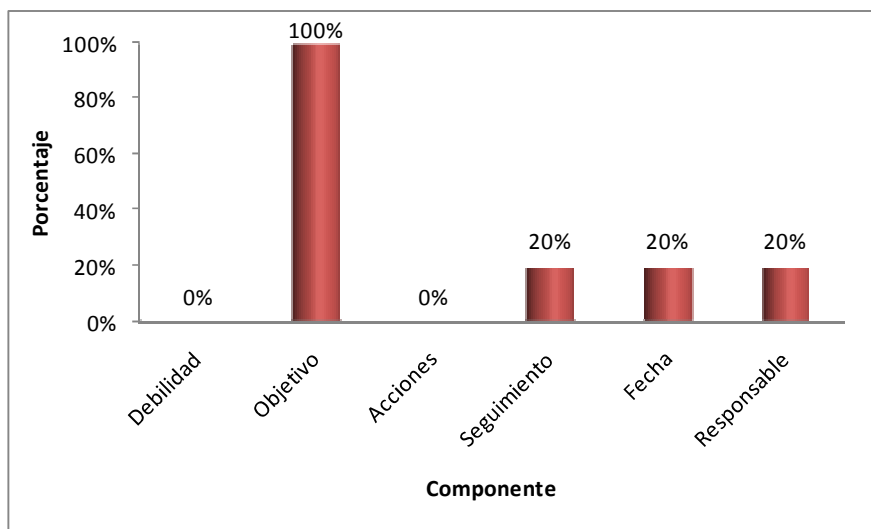
EVALUACION DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL PROGRAMA DE CONTROL PRENANTAL EN EL AÑO 2007



Fuente: Lista de Verificación

Mediante la anterior grafica se observa que todas las componentes incluidas para la verificación de los planes de mejoramiento de Gestantes presentan incumplimiento, pero la componente que tiene mayor proporción es el Objetivo que representa el estado del sistema que se quiere alcanzar, además de la componente Acciones de Seguimiento de los planes que también tiene un alto porcentaje de incumplimiento.

EVALUACION DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL PROGRAMA DE CRONICOS EN EL AÑO 2007

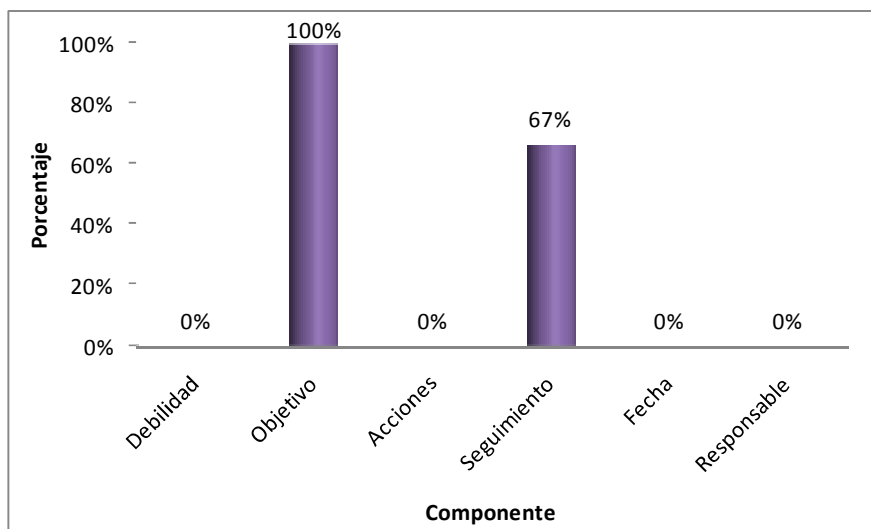


Fuente: Lista de Verificación

CRONICOS (HTA-DM) 2007						
Mes	Debilidad	Objetivo	Acciones	Seguimiento	Fecha	Responsable
Febrero	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Marzo	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Julio	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Septiembre	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Noviembre	Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple
Total	5	0	5	4	4	4
% Cumple	100%	0%	100%	80%	80%	80%
% No Cumple	0%	100%	0%	20%	20%	20%

Mediante la anterior grafica se observa que solo algunas de las componentes incluidas para la verificación de los planes de mejoramiento de Crónicos presentan incumplimiento, la componente que tiene mayor proporción de incumplimiento es el Objetivo seguido de las componentes Acciones de Seguimiento, Fecha y Responsable.

EVALUACION DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL AÑO 2007

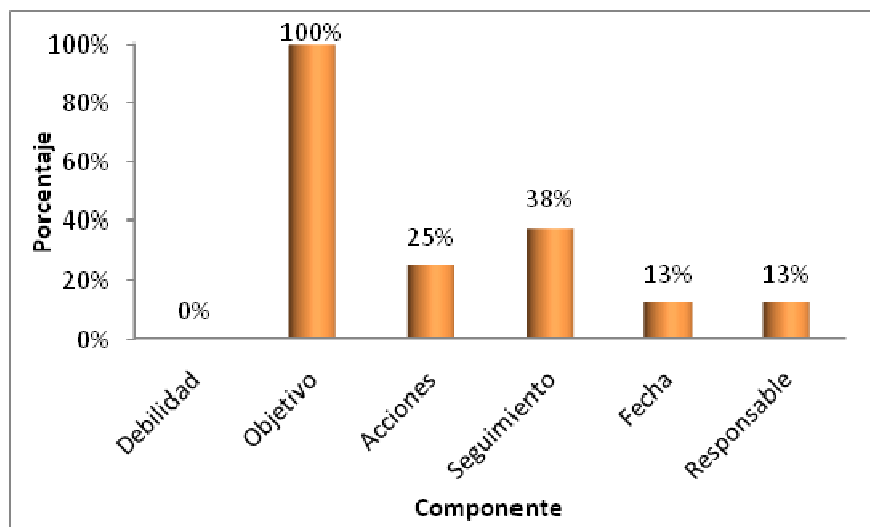


Fuente: Lista de Verificación

CRECIMIENTO Y DESARROLLO 2007						
Mes	Debilidad	Objetivo	Acciones	Seguimiento	Fecha	Responsable
Julio	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Agosto	Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple
Septiembre	Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple
Total	3	0	3	1	3	3
% Cumple	100%	0%	100%	33%	100%	100%
% No Cumple	0%	100%	0%	67%	0%	0%

Mediante la anterior grafica se observa solo dos de las componentes incluidas para la verificación de los planes de mejoramiento de Crecimiento y Desarrollo presentan incumplimiento, la componente que tiene mayor proporción es el Objetivo seguido de las Acciones de Seguimiento las cuales describen como se va a hacer el seguimiento de los planes.

EVALUACION DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN EL AÑO 2008

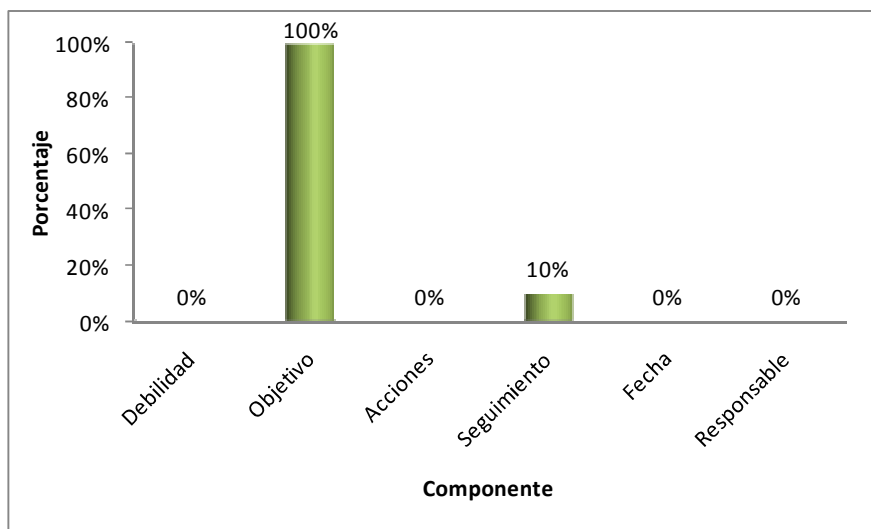


Fuente: Lista de Verificación

GESTANTES (CPN) 2008						
Mes	Debilidad	Objetivo	Acciones	Seguimiento	Fecha	Responsable
Febrero	Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple
Marzo	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Abril	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Mayo	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Junio	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Julio	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Agosto	Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple
Noviembre	Cumple	No Cumple	No Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple
Total	8	0	6	5	7	7
% Cumple	100%	0%	75%	63%	88%	88%
% No Cumple	0%	100%	25%	38%	13%	13%

Mediante la anterior grafica se observa que la mayoría de las componentes incluidas para la verificación de los planes de mejoramiento de Gestantes presentan incumplimiento exceptuando la Debilidad o Necesidad, la componente que tiene mayor proporción es el Objetivo, seguido de las Acciones de Seguimiento, Acciones, Fecha y finalmente Responsable.

