INTRODUCCIÓN

La IPS Gastro Élite S.A.S promueve una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con una institución segura y competente.

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

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en la IPS Gastro Élite S.A.S, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad.

OBJETIVOS

1. Direccionar la política institucional y el diseño de los procesos de atención en salud, hacia la promoción de una atención en salud segura.

2. Disminuir el riesgo de la atención en salud brindada a los pacientes que reciben atención en los servicios de consulta externa especializada y endoscopia digestiva.

3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad, y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

4. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de la atención en salud.

5. Garantizar el análisis de eventos adversos ocurridos en la institución.

6. Fortalecer cultura institucional de reporte de incidentes y eventos adversos.

7. Identificar riesgos asociados a la atención en salud para crear barreras de seguridad.

ALCANCE

El programa de seguridad del paciente debe ser aplicado por todo el personal asistencial y administrativo de la IPS Gastro Élite S.A.S en todos los procesos y subprocesos institucionales.

RESPONSABLES

De la elaboración: Coordinación de Enfermería y Calidad
De la revisión: Coordinación de Enfermería y Calidad y Coordinación administrativa
De la aprobación: Dirección médica
Del seguimiento: Coordinación de Enfermería y Calidad

DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NORMATIVIDAD

Referencia	Contenido	Conclusiones
Ley 100 de 1993	"Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones'"	Esta ley se basa en un modelo de cobertura universal, teniendo por principios la **EFICIENCIA, UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD, INTEGRALIDAD, UNIDAD Y PARTICIPACIÓN.** La cual se orienta a promover calidad y economía en un sistema de administración eficiente, otorgando al individuo la capacidad de opinar e influir sobre el sistema de salud, y de escoger teniendo en cuenta la calidad y costos, en vez de ser éste un sujeto pasivo de recepción de servicios.
Decreto 780 de 2016	"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"	Tiene como componentes los siguientes: ✓ El Sistema único de Habilitación ✓ La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud Igualmente señala que las IPS deben implementar procesos de auditoría, con criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad. Los modelos que se apliquen teniendo en

Referencia	Contenido	Conclusiones
		cuenta niveles de autocontrol, auditoría interna y externa. Se establecen las siguientes definiciones, entre otras: **Atención de salud.** Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. **Calidad de la atención de salud.** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Finalmente anuncia el diseño e implementación de un Sistema de Información para la calidad a cargo del Ministerio de la Protección Social, en el cual se busca estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y al mismo tiempo orientar a los usuarios en las características del sistema.
Resolución 256 de 2016	Por la cual se define el **Sistema de Información para la Calidad** y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema	Dicha resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita: 1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el

Referencia	Contenido	Conclusiones
	Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema. De igual manera esta resolución define: **Eventos Adversos:** entendiéndose como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad. **El evento adverso trazador:** se caracteriza por que las causas que lo originan pueden estar asociadas a deficiencias en la calidad de la atención. Su existencia no indica con certeza fallas en la calidad, pero sí es señal de que hay una alta probabilidad de que alguno o varios de los procesos de atención asociados a la ocurrencia del evento no estén funcionando correctamente. Lo anterior dando como resultado un listado de indicadores de referencia para el proceso de auto evaluación, evaluación de acreditación, verificación de habilitación o durante la auditoria para el mejoramiento de la calidad.

Referencia	Contenido	Conclusiones
Resolución 2003 de 2014	"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud"	En esta resolución se incluye dentro de la evaluación de la capacidad Tecnológica y científica el estándar de procesos prioritarios, que es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud. Este estándar apunta directamente a la seguridad del paciente.
Resolución 3100 de 2019	"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud"	El prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El prestador de servicios de salud realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE GASTRO ÉLITE S.A.S

PROPOSITO: Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes, a través de la identificación e intervención de dichos riesgos, la promoción de una cultura de seguridad en la organización, el reporte y análisis de los eventos adversos e incidentes y la adopción de prácticas que mejoren las barreras de seguridad.

ALCANCE: Esta debe ser aplicada por todo el personal que labora en la institución en todos los procesos, los pacientes y sus familias.

DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: En la IPS Gastro Élite S.A.S la seguridad del paciente se constituye en una prioridad en la gestión de la calidad de la atención brindada en los servicios de consulta externa especializada y endoscopia digestiva. La institución cuenta con un programa de seguridad del paciente basado en los lineamientos y política nacional de seguridad, además de un talento humano comprometido con el reporte de sucesos que puedan poner en riesgo la integridad del paciente y su familia.

