**OBJETIVO**

Garantizar la implementación, la promoción y la gestión de prácticas seguras en la atención en salud y que conlleven a la mejora de la calidad de la prestación y el incremento en la satisfacción y aceptabilidad de nuestros usuarios.

**ALCANCE**

Las directrices, estructuras, procedimientos, metodologías y herramientas contempladas en la Política y Programa de Seguridad del Paciente, son de implementación y aplicación por parte de todo el personal de APREHSI LTDA en los servicios asistenciales.

El presente documento incluye:

- Taxonomía de la Seguridad del Paciente.
- Consideraciones Generales del Programa de Seguridad del Paciente.
- Directriz formal – Política de Seguridad del Paciente.
- Estructura Programa de Seguridad del Paciente.
- Componentes del Programa de Seguridad del Paciente.
- Procedimiento para la Gestión de eventos Adversos

**DEFINICIONES (TAXONOMÍA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE):**

- **Atención Segura:** Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y minimizar los riesgos.

- **Barrera de seguridad**: Es una acción, elemento o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación de un incidente o un evento adverso.

- **Complicación:** Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

- **Error:** Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado (error de planeación), o falla en completar una acción como estaba planeada (error de ejecución). Tanto los errores de planeación como los de ejecución pueden ser causados por acción u omisión. Error por acción es el resultante de “hacer lo que no había que hacer”, mientras el error por omisión es el causado por “no hacer lo que había que hacer”.

- **Error Latente:** Errores en diseño, organización, entrenamiento y mantenimiento que llevan al operador a errores cuyos efectos permanecen dormidos en el sistema por largos periodos de tiempo.

- **Error Sin Daño:** Son aquellos errores en los procesos de atención, pero que por fortuna no afectan negativamente al paciente. La ausencia del daño se puede deber a la naturaleza de la fisiología humana o a la suerte.

- **Evento adverso:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial, no por la patología de base.

- **Evento adverso no prevenible:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base.

- **Evento adverso prevenible:** Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial **ejecutada con error**, no por la patología de base.

- **Evento centinela:** Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico serio de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o un cambio permanente de estilo de vida.

- **Falla activa:** Errores resultantes de las decisiones y/o acciones tomadas por las personas que participan en los procesos.

- **Falla en la Atención en Salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

- **Falla latente:** Fallas en los sistemas de soporte.

- **Incidente:** Situación en la que la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta evento adverso.

- **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.

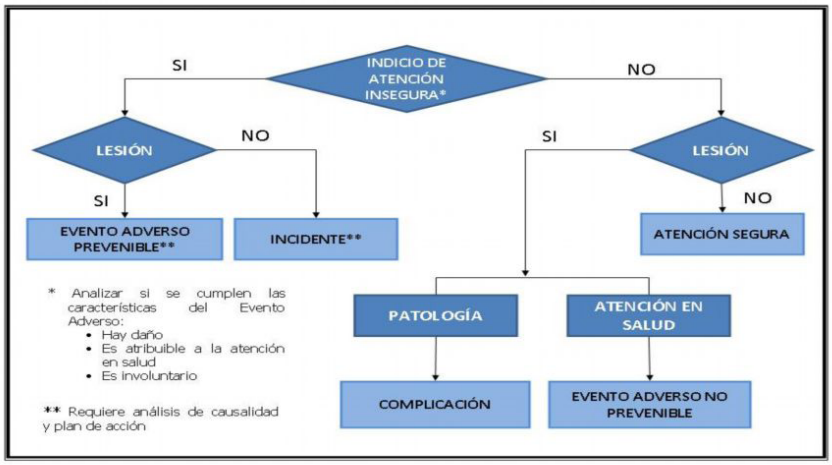
- **Indicio de error**: Dato que sugiere que se ha cometido un error durante el proceso de atención de un paciente, que puede o no causar un evento adverso.

- **Riesgo:** Probabilidad existente de que se presente un incidente o evento adverso.

- **Seguridad del Paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por prevenir y

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o minimizar sus consecuencias.

- **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.




## CONSIDERACIONES GENERALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

### MARCO CONCEPTUAL

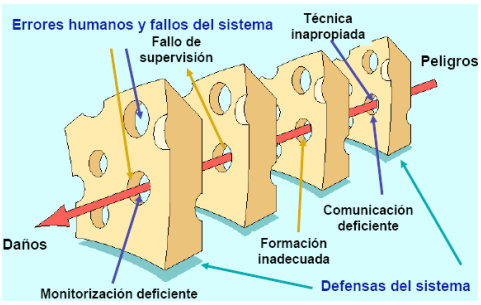
Los eventos adversos se pueden definir como lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia IPS y al incremento de los costos de no-calidad.

### MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

La evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido. El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso; cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Cuando se produce una falla en uno de los procesos, está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

Es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.

El siguiente gráfico ilustra




este modelo.

- **Factores contributivos:** A continuación se describen los principales factores contributivos asociados al error humano y a la generación de situaciones asociadas a la seguridad del paciente:

    - **Factores de paciente:** Incluyen aquellos aspectos que son únicos para cada paciente, a menudo, como factores individuales se agrupan con factores sociales y culturales.

    - **Factores individuales:** Son los aspectos únicos y específicos de cada persona involucrada en el evento adverso. Incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales y muchos más.

    - **Factores de tarea:** Son aquéllos que ayuda y apoyan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procedimientos en salud.

    - **Factores sociales y de equipo:** Son aspectos relacionados con los distintos tipos de formas de comunicación y entre otros aspectos, la forma de gestión, las estructuras tradicionales de jerarquía y la falta de respeto por los miembros con menos experiencia del equipo, pueden afectar significativamente a la cohesión del equipo.

    - **Factores de formación y entrenamiento:** La disponibilidad y contenidos de los programas formativos para el personal, pueden afectar directamente la competencia del personal asistencial. La eficacia del entrenamiento como un método de mejora de la seguridad puede verse también afectada por los contenidos, la forma de expresión, la forma de valoración de las habilidades adquiridas, el seguimiento y las actualizaciones.

- **Factores de equipamiento y recursos:** En el contexto de la prestación de servicios de salud, es esencial poder fiarse de la funcionalidad de los equipos que van a proporcionar cuidados a los pacientes. Considerados como recursos en términos de personal bien entrenado, dinero para permitir la implementación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento, etc. Afecta directamente al desempeño y a la propensión al error.

- **Condiciones de trabajo:** Son