EVALUACION DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL PROGRAMA DE CRONICOS EN EL AÑO 2008

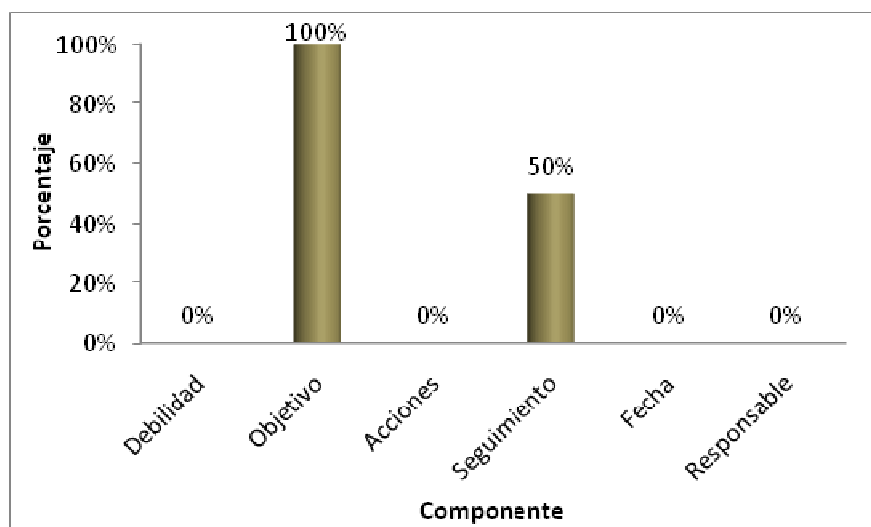


Fuente: Lista de Verificación

CRONICOS (HTA-DM) 2008						
Mes	Debilidad	Objetivo	Acciones	Seguimiento	Fecha	Responsable
Febrero	Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple
Marzo	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Abril	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Mayo	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Junio	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Julio	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Agosto	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Septiembre	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Octubre	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Noviembre	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Total	10	0	10	9	10	10
% Cumple	100%	0%	100%	90%	100%	100%
% No Cumple	0%	100%	0%	10%	0%	0%

Mediante la anterior grafica se observa solo dos de las componentes incluidas para la verificación de los planes de mejoramiento de Crónicos presentan incumplimiento, estas dos componentes son los Objetivo y las Acciones de Seguimiento, la primera con un alto porcentaje de incumplimiento y la segunda con una cuantía mínima.

EVALUACION DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL AÑO 2008

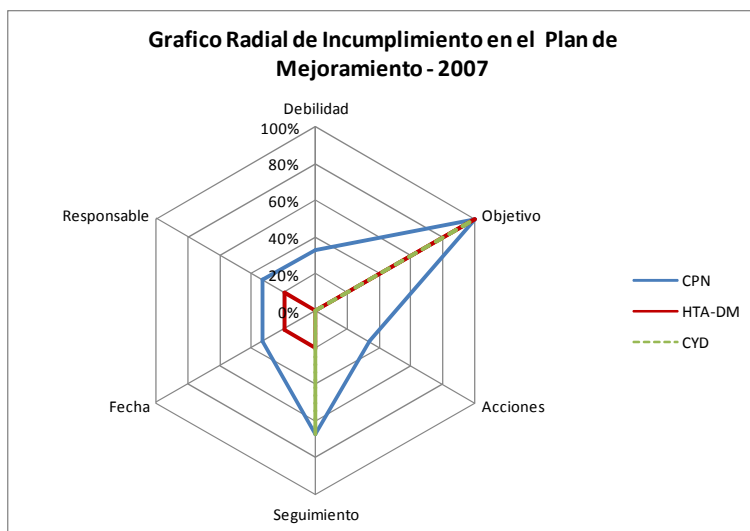


Fuente: Lista de Verificación

CRECIMIENTO Y DESARROLLO 2008						
Mes	Debilidad	Objetivo	Acciones	Seguimiento	Fecha	Responsable
Febrero	Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple
Marzo	Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple
Abril	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Mayo	Cumple	No Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
Total	4	0	4	2	4	4
% Cumple	100%	0%	100%	50%	100%	100%
% No Cumple	0%	100%	0%	50%	0%	0%

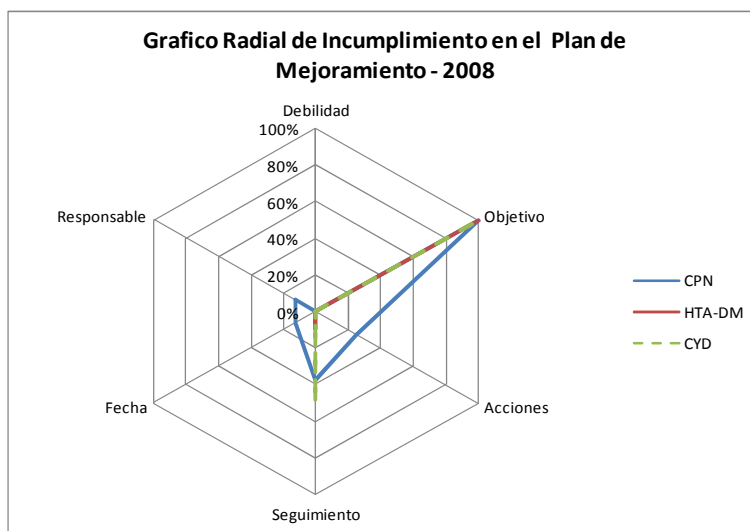
Mediante la anterior grafica se observa solo dos de las componentes incluidas para la verificación de los planes de mejoramiento de Crecimiento y Desarrollo presentan incumplimiento, estas dos componentes son los Objetivo y las Acciones de Seguimiento las cuales presentan un alto grado de incumplimiento.

GRAFICO RESUMEN DE LA EVALUACION DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LOS PROGRAMAS OBJETO DE ESTUDIO PARA EL AÑO 2007



Fuente: Lista de Verificación

GRAFICO RESUMEN DE LA EVALUACION DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LOS PROGRAMAS OBJETO DE ESTUDIO PARA EL AÑO 2007



Fuente: Lista de Verificación

Tanto para el año 2007 como para el año 2008 se evidencio que las componentes incluidas en los planes de acción generado del análisis de los eventos centinela y/o adversos en el COVE que generaron mayor incumplimiento son los Objetivos los cuales representan el estado del sistema

que se pretende alcanzar al superar las debilidades actuales y las Acciones de Seguimiento que describen como se va a realizar el seguimiento de los planes de acción.

BASE DE DATOS CONSOLIDACIÓN ENCUESTAS

Para realizar la evaluación de los Planes de acción generado del análisis de los eventos centinela y/o adversos en el comité de vigilancia epidemiológica cove en una institución de salud de nivel básico del régimen contributivo de la ciudad de Cali en el periodo 2007-2008, se midió la opinión de 27 profesionales del área de la salud y administrativas, respecto al conocimiento que tienen de los Planes de acción por medio de la siguiente encuesta:

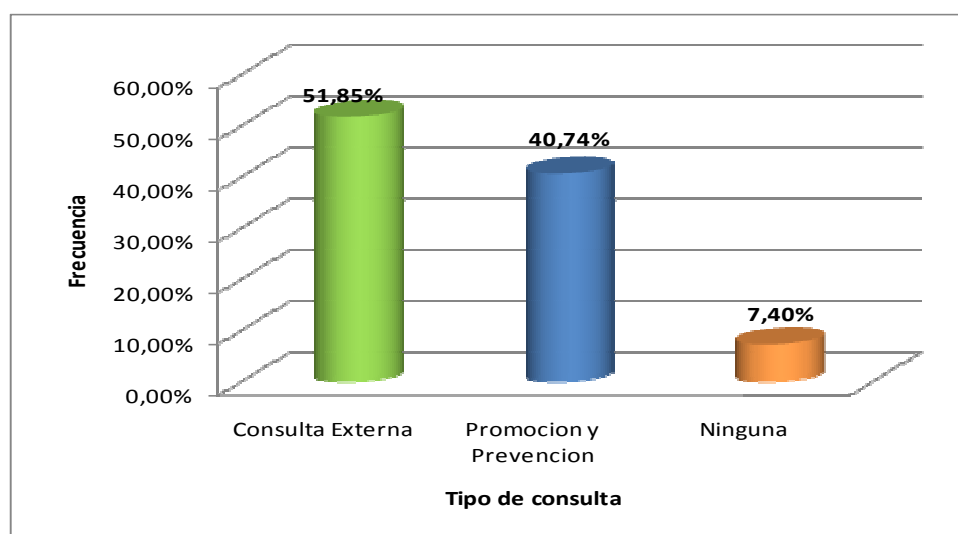
1. Conoce los hallazgos encontrados en los Comités de Vigilancia Epidemiológica? Si__ No__
2. Conoce los protocolos y guías de Atención del Manejo de los pacientes de los programas de Promoción y Prevención y el manejo de los eventos de Interés y Salud Publica? Si__ No__
3. Conoce y sabe diligenciar los Planes de Acción del Comité de Vigilancia Epidemiológica? Si__ No__
4. Considera importante conocer los hallazgos de los Comités de Vigilancia Epidemiológica? Si__ No__