La IPS Gastro Élite S.A.S se compromete con los principios de la política: enfoque de atención centrado en el paciente, cultura de seguridad, multicausalidad, validez, alianza con el paciente y su familia, alianza con el profesional de la salud.

RESPONSABLES

De la elaboración: Coordinación de Enfermería y Calidad
De la revisión: Coordinación de Enfermería y Calidad y Coordinación administrativa.
De la aprobación: Dirección médica
Del seguimiento: Coordinación de Enfermería y Calidad

MEDICIÓN: Reporte y análisis de sucesos de seguridad, resultados rondas de seguridad

OBJETIVOS

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.

2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

4. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

5. Mantener una cultura de seguridad del paciente institucionalizada desde lo educativo y no lo punitivo.

LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA: Dentro de las acciones institucionales que propendan por establecer la política institucional de seguridad del paciente, debe ser una estrategia orientada hacia la mejora de la seguridad del paciente y debe desplegarse de manera sistemática, y mediante la implementación de herramientas prácticas.

Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la IPS Gastro Élite S.A.S debe adoptar dicha política basada en **los siguientes lineamientos:**

1. En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos.

2. Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.

3. Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo.

4. Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.

5. Aunque los daños involuntarios a los pacientes son inevitables, en su mayoría si se pueden prevenir.

6. La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que por favor sean más cuidadosas.

7. La política se seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:

- Confianza cada vez menos en la memoria
- Permitir que sea el experto quien haga las cosas
- Gestionar el riesgo de cada actividad
- Alertar sin miedo sobre el error
- Compartir el aprendizaje
- Ante la duda, pedir ayuda o Adhesión a las guías de práctica clínica
- Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería.
- Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras

ESTRATEGIAS: El ambiente cultural al interior de la institución debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones sobre seguridad del paciente.
2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento.
4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente, para su posterior evaluación, intervención, seguimiento y corrección, con el objetivo de mejorar los estándares de calidad en la prestación del servicio.
5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes de las acciones formales que se desarrollan.
6. Capacitación, educación y retroalimentación al personal asistencial para garantizar un entorno más seguro para la atención del paciente.
7. Incluir al paciente y la familia como responsables en la aplicación de prácticas seguras en su cuidado.
8. Disponer de recursos para la implementación de esta política.

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

EJES CONDUCTORES DEL PROGRAMA:

1. **Apoyo de la dirección médica:** Es fundamental ya que implica el involucramiento en la seguridad de la Junta directiva y la dirección médica. Sin este apoyo, no se pueden iniciar las acciones que redundarán en el rediseño e implementación de los procesos y procedimientos institucionales. Como resultado de este apoyo, la seguridad es una prioridad gerencial, se convierte en un pre-requisito en el diseño de los procesos y se materializa en una política de seguridad del paciente, la dirección médica asigna un presupuesto económico para las actividades de seguridad, se conforma un equipo líder de seguridad, se da entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad del paciente, se capacita continuamente a los colaboradores en las prácticas seguras recomendadas y se implementan las acciones de mejora.

   Equipo seguridad del paciente IPS Gastro Élite S.A.S:

   - El líder del programa: Coordinación de enfermería y calidad.
   - Dirección médica
   - Coordinación administrativa

- Asesor externo SGSST
- Auxiliar administrativa (2)
- Auxiliares de enfermería (2)

2. **Análisis y gestión de riesgos:** La gestión del riesgo identifica y aprovecha oportunidades para mejorar el desempeño y emprender acciones para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal. Las actividades de gestión de riesgo tienden a analizar los riesgos inherentes a la eficiencia de las operaciones en las actividades de sus procesos y de sus puestos de trabajo para prevenir eventos adversos.

3. **Adherencia a guías de práctica clínica:** La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su paso por la organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos. Las guías de práctica clínica deben estar disponibles en los servicios para fácil consulta por los profesionales. Por ello, una actividad clínica tan importante como lo es el diseño de la guía, es la verificación de su adherencia en la implementación.

4. **Educación en seguridad del paciente:** La educación continua en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente es fundamental en la creación de cultura. Entre las actividades educativas que se pueden realizar diariamente están las sesiones breves de seguridad y los Folletos.