Regla para una sola encuesta:

Percepción	Regla
Malo	1 Si y 3 No
Regular	2 Si y 2 NO
Adecuado	3 Si y 1 No
Optimo	4 Si

Caracterización de los profesionales encuestados:

PROFESION	TOTAL	TIPO DE CONSULTA QUE REALIZA		
		Consulta Externa	Promoción y Prevención	Ninguna
MEDICOS	15	9	6	0
ENFERMERAS	2	0	2	0
ADMINISTRATIVO	2	0	0	2
ESPECIALISTA	8	5	3	0
	27	14	11	2

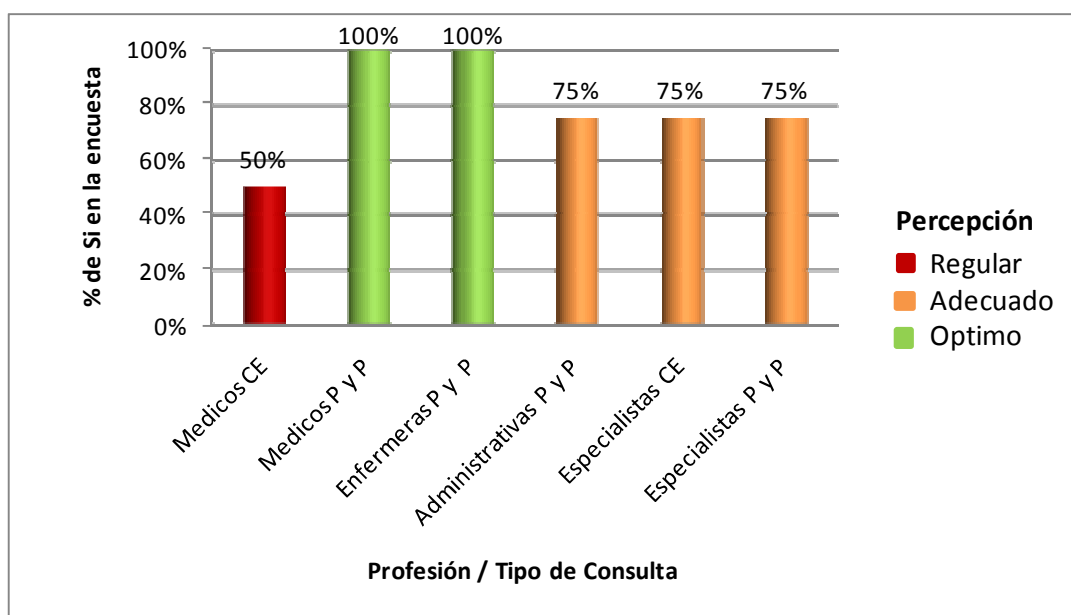


Fuente: Encuesta

La gran mayoría de profesionales encuestados pertenecen al tipo de consulta externa, seguidos por promoción y prevención con 51.85% y 40.74% respectivamente, mientras que un 7.4% de profesionales encuestados no pertenecen a algún tipo de consulta.

En forma resumida se presentan los resultados obtenidos sobre el nivel de percepción del plan de acción por profesión y tipo de consulta:

Profesión / Tipo de consulta	Percepción	% Si
Medicos CE	Regular	50%
Medicos P y P	Optimo	100%
Enfermeras P y P	Optimo	100%
Administrativas P y P	Adecuado	75%
Especialistas CE	Adecuaado	75%
Especialistas P y P	Adecuado	75%

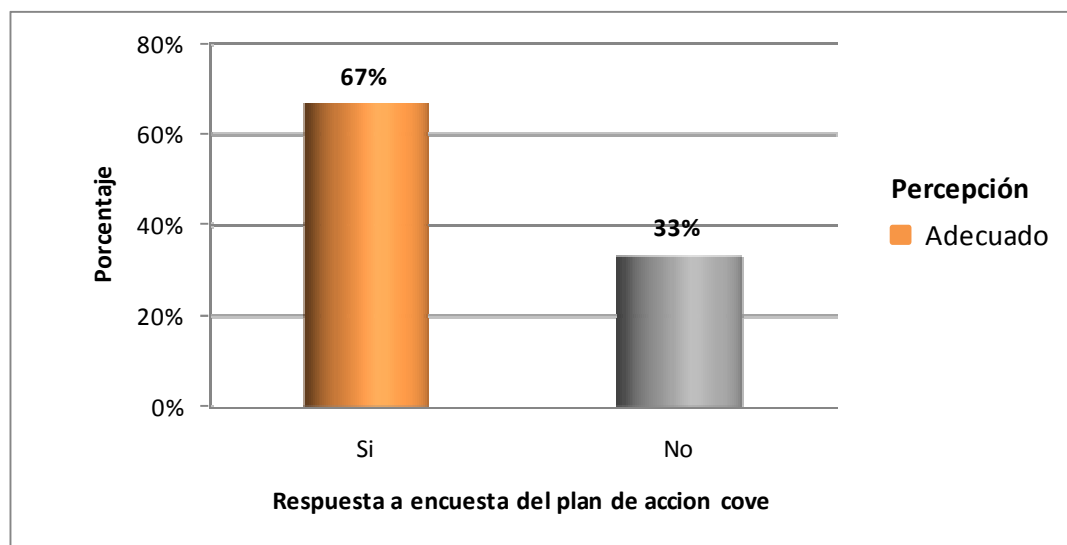


Fuente: Encuesta

De la tabla anterior, se observa como el tipo de consulta promoción y prevención presentan una percepción óptima de los planes para médicos y enfermeras y adecuada para administrativas y especialistas. Mientras que el tipo de consulta externa presenta una percepción Adecuada para especialistas y Regular para Médicos. De acuerdo a estos resultados se podría pensar en que la divulgación de los Planes de acción es adecuado.

Al evaluar en términos generales la percepción sobre el plan de acción, sin identificar la profesión y el tipo de consulta, se obtuvo el siguiente resultado:

Total	Frecuencia	%
Si	72	67%
No	36	33%



Fuente: Encuesta

Del gráfico anterior se concluye que la percepción sobre los Planes de acción del análisis de los eventos centinela y/o adversos en el comité de vigilancia epidemiológica COVE que se lleva a cabo en la IPS, en el periodo 2007-2008 es ADECUADO, confirmando la percepción que se tiene por tipo de consulta.

COSTO DE LAS HORAS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ANALISIS DEL COVE

N=9

PROFESIONAL	SALARIO MENSUAL	HORAS MES DEDICADAS AL COVE	COSTO DE LAS HORAS LABORALES DEDICADAS AL COVE
DIRECTOR IPS	\$4.800.000	6 horas	\$150.000
GINECOLOGO	\$3.792.360	2 horas	\$291.720
PEDIATRA	\$4.365.000	2 horas	\$ 90.000
INTERNISTA	\$4.524.000	2 horas	\$104.000
MEDICO DEL PROGRAMA DE P Y P	\$2.753.103	14 horas	\$200.747
ENFERMERA JEFE	\$2.029.970	6 horas	\$ 63.436
PSICOLOGA	\$1.587.773	6 horas	\$ 49.618
TOTAL	\$23.852.206	38 horas	\$949.521

Fuente: Director IPS

De la tabla anterior se puede observar que:

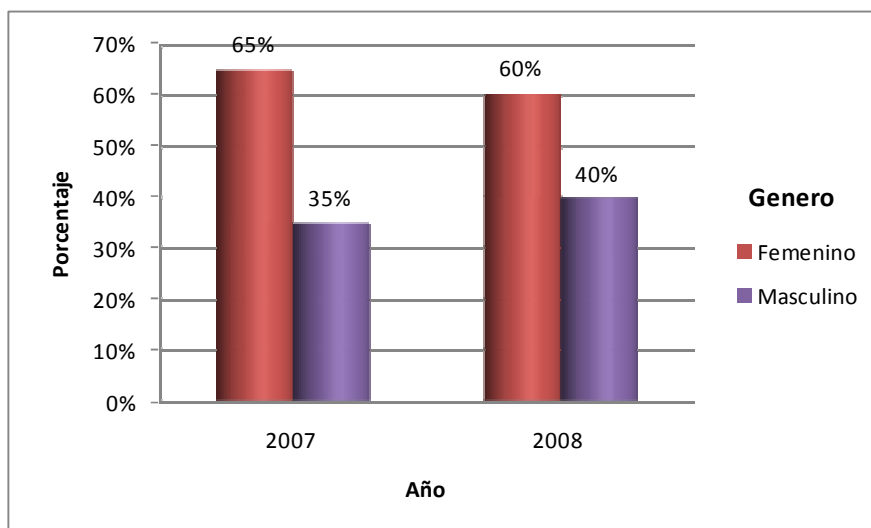
- Las horas mes totales que se le dedican a la realización y análisis de 3 COVES son 38 horas, con un costo mensual de \$949.521 hora laboral, por consiguiente durante el periodo 2006-2008 el costo total fue de \$18.357.406. Pagando a los profesionales en salarios \$23.852.206 mensuales, de los cuales el 4% es el costo de las horas laborales dedicadas al COVE.
- El profesional que presenta más horas mes dedicadas al cove es el Médico del programa de Promoción y Prevención, y aunque es quien presenta uno de los mayores costos de horas laborales dedicadas al cove, es quien recibe uno de los salarios mensuales más bajos.
- Los profesionales que presentan menos horas mes dedicadas al cove son los Ginecólogos, Pediatras e Internistas, con 2 horas mes, pero son quienes reciben un mayor salario mensual.
- El director de la IPS es quien presenta un mayor salario mensual, con 6 horas al mes dedicadas al cove y un costo de \$150.000 de hora laboral dedicada al cove.