5. **Actividades institucionales del programa de seguridad del paciente:** Orientadas a la prevención y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud, Gestión segura del uso de medicamentos, Gestión segura de la tecnología biomédica, Implementación de metas globales de seguridad del paciente, Involucramiento del paciente y su familia en su seguridad, Mecanismo de reporte de eventos adversos.

6. **Construcción de cultura de seguridad:** La creación de cultura de seguridad debe ser el objetivo primordial de cualquier Programa de Seguridad del Paciente, por ese motivo, fue la primera práctica recomendada a implementar por el National Quality Forum en el año 2003. Esta recomendación se fundamenta en el hecho de que siempre que sean los seres humanos quienes provean la atención en salud, ocurrirán fallas y errores. Sin embargo, los proveedores de la atención en salud pueden reducir

la probabilidad de tales fallas y errores, y limitar su impacto a través de la implementación de una cultura de seguridad.

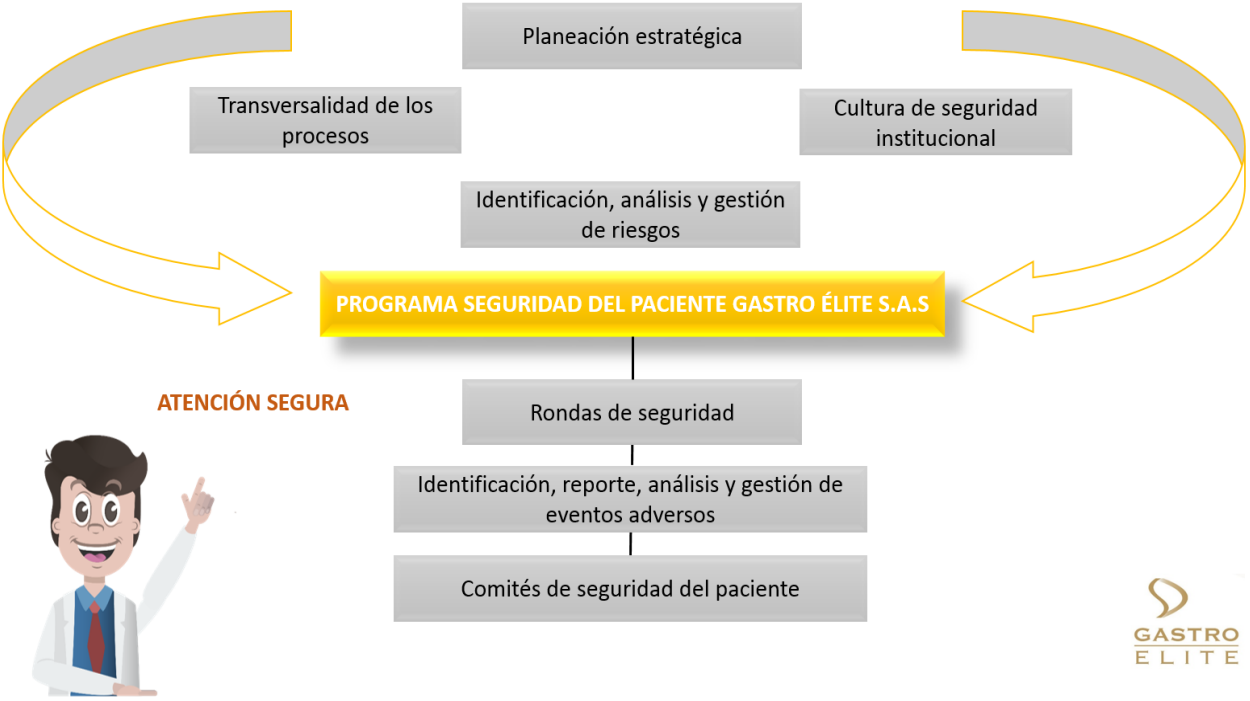
Se conoce como cultura al conjunto de conocimiento, experiencias, valores, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, rigen su comportamiento y afectan los resultados. Por lo tanto, si las personas de una organización alinean estas características de comportamiento en torno a la seguridad de los pacientes, el resultado final no será distinto al de tener una organización que entrega seguridad a sus pacientes.