ANALISIS DE LA BASE DE DATOS DE HOSPITALIZADOS

Se dispone de información para 193 personas hospitalizadas en el año 2007 y 229 personas para el año 2008. Esta información tiene en cuenta variables como son el género, edad, programa, servicio actual, Diagnostico y costo hospitalarios pero en todos los casos no se tiene la información completa por paciente por lo cual se trabajara con la información disponible y no sobre el total de pacientes observados.

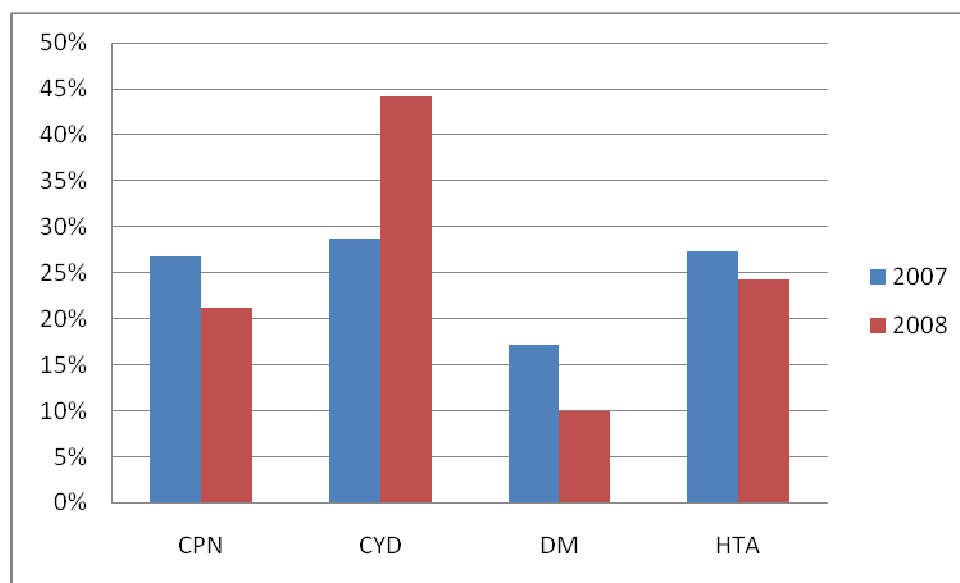
• Distribución de la población por año según genero

Año	Femenino		Masculino		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
2007	119	65	64	35	183
2008	132	60	87	40	219



Mediante este grafico se puede observar que la mayoría de pacientes hospitalizados en los dos años de estudio pertenecen al género femenino, mientras que en una menor cuantía se evidencia la proporción de pacientes del género masculino.

Distribución de la población por año según Programa



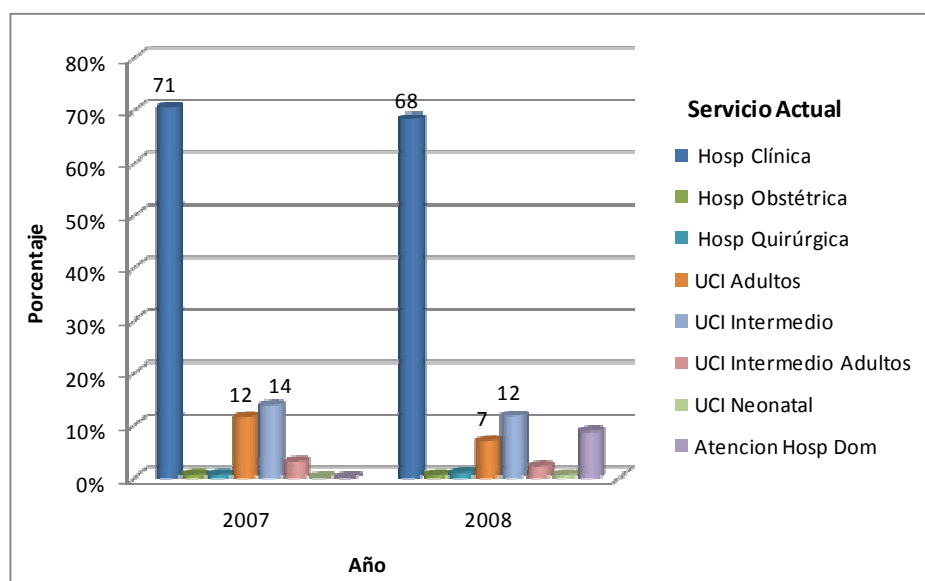
Fuente: Base Hospitalizados

PROGRAMA	2007		2008	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
CPN	53	27%	47	21%
CYD	57	29%	98	44%
DM	34	17%	22	10%
HTA	54	27%	54	24%
TOTAL	198	100%	221	100%

En este grafico se observa que el programa de Crecimiento y Desarrollo presenta la mayor frecuencia de hospitalización durante ambos años.

- **Distribución de la población por año según servicio hospitalización**

Servicio actual	2007		2008	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hosp Clínica	134	71%	156	68%
Hosp Obstétrica	1	1%	1	0%
Hosp Quirúrgica	1	1%	2	1%
UCI Adultos	22	12%	16	7%
UCI Intermedio	26	14%	27	12%
UCI Intermedio Adultos	6	3%	5	2%
UCI Neonatal		0%	1	0%
Atencion Hosp Dom		0%	20	9%
Total	190	100%	228	100%



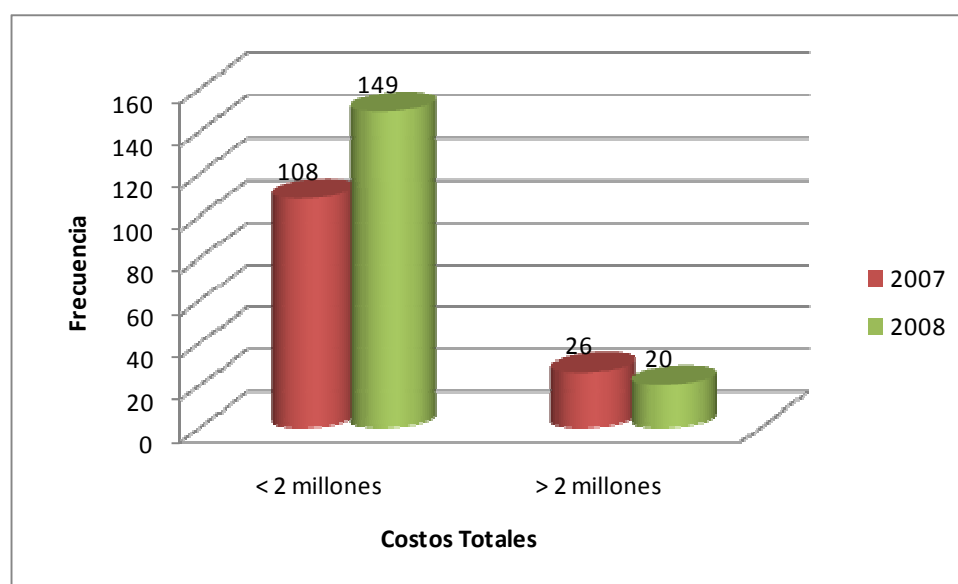
Fuente: Base Hospitalizados

Mediante el anterior grafico se observa el tipo de servicio que tienen los pacientes hospitalizados, en el cual sobresale el servicio de Hospitalización clínica (piso) para ambos periodos de estudio, así como también los servicios de UCI Intermedio y UCI Adultos.

Costos de Hospitalización

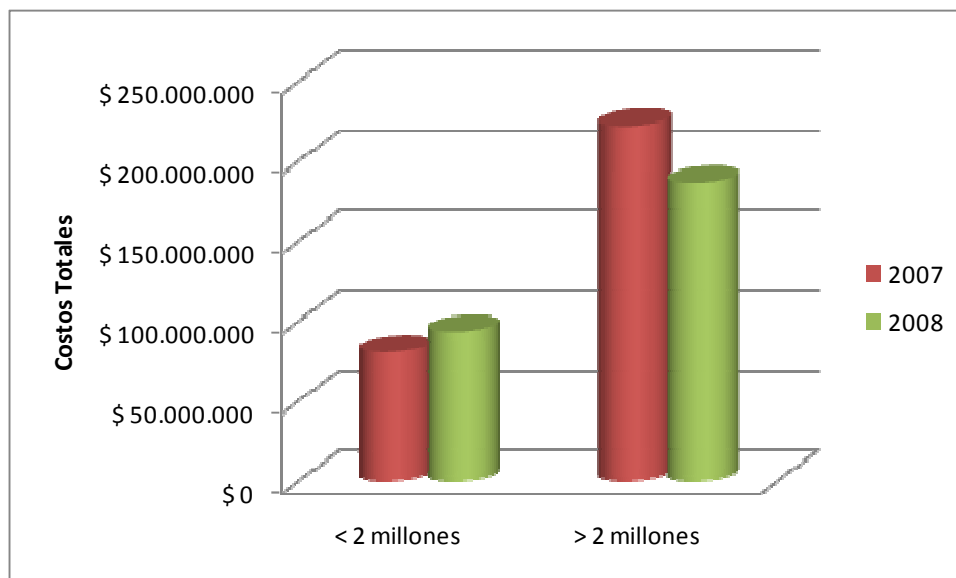
Año/Valor Hospitalizacion		Inferiores a 2 millones	Superiores a 2 millones	Total
2007	Frecuencia	108	26	134
	%	81%	19%	100%
	Costos Totales	\$ 80,159,556	\$ 222,037,522	\$ 302,197,078
2008	Frecuencia	149	20	169
	%	88%	12%	100%
	Costos Totales	\$ 93,092,843	\$ 186,214,901	\$ 279,307,744

Número de pacientes hospitalizados con menor y mayor cuantía de costos de ordenamiento



Fuente: Base Hospitalizados

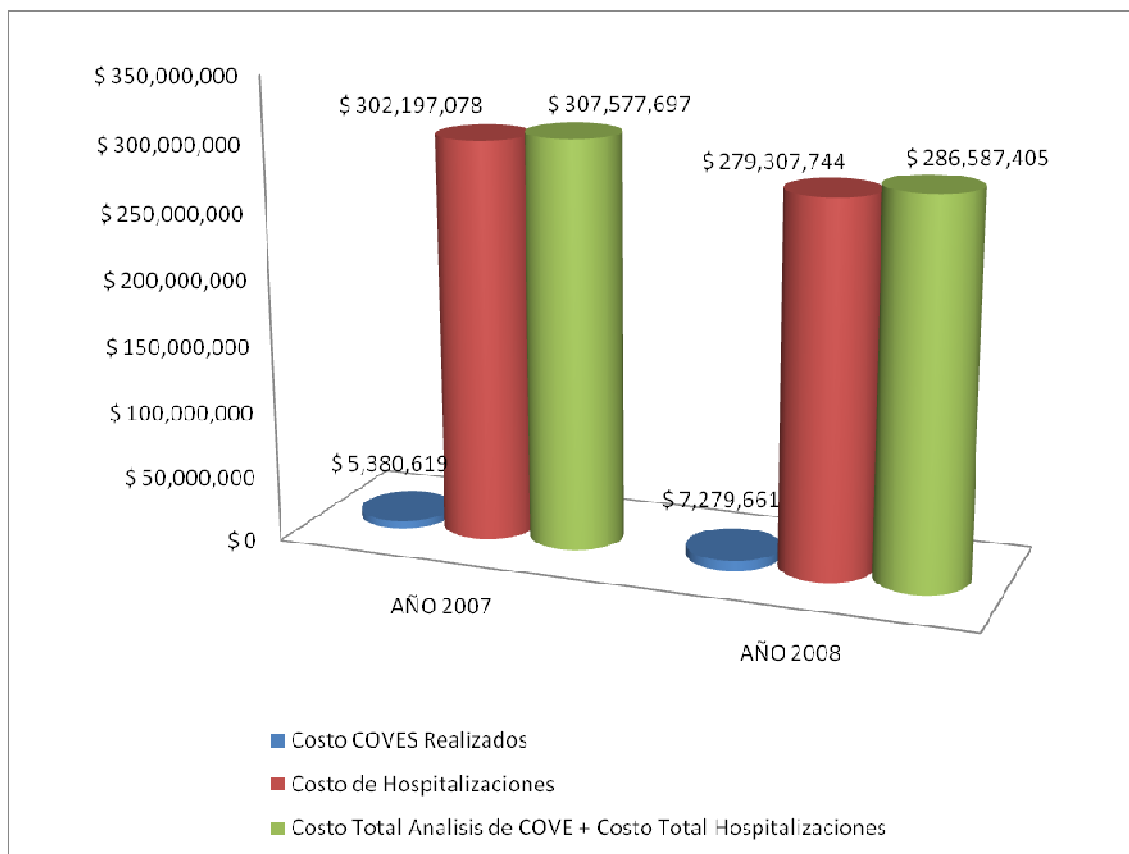
Año	No Hospitalizaciones	
	< 2 millones	> 2 millones
2007	108	26
2008	149	20



Fuente: Base Hospitalizados

Año	Costos Totales	
	< 2 millones	> 2 millones
2007	\$ 80,159,556	\$ 222,037,522
2008	\$ 93,092,843	\$ 186,214,901

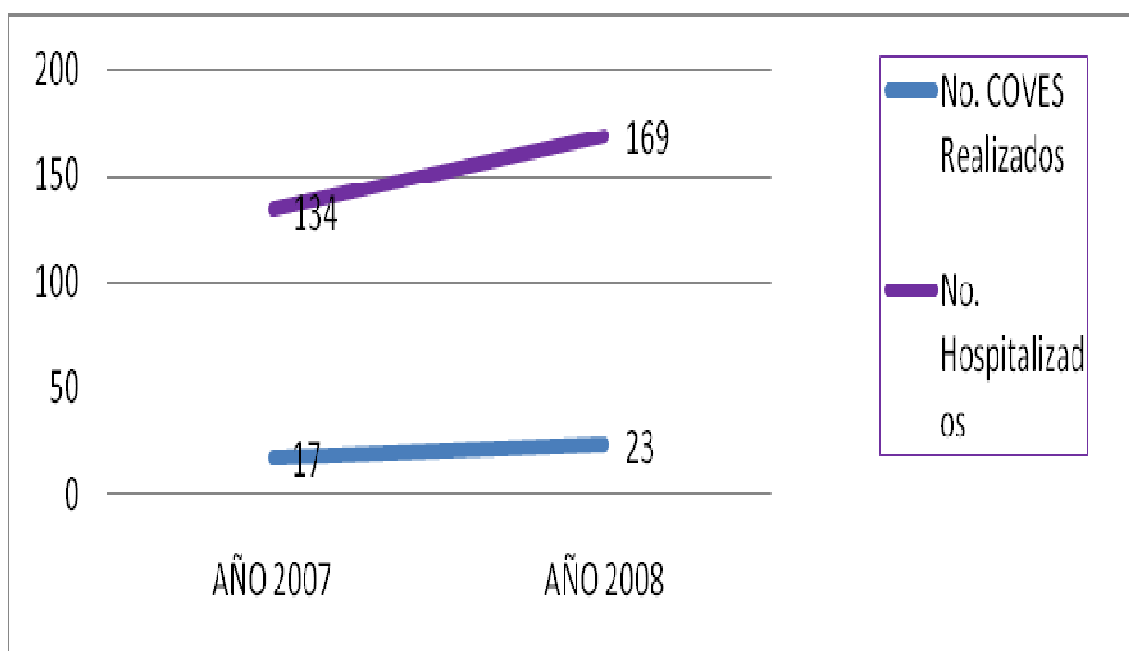
Relación del costo de las horas laborales invertidas en el análisis del COVE y el costo de los eventos hospitalarios.



Fuente: Base COVE y Base Hospitalizados

Del grafico anterior se puede concluir que para el año 2008 se aumento el costo de los COVES realizados pero así mismo, se presento una disminucón en el costo de hospitalizaciones, dando como resultado final en el periodo 2008 una disminucón de \$20.990.292 respecto al periodo 2007 del costo total de COVE analizados mas el costo total de las hospitalizaciones.