Crear cultura organizacional es algo difícil de lograr en el corto y mediano plazo debido fundamentalmente a que, como lo dice su definición, se trata de alinear comportamientos individuales en torno a unos pocos objetivos, en este caso, el de la seguridad. La cultura de seguridad tiene cuatro componentes fundamentales, sobre los cuales se debe trabajar al interior de cada organización para lograrla. Estos componentes son:

- **Seguridad psicológica:** El término hace referencia a la convicción que tiene el colaborador de un servicio de que no será castigado o humillado por exponer sus ideas, hacer preguntas, manifestar sus preocupaciones sobre la seguridad de la atención e incluso cometer errores.
- **Liderazgo efectivo:** Se refiere a que en cada servicio el líder o los líderes del mismo creen un ambiente de trabajo que favorezca la seguridad psicológica para que así todas las personas se sientan tranquilas expresando sus preocupaciones de seguridad.
- **Transparencia:** Hace referencia a que la organización hace visible a sus colaboradores los eventos adversos presentados. Se basa en el concepto de que una organización transparente investiga los errores y comparte los hallazgos internamente para que otros aprendan y eviten cometer errores similares.
- **Cultura justa:** Tiene como principio el hecho cierto de que cualquier profesional competente involuntariamente comete errores. Se refiere a que al momento de tomar decisiones sobre un evento adverso sucedido, se distingue entre los eventos adversos que son producto de errores de las personas, de aquellos que son producto de fallas en el sistema. Si bien las personas son responsables por sus comportamientos, la justicia está en que se reconoce que las personas individualmente no pueden ser responsables por fallas en el sistema sobre las cuales ellos no tienen control.

7. **Búsqueda activa de eventos adversos:** Conociendo que la gran mayoría de los eventos adversos que suceden realmente no se reportan, claramente las instituciones necesitan una manera más efectiva de identificar eventos que causan daño a los pacientes para determinar la severidad del daño e iniciar las acciones para minimizar sus consecuencias, por lo que se recomienda revisiones retrospectivas de registros clínicos, el contacto confidencial con los clínicos, los registros de auditoria, las quejas de pacientes y familiares, las rondas de seguridad, la observación discreta.

METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO EFICAZ DEL PROGRAMA:



PLANEACIÓN ESTRATÉGICA: La dirección médica de la IPS Gastro Élite S.A.S. comprometida con todos los procesos relacionados con la seguridad del paciente, brinda los espacios, el personal, el tiempo y los recursos necesarios para el desarrollo de todas las actividades descritas en el programa. La junta directiva de la institución a través de la dirección médica, incluye en su presupuesto los recursos necesarios para el desarrollo de

las acciones necesarias para la implementación de este programa. La planeación estratégica es acorde con la política de seguridad del paciente y la dirección médica enfoca sus objetivos al cumplimiento de las medidas que permitan cuidar la integridad del paciente a través de procesos seguros.

La dirección de la organización da ejemplo de compromiso con la seguridad del paciente y las decisiones se toman a partir de la política de seguridad.

Se cuenta con una política de seguridad del paciente, la cual es conocida por todos los colaboradores de la IPS Gastro Élite S.A.S.

Se cuenta con un comité de seguridad del paciente, liderado por la Coordinadora de enfermería y calidad.

CULTURA DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL: La IPS Gastro Élite S.A.S promueve la cultura a través del cumplimiento de los siguientes componentes:

- **Capacitación del personal:** Formación de líderes de seguridad del paciente: estas personas se consideran multiplicadores de la política de seguridad del paciente, son los integrantes del comité de seguridad del paciente, fármaco y Tecnovigilancia a quienes se formará progresivamente.
  A través de la coordinación de enfermería y de calidad se planean y ejecutan las capacitaciones relacionadas con la seguridad del paciente en el marco del cronograma de educación anual. El objetivo de dichas capacitaciones no solo es sensibilizar al personal sobre el proceso de seguridad del paciente e importancia del reporte, sino también de fortalecer sus conocimientos y habilidades en el desarrollo de las funciones descritas en su perfil de cargo, lo que de manera directa contribuye a minimizar el riesgo en la atención.

- **Proceso de inducción:** Al ingreso de cada colaborador a la organización y como parte del proceso de inducción se presentará el programa de seguridad del paciente, fármaco y tecnovigilancia, buscando sensibilizar a este nuevo colaborador frente a la importancia de la atención segura y el reporte no punitivo de los eventos adversos.
- **Inclusión en el programa:** a través del comité de seguridad, fármaco y tecnovigilancia se vincula al personal operativo que hace parte de los procesos

misionales y procesos de apoyo pertinentes. Cada integrante del comité se convierte en un vigía de seguridad y un replicador de prácticas seguras.

- **Sensibilización del personal frente a la seguridad del paciente:** a través de las diferentes actividades lideradas por el comité de seguridad del paciente, fármaco y tecnovigilancia se busca: generar procesos de reflexión organizacional sobre temas de seguridad, aclarando el carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
- **Clima organizacional educativo:** los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.

TRASVERSALIDAD DE LOS PROCESOS: Para asegurar la aplicación del programa en todos los procesos misionales se ha definido la conformación del comité de seguridad del paciente, fármaco y tecnovigilancia con mínimo un integrante de cada proceso misional y algunos de apoyo que aplican al objetivo del programa de seguridad del paciente. Los aspectos más relevantes de este comité se elevarán a través de la coordinación de enfermería y calidad.

IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE RIESGOS: La gestión del riesgo identifica y aprovecha oportunidades para mejorar el desempeño y emprender acciones para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal. La dirección médica expresa su compromiso permanente de trabajo con la seguridad de sus prácticas clínicas a través de unas actividades de gestión de riesgos, tendientes a analizar los riesgos inherentes a la eficiencia de las operaciones en las actividades de sus procesos y de sus puestos de trabajo para prevenir eventos adversos.
Una potencial falla de un proceso se define como la manera en que el proceso pudiera fallar en cubrir sus requerimientos.

La adherencia del personal al programa de seguridad del paciente de la institución se mide a través de los siguientes componentes y estrategias:

RONDAS DE SEGURIDAD: Estas rondas son lideradas por la coordinadora de enfermería y calidad y buscan evidenciar a través de un espacio interactivo la aplicación de la política de seguridad del paciente y de las estrategias que de ella se desprenden, se

realizarán periódicamente (Cada dos meses) y/o cuando sea necesario, según lo definido por el comité.

La ronda de seguridad del paciente tiene 2 enfoques:

1. Verificar y evidenciar el seguimiento realizado al desarrollo SEGURO de las funciones operativas, enfocándose principalmente en las buenas prácticas de uso de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.

2. Verificar y evidenciar el seguimiento realizado al desarrollo SEGURO de las funciones operativas, enfocándose principalmente en los procesos prioritarios asistenciales.

El registro de lo encontrado en la ronda se realizará a través de listas de chequeo que son custodiadas por el comité de seguridad del paciente, fármaco y tecnovigilancia.

En las rondas participara el equipo del programa de seguridad del paciente de la IPS Gastro Élite S.A.S descrito anteriormente, quienes elegirán un proceso institucional a verificar. Al terminar la ronda se socializara con el personal los hallazgos encontrados.

IDENTIFICACIÓN, REPORTE, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS:

Cualquier persona que dentro de la institución identifique o sospeche cualquier suceso de seguridad, asociado a la atención o el uso de medicamentos y/o dispositivos médicos, los debe reportar inmediatamente a través del FORMATO DE REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD, los que impliquen daño al paciente se manejaran como eventos adversos, y serán analizados gestionados a través del comité de seguridad del paciente bajo el método de espina de pescado en el FORMATO DE ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS.

El líder del comité con el apoyo de sus integrantes, deben definir el plan de acción para las causas encontradas, las acciones preventivas y de mejora, los responsables, como se ejecutarán las acciones y el tiempo, además de realizar seguimiento y evaluación hasta su cumplimiento, las actividades de divulgación y capacitación al personal.

Relacionado con eventos adversos se reportará al Ministerio de Salud y de la Protección social, semestralmente los indicadores de la Resolución 256 de 2016, teniendo en cuenta lo siguiente.

El reporte del indicador se realiza semestralmente teniendo en cuenta que los plazos son 31 de Julio (para el primer semestre) y 31 de Enero del año siguiente (para el segundo semestre). Este reporte será enviado a ZAPHIRO quien se encarga de realizar el cargue de los indicadores de reporte obligatorio a la Superintendencia y al Ministerio de Salud y protección social.