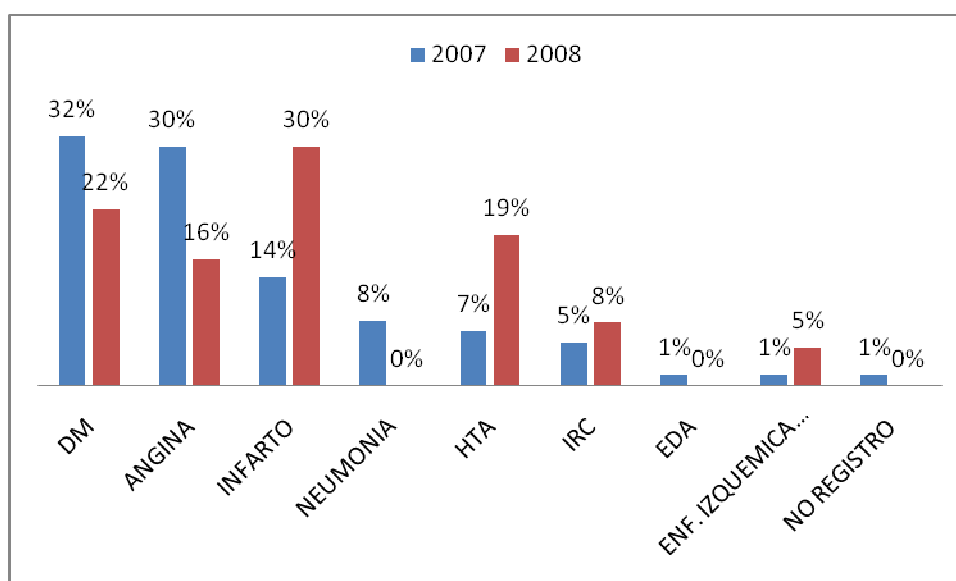
Relación entre el numero de Comités de Vigilancia Epidemiológica analizados y el numero de los eventos hospitalarios centinelas y/o complicaciones de los usuarios pertenecientes a los programas de promoción y prevención a través del tiempo



Fuente: Base Hospitalizados y Base COVE

Se observa que a pesar de que el número de casos analizados en el COVE ha aumentado en el periodo evaluado, también se incremento el número de hospitalizaciones por eventos centinelas y/o adversos prevenibles.

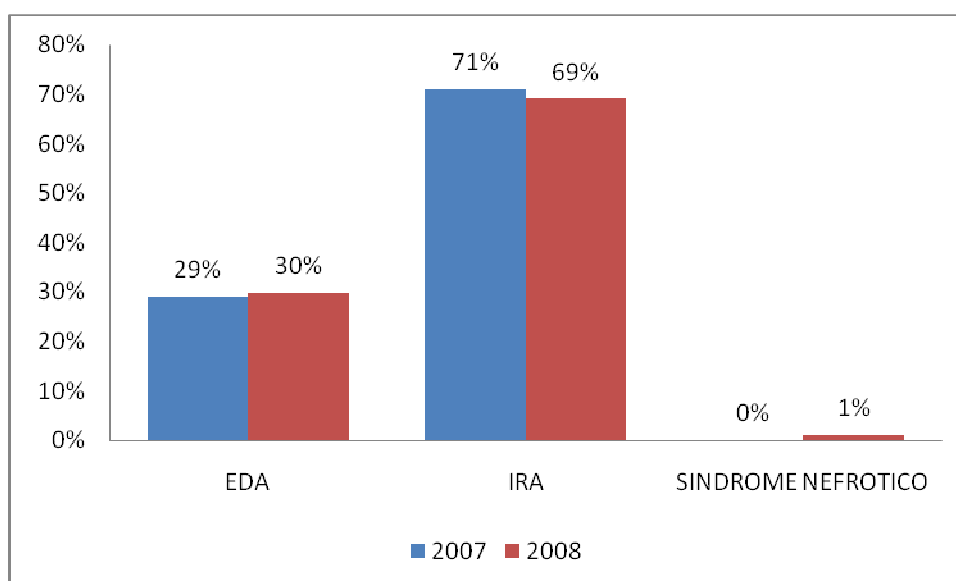
Diagnósticos de las hospitalizaciones presentadas en el 2007 – 2008 en usuarios de los programas de Crónicos.



Fuente: Base de Datos Hospitalizados

En la grafica anterior se observa que la mayor proporción de hospitalizados en los programas de crónicos para ambos periodos están relacionados con los diagnósticos de Diabetes, Angina e infarto

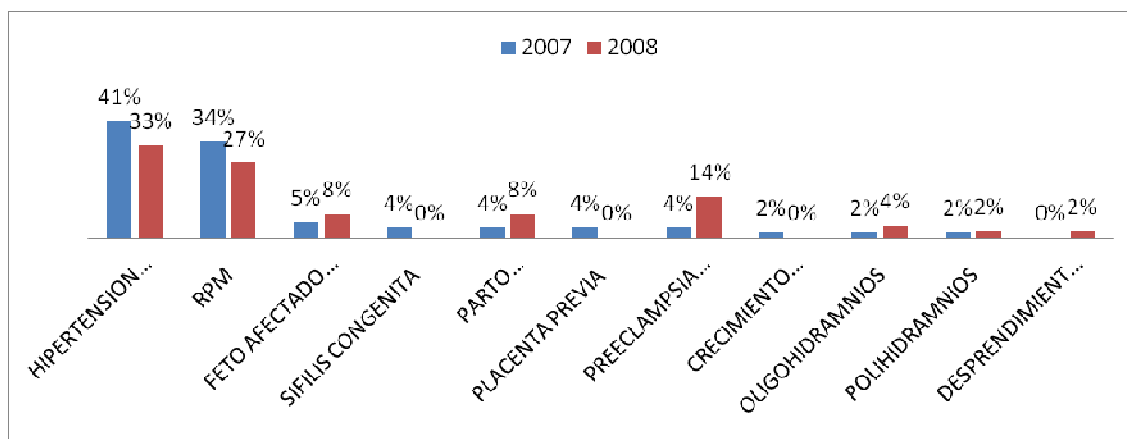
Diagnósticos de las hospitalizaciones presentadas en el 2007 – 2008 en usuarios del programa de crecimiento y desarrollo.



Fuente: Base de Datos Hospitalizados

En el programa de crecimiento y desarrollo se observa que en ambos periodos no hay variabilidad significativa en la proporción de los diagnósticos hospitalarios de EDA-IRA

Diagnósticos de las hospitalizaciones presentadas en el 2007 – 2008 en usuarios del programa de control prenatal.



Fuente: Base de Datos Hospitalizados

Se observa que para el programa de control prenatal los principales diagnósticos de hospitalizados fueron Hipertensión inducida por el embarazo y Ruptura Prematura de Membranas para ambos periodos. Pero también se observa que para el año 2008 hubo una disminución de la proporción de estos diagnósticos,

4 DISCUSION

En esta discusión se expondrán y discutirán todos aquellos resultados obtenidos en el análisis de los hallazgos en el presente trabajo. El proceso de recolección de información y análisis, está planteado en el capítulo de metodología.

Los planes de acción son documentos debidamente estructurados que forman parte del Planeamiento Estratégico de la Empresa, ya que, por medio de ellos, es que se busca “materializar” los objetivos estratégicos previamente establecidos, dotándoles de un elemento cuantitativo y verificable a lo largo del proyecto. Según esta definición los planes de acción generados en el análisis del Comité de Vigilancia Epidemiológica, no cumplen con la metodología de SINAES (36) utilizada por las investigadoras para evaluar estos planes de acción, debido a que en el registro del mismo se presenta ausencia de objetivos en el 100% de los planes de acción y el seguimiento a estas actividades se encuentra en un 50%. Así mismo, se observó que a pesar de que se realizaba el seguimiento a los planes de acción, estos están enfocados a actividades propias e intervenciones individuales del usuario que presenta el evento y no a la ejecución de estrategias colectivas que logren un impacto en la calidad de la atención y en los programa de promoción y prevención.

Igualmente se evidencio que la IPS no realiza evaluación de indicadores y metas del plan que incluyan variables como: los recursos (humanos, técnicos, financieros, tecnológicos) que se emplearon para cumplir las metas Plan, logros alcanzados donde se describa cómo las acciones propuestas contribuyeron al logro de las metas; en caso de no haber cumplido con la meta propuesta, que acciones correctivas se han propuesto, calculo de un promedio simple del cumplimiento de las metas del Plan (Eficacia). Así mismo no analiza la inversión y su relación con los logros obtenidos, ni la gestión alcanzada donde se verifique cuál fue la contribución de la institución en el logro de los objetivos del plan y que acciones se adelantaron en el componente intersectorial. (40)

Del mismo modo, a pesar que entre el 2007 y 2008 los costos hospitalarios disminuyeron, esto no es significativo cuando observamos que en este mismo periodo aumentaron las hospitalizaciones. Los costos son juzgados con relación a los beneficios. Los beneficios estimados semejantes al ahorro resultan de las patologías prevenidas a través de la vigilancia, puede ser posible en algunas instancias, aunque este acceso no toma en cuenta los beneficios menos tangibles que pueden resultar de los sistemas de vigilancia. En más instancias los costos pueden ser estimados con respecto a los objetivos y utilidades de un sistema de vigilancia específico como lo define Morris (33). En relación a lo anterior se encuentra que dentro de los niveles a considerar en la evaluación del impacto donde se tiene en cuenta el cumplimiento de los objetivos de los eventos objetos de vigilancia y la tendencia del comportamiento en relación con las medidas a partir del sistema

de vigilancia; se consideran tres elementos indispensables; la utilidad, la calidad y el costo, donde este ultimo realiza una evaluación sostenida de la relación costo beneficio de los gastos en la atención medica del ahorro logrado, entre otros aspectos. (30)

Por otro lado, es responsabilidad de todas las Unidades Organizacionales realizar la formulación, auto evaluación y seguimiento a los planes de acción, de acuerdo con los lineamientos metodológicos que están implementados en el Instituto. Los encargados de las Unidades Organizacionales deben sensibilizar y hacer partícipes de esta actividad a los funcionarios a su cargo, dado que este proceso es eminentemente participativo y concertado. Para lograr el resultado esperado se requiere un trabajo en equipo comprometido, en el que se debe establecer mecanismos de autocontrol, auto seguimiento y auto evaluación y se debe efectuar el envío oportuno de los seguimientos y evaluaciones de los planes de acción, en las fechas establecidas en el instructivo (26). De acuerdo a esto, se encontró que en la IPS no hay una divulgación de los resultados encontrados en el Comité de Vigilancia Epidemiológica al 100% del personal de salud de la IPS, debido a que solo el 50% de los médicos de consulta externa conocen los hallazgos del comité; lo que dificulta la efectividad de las acciones propuestas en el plan al no involucrar a todos los funcionarios en el logro de los objetivos propuestos.

De los resultados obtenidos se observa correlación de los hallazgos entre la base de datos COVE y la Base de datos de hospitalizados, evidenciados de manera importante en el programa de Crecimiento y Desarrollo; donde se presenta una menor frecuencia de realización de COVES en los dos periodos analizados, así mismo se observa que este programa es el que presenta una mayor frecuencia de hospitalización, confirmando que el análisis de los eventos conllevan un aumento de hospitalizados lo que se relaciona lo dicho por la Clínica Country (26) que dentro de los valores agregados del Comité de Vigilancia Epidemiológica es que reduce la estancia hospitalaria prolongada. La vigilancia y control epidemiológicos tienen por objeto evaluar los aspectos relacionados con la frecuencia, distribución y factores condicionantes de la enfermedad y otros eventos en Salud. Así mismo es importante anotar que con la realización de los Coves se espera que se disminuyan las hospitalizaciones por los mismos eventos centinelas y/o adversos analizados.

Otro de los factores analizados fueron los retrasos identificados en el análisis de los comités de vigilancia epidemiología donde se observó que durante los dos periodos evaluados se presentó con mayor frecuencia el retraso Tipo 1 que tiene que ver con la demora del usuario para reconocer la necesidad de atención en salud relacionado con falta de información sobre sus posibles complicaciones y el retraso tipo 4 que se relaciona con la calidad de la atención medica para recibir un tratamiento adecuado y apropiado desde los niveles inferiores. Este resultado se relaciona con lo mencionado en la

metodología utilizada por la IPS (28) cuando refieren que La evitabilidad es un indicador de la calidad de la prestación de los servicios. Los eventos evitables son todas aquellas hospitalizaciones de los grupos específicos de riesgo que se hubiesen podido evitar a través de actividades como la consulta médica, la adherencia al tratamiento, educación, intervención por psicología, si se produce en forma articulada y se logran resultados en salud más efectivos. El análisis exhaustivo de los eventos evitables son importantes para establecer los aspectos críticos, tales como fallas de la atención, la falta de seguimiento de afiliados con problemas de adherencia, fallas administrativas y debilidad en los procesos de Promoción y Prevención.

Por lo tanto se ve afectada la efectividad del Comité de Vigilancia Epidemiológica al no reducir las hospitalizaciones evitables desde el primer nivel de atención como las hospitalizaciones por Enfermedad Diarreica Aguda e Infecciones respiratorias Agudas en la población infantil, los infartos y daños renales en la población perteneciente a los programas de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus y demás complicaciones maternas que se pudieron prevenir, lo que se relaciona con lo dicho por Navarro (32) cuando refiere que la efectividad se ve reflejado en el impacto de la intervención en la población, dependiendo de la eficacia, pero también costo y de las condiciones operativas, es decir, de la posibilidad real de que la población sea alcanzada por intervención. Una intervención puede ser de alta eficacia y sin embargo, baja efectividad.

LIMITACIONES Y SESGOS:

- Se evaluaron solo los seguimientos que estaban registrados en el plan de acción, sin validación de dichos seguimientos en historia clínica y realización de llamadas a los usuarios.
- La calidad de la información requerida para el diligenciamiento adecuado de las bases de datos de hospitalizados se ve afectada debido a que los registros ofrecidos por el aplicativo no contaban con toda la información para el diligenciamiento adecuado de las diferentes variables evaluadas.
- La selección de los casos a analizar en los COVES es primordialmente realizada por el médico del programa, lo que conlleva a un posible sesgo al escoger los casos por estar involucrado en la atención de los pacientes.
- El 100% de los eventos hospitalarios por complicaciones y eventos prevenibles en los programas de promoción y prevención no son analizados debido a no disponibilidad suficiente del recurso humano para realizar estos análisis.
- La evaluación de los eventos hospitalarios se realiza basados en la frecuencia pero no se analiza el nivel de gravedad de los mismos.

5 CONCLUSIONES

- Los planes de acción tienen fallas en la metodología y seguimiento debido a que no cumplen con la aplicación del 100% de los componentes verificados, respecto a la metodología SINAES 36 utilizadas por las evaluadoras.
- El costo del tiempo de las horas laborales dedicadas al análisis del COVE corresponde al 4% del costo total de los salarios mensuales de los profesionales.
- El costo total de las hospitalizaciones en ambos periodos fue de \$581.504.822, para el periodo 2008 se presentó una disminución del 16% respecto al año anterior.
- En la evaluación de la divulgación a los profesionales de la salud frente a los hallazgos del COVE en ambos periodos se encontró que el conocimiento en general del personal se encuentra en una calificación adecuada, con un 67%.
- Se observa que la frecuencia en los casos analizados en el COVE aumento en un 15% en el 2008 con relación al periodo anterior; así mismo, también se incremento en un 12% la frecuencia de hospitalizaciones en el mismo periodo. Igualmente se observa que en el programa de crecimiento y desarrollo se presenta una menor frecuencia en la realización de COVES en los dos periodos analizados y se observa que este programa es el que presenta una mayor frecuencia de hospitalización.

6 RECOMENDACIONES

- Se hace necesario desarrollar políticas para la unificación de la metodología y estructura del plan de acción, garantizando la divulgación del mismo y verificando la correcta ejecución de las actividades planteadas, con el fin de obtener mejores resultados que impacten en la salud de los usuarios y disminuyan el costo para la EPS por hospitalizaciones prevenibles.
- Se debe implementar y mantener continuidad de la socialización de los hallazgos del comité de vigilancia epidemiológica y manejo de las guías y protocolos a todo el personal de salud de la IPS.
- Se sugieren estudios posteriores donde se evalúe la efectividad en todas sus características; en relación al número de casos, costos, impacto y costumbres.
- Se propone que los eventos centinelas y/o adversos presentados no sean elegidos por el médico líder del programa, si no por un par que no esté involucrado en la atención del caso presentado para lograr un análisis transparente e imparcial del evento analizado en el COVE.