ANÁLISIS DE CAUSA RAIZ: EL DIAGRAMA DE ESPINA DE PESCADO

Objetivo: El diagrama de espina de pescado es un diagrama de causa-efecto que se puede utilizar para identificar la/las causa/s potenciales (o reales) de un problema de rendimiento. Los diagramas de espina de pescado pueden servir de estructura para debates de grupo sobre las posibles causas de un problema.

PROTOCOLO DE LONDRES

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

Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

El abordaje propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- ✓ Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso.

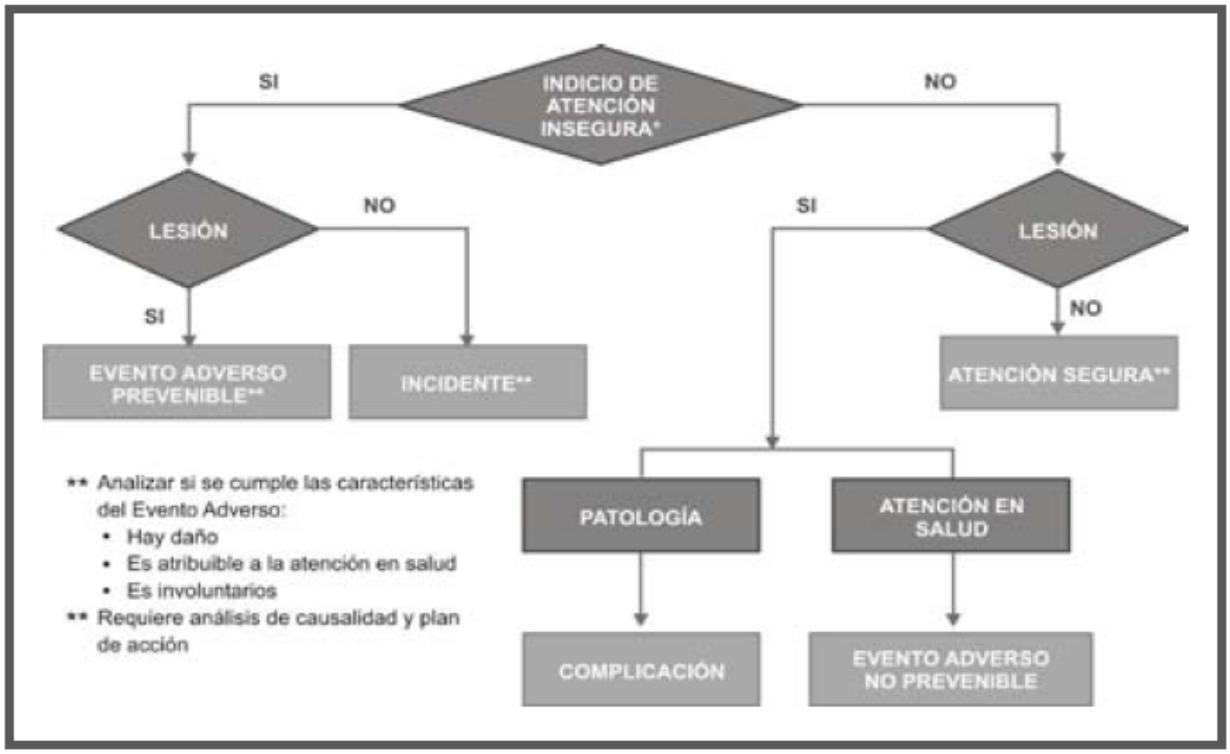
- ✓ Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y hasta cierto punto predecible.

- ✓ Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado.

- ✓ Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No sobra insistir en que la metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas. Esto jamás es posible en una organización cuya cultura antepone las consideraciones disciplinarias. Para que la investigación de incidentes sea fructífera es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo.

MODELO CONCEPTUAL:



MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico - asistenciales. Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason.



Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea, las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o

evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo. Por este motivo todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. La organización, a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas. La tabla 1 resume los factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE PROTOCOLOS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
INDIVIDUO	CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y COMPETENCIA SALUD FÍSICA Y MENTAL
EQUIPO de TRABAJO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc)
AMBIENTE	PERSONAL SUFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; PATRÓN DE TURNOS; DISEÑO, DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL; CLIMA LABORAL; AMBIENTE FÍSICO (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS

Tabla 1. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

Cada uno de estos niveles de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar en la identificación de los factores contributivos mayores.
Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal. Por este motivo es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos.