ANEXOS

ALIMENTACION DE BASE DE DATOS COVE(ANEXO 1)

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA Y/O ADVERSOS EN EL COMITE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (COVE) EN UNA INSTITUCION DE SALUD DE NIVEL BASICO DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DE LA CIUDAD DE CALI EN EL PERIODO 2007-2008

AÑO	GENERO	EDAD	PROGRAMA	EVENTO	TIPO DE RETRASO				PLAN DE ACCION		SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION	
					T1	T2	T3	T4	SI	NO	SI	NO

ENCUESTA (ANEXO 2):

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA Y/O ADVERSOS EN EL COMITE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (COVE) EN UNA INSTITUCION DE SALUD DE NIVEL BASICO DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DE LA CIUDAD DE CALI EN EL PERIODO 2007-2008

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la efectividad de los planes de acción creado en el análisis de los eventos adversos y/o centinelas en el comité de vigilancia epidemiológica.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

PROFESION:

Medico___ Enfermera___ Administrativo___ Especialista___

TIPO DE CONSULTA QUE REALIZA:

Consulta Externa___ Programas de PyP___ Ninguna___

Marque con una X

- Conoce los hallazgos encontrados en los Comités de Vigilancia Epidemiológica?
SI___ NO___
- Conoce los protocolos y guías de Atención del Manejo de los pacientes de los programas de Promoción y Prevención y el manejo de los eventos de Interés y Salud Publica?
SI___ NO___
- Conoce y sabe diligenciar los Planes de Acción del Comité de Vigilancia Epidemiológica?
SI___ NO___
- Considera importante conocer los hallazgos de los Comites de Vigilancia Epidemiologica?
SI___ NO___

CALIFICACION DE LA ENCUESTA

1 pregunta con respuesta SI y 3 respuestas NO	Malo
2 Preguntas con respuesta SI y 2 respuestas NO	Regular
3 Preguntas con respuesta SI y 1 respuesta NO	Adecuado
4 Preguntas con respuesta SI	Optimo

LISTA DE VERIFICACION DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO (ANEXO 3)

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA Y/O ADVERSOS EN EL COMITE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (COVE) EN UNA INSTITUCION DE SALUD DE NIVEL BASICO DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DE LA CIUDAD DE CALI EN EL PERIODO 2007-2008

COMPONENTES	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
DEBILIDAD O NECESIDAD	Debe expresarse con claridad y sencillez en qué consiste.		
OBJETIVO	Representa el estado del sistema que se pretende alcanzar (o que se alcanzara) al superar las debilidades actuales. Debe tener un objetivo por cada debilidad, en infinitivo, concreto y con una idea clara de lo que se pretende lograr.		
ACCIONES	Son las actividades o tareas que permitan reducir la brecha entre la situación actual y la deseada. Debe tener verbo en infinitivo, para evitar que se confundan con el objetivo y precisar su cantidad.		
INDICADORES	Son muestras observables de que se avanza hacia el objetivo, o que demuestran que el objetivo se ha alcanzado. Deben dar cuenta del nivel de avance de los objetivos. Debe tener unidad de medida		
FUENTE DE VERIFICACION	Medio para verificar el indicador		
ACCIONES DE SEGUIMIENTO	Describir como se va a hacer el seguimiento de los planes de accion		
FECHA	Cuando realiza la accion de mejora		
RESPONSABLE	Nombre de la persona responsable de la actividad de mejora		

COSTO DE LAS HORAS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ANALISIS DEL COVE (Anexo 4)

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA Y/O ADVERSOS EN EL COMITE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (COVE) EN UNA INSTITUCION DE SALUD DE NIVEL BASICO DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DE LA CIUDAD DE CALI EN EL PERIODO 2007-2008

PROFESIONAL	SALARIO MENSUAL	HORAS MES DEDICADAS AL COVE	COSTO DE LAS HORAS LABORALES DEDICADAS AL COVE
DIRECTOR IPS			
GINECOLOGO			
PEDIATRA			
INTERNISTA			
MEDICO DEL PROGRAMA DE P Y P			
ENFERMERA JEFE			
PSICOLOGA			

BASE DE DATOS DE HOSPITALIZADOS (Anexo 5)

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE ACCION GENERADOS EN EL ANALISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA Y/O ADVERSOS EN EL COMITE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (COVE) EN UNA INSTITUCION DE SALUD DE NIVEL BASICO DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DE LA CIUDAD DE CALI EN EL PERIODO 2007-2008

AÑO	EDAD	GENERO	DIAGNOSTICO	SERVICIO HOSPITALARIO	PROGRAMA DE P Y P	COSTO

BIBLIOGRAFIA:

1. Ana Teresa Fariñas Reinoso. De la Vigilancia epidemiológica a la vigilancia en salud. Vol.11 No.2. Marzo – Abril 2006. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/farinasvig.pdf>
2. www.coomeva.com.co
3. Gerencia Nacional de Salud. Coomeva EPS. Comité de Vigilancia Epidemiológica. Octubre 2006 pág. 2
4. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Metodología de evaluación del sistema de vigilancia en salud pública (sivigila), Duitama, Boyacá, Colombia, 2008.
5. Ricardo Batista Moliner y Edilberto González Ocho. Evaluación de la vigilancia en la atención primaria de salud: una propuesta metodológica. Revista Cubana Med. Trop 2000; 52(1):55-65. Disponible en http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=5438&id_seccion=595&id_ejemplar=591&id_revista=71
6. Jaime Sepulveda, Malaquías López Cervantes y otros. Aspectos básicos de la Vigilancia en Salud Pública para los años noventa. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México (Junio de 1993).
7. Barbara Valanis. Epidemiology in Nursing and health care 1992.
 - a. P. 3-10.
8. Generalidades de la Vigilancia Epidemiología. Guía Andina de Vigilancia Epidemiológica de casos y brotes para ámbitos de frontera. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/guia-andina/cap1.pdf>
9. Decreto por el cual se reglamenta parcialmente los títulos VII y XI de la Ley 9 de 1979, en cuanto a vigilancia y control epidemiológico y medidas de seguridad. Decreto 1562 de 1984 (22 de Junio de 1984)
10. Ley por la cual se dictan las medidas sanitarias. Ley 9 de 1979 (24 de enero de 1979)
11. Decreto por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Decreto 3518 de 2006 (9 de octubre de 2006).
12. Ley por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones Ley 100 de 1993 (23 de diciembre de 1993)
13. Ley por la cual se modifica el inciso 3° del artículo 57 de la Ley 30 de 1992. Ley 647 de 2001 (28 de febrero de 2001)
14. Resolución por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de las Intervenciones Colectivas a Cargo de las entidades territoriales. Resolución 00425 de 2008 (11 de febrero de 2008)
15. <http://www.valledellili.org/?p=1682>
16. <http://www.clinicadelcountry.com/index.php?id=423>
17. Decreto por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Decreto 2174 de 1996 (28 de noviembre de 1996)

18. Adriana Isabel Flórez. Manual de Calidad Coomeva EPS, noviembre de 2007
19. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para Promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá D. C. Diciembre/2007
20. Hipólito Pabon Lasso. Evaluación de los servicios de salud. P 11,191
21. Eliana Montero Rojas. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica Volumen 1, número 2, artículo 6 Enero - junio, 2004. Disponible en <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
22. Fariña AT, Pastor L. Metodología para la evaluación Rápida de Sistemas de Vigilancia, Reporte Técnico de Vigilancia, Vol. 9 No. 6, Noviembre-Diciembre 2005. Disponible en la Word Wide Web: http://bvs.sld.cu/uats/rtv_files/2005/fariñas.pdf
23. Navarro Ferran Martinez, Heras Amela Carmen, Carmen Arredondo Miguel, Bergonzoli Gustavo, Castellanos Luis Gerardo, Castellanos Pedro Luis, Dorado Campos Juan de Mata. Vigilancia epidemiológica. 2004. P. 7,19.
24. Teutsch Steven M., Churchill Elliott R. Principles and practice of public health surveillance. Oxford University Press, Inc. 2000 p176-191
25. <http://www.hospitalsanvicente.gov.co/images/documentos/controlinterno/PLANESDEMEJORAMIENTO.doc>
26. http://www.wikilearning.com/monografia/consultoria_organizacional/11751-10
27. Instituto Nacional de medicina legal y ciencias forenses. <http://www.medicinalegal.gov.co/PLANEACION/DIRECTRICESPLANACCION.pdf>
28. [Guía para la evaluación del Plan de desarrollo del municipio de Santiago de Cali 2009.](#)
29. Ley por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios. Ley 872 de 2003 (30 de diciembre de 2003)
30. Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior. SINAES. Manual para la elaboración de planes de mejoramiento. Disponible en: http://www.sinaes.ac.cr/proceso_acreditacion/guiaelaborarplanmej.doc
31. Jorge Castello Castello. Perspectiva de la Salud Pública en el Perú. Alcances doctrinarios de la salud pública. Sesión Ordinaria: 25 de Agosto de 2005. Disponible en la World Wide web: http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales_2005/7Perspectiva_Salud_Publica_Castello.pdf
32. Resolución por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Resolución 412 de 2000 (25 de febrero de 2000)
33. Acuerdo por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la

- atención de enfermedades de interés en salud pública. Acuerdo 117 de 1998 (29 de diciembre de 1998)
34. Resolución por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. Resolución 3384 de 2000 (29 de diciembre de 2009)
 35. Ley por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1122 de 2007 (9 de enero de 2007)
 36. Decreto por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública. Decreto 3039 de 2007 (10 de agosto de 2007)
 37. Ley por la cual se reorganiza el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Ley 10 de 1990 (10 de enero de 1990)
 38. Ley por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Ley 715 de 2001 (21 de diciembre de 2001)
 39. Decreto por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Decreto 1011 de 2006. (3 de abril de 2006)
 40. Seguridad del paciente y error en medicina. Instituto de Investigaciones epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires. Disponible en la World Wide web: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario.asp>