En la práctica diaria las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos, descuidos, equivocaciones y rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “acción insegura”.
Tal como se dijo antes, el primer paso en la investigación de un incidente clínico es la identificación de la acción o acciones inseguras, para luego analizar las circunstancias en

que ocurrió u ocurrieron, es decir, identificar los factores que contribuyeron o predispusieron a dicha conducta.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Acción insegura. Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:
1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:
1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.
3. No buscar ayuda cuando se necesita.

Contexto clínico. Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.

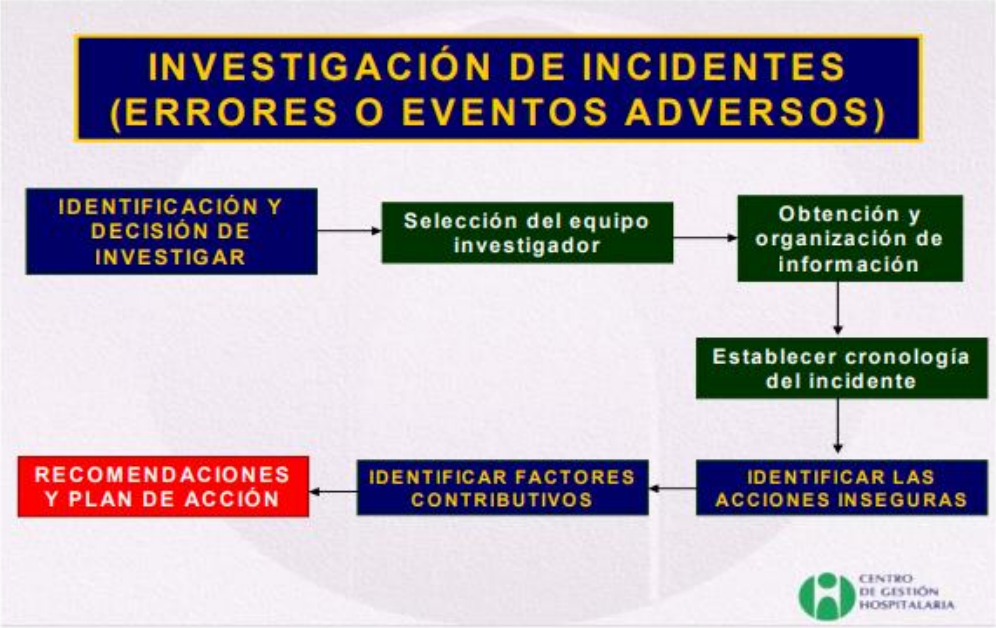
Factor contributivo. Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

- ✓ Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
- ✓ Ausencia de protocolos.
- ✓ Falta de conocimiento o experiencia.
- ✓ Mala comunicación entre los miembros del equipo asistencial.
- ✓ Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

Modelo de análisis/ investigación y análisis de incidentes (errores o eventos adversos):

Es una secuencia de pasos a seguir para investigar y analizar un incidente clínico, tanto un error como un evento adverso. El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en

incidentes menores, como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.



Cómo debe ser ejecutado:

PASO 1. IDENTIFICACIÓN Y DECISIÓN DE INVESTIGAR: Una vez identificado el incidente la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.

PASO 2. SELECCIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR: Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario.

PASO 3. OBTENCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible. Estos incluyen como mínimo:

- ✓ Historia clínica completa.
- ✓ Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- ✓ Declaraciones y observaciones inmediatas.
- ✓ Entrevistas con los involucrados.
- ✓ Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc).
- ✓ Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron.

Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible. De manera esquemática el protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación será de la siguiente manera:

Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

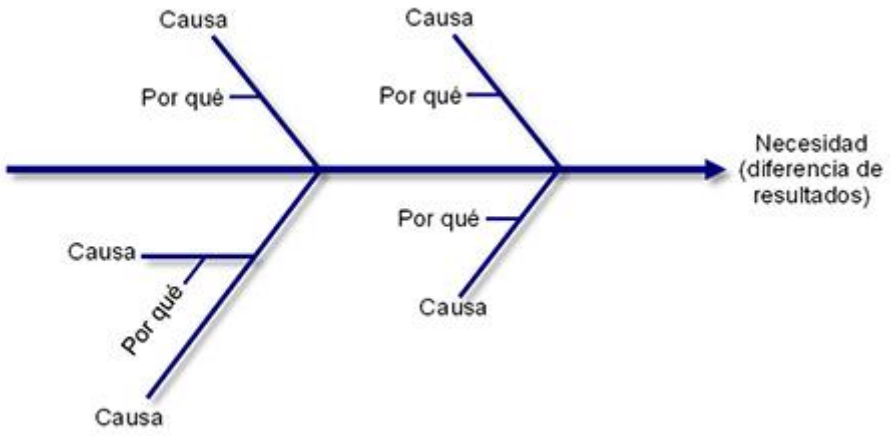
PASO 4. PRECISE LA CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE: Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar las cronologías:

PASO 5. NARRACIÓN: Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.

PASO 6. DIAGRAMA: Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

PASO 7. IDENTIFIQUE LAS ACCIONES INSEGURAS: Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la Historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió.

PASO 8. IDENTIFIQUE LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS: El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos. En este punto la IPS Gastro Élite S.A.S usará el diagrama de espina de pescado. Se tendrán en cuenta los factores relacionados con el talento humano, tecnología y recurso, paciente, organizacionales, tarea y condiciones de trabajo y ambientales.



PASO 9. RECOMENDACIONES Y PLAN DE ACCIÓN: La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:

- ✓ Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- ✓ Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- ✓ Asignar un responsable de implementar las acciones.
- ✓ Definir tiempo de implementación de las acciones.
- ✓ Identificar y asignar los recursos necesarios.
- ✓ Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- ✓ Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- ✓ Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

PASO 10. RETROALIMENTACIÓN AL PERSONAL: El líder de seguridad, debe Informar al colaborador o colaboradores involucrados, los resultados del análisis del Evento reportado y ofrecer información de las acciones de mejora definidas.
Se hace pertinente la retroalimentación del caso clínico a todo el personal asistencial, con el objetivo de corregir las posibles fallas que puedan generen nuevos sucesos.

COMITÉ INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

El comité de seguridad del paciente, será liderado por el coordinador de enfermería y calidad y sus funciones se han descrito en el acta de conformación. Este comité consolida el liderazgo de las acciones seguras a través de las capacitaciones y rondas de seguridad, es transversal en los procesos y es el responsable de verificar los reportes, de analizar los eventos adversos graves, empleando la espina de pescado para identificar los factores contributivos de los eventos adversos asociados a medicamentos, dispositivos médicos u otros. Este comité será realizado mensualmente.

BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ADOPTADAS POR LA IPS GASTRO ÉLITE S.A.S (Paquetes instrucciones)

1. Seguridad del paciente y la atención segura.
2. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
3. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
5. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

6. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
7. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
8. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
9. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
10. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.

REFERENCIAS

1. La seguridad del paciente en Colombia, Ministerio de Protección Social República de Colombia Dirección General de Calidad de Servicios), Estudio IBEAS y política de seguridad del paciente en Colombia.
2. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. To Err is Human: Building a Safer Health System . Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: National Academy Press; 2000.
3. Zimmerman B, Lindberg C, Plsek P. A complexity science primer. In Edge Ware, . Insights from science for healthcare leaders. VHA, 2001, Pages 3-20
4. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Herramientas para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Bogotá, diciembre 2007
5. Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la seguridad de los pacientes, Geneva, Octubre 2004Kaiser Family Foundation, Agency for Healthcare Research and Quality, Harvard School of Public Health. National survey on consumers' experiences with patient safety and quality information. Menlo Park, Calif.: Kaiser Family Foundation, July 5, 2004
6. http://psqh.com/september-october-2009-ahrq. Clancy C. Patient Safety: One Decade after To Err Is Human. PSQH, Junio 2009. Accedido en noviembre 12, 2014
7. Aranaz JM, Aibar C. IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America Towards safer hospital care.
8. http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/25sep/Resultados%20Estudio%20AMBEAS%20-%20 Peru.pdf. Accedido en Noviembre 11 de 2014
9. Weissman JS et al: Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? Ann Int Med 2008;149(2), 100-108

10. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”
11. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA PAQUETES INSTRUCCIONALES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”

VERSIÓN DEL DOCUMENTO	ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
2	Coordinación de enfermería	Coordinación de enfermería	Coordinación administrativa
		Coordinación administrativa	Dirección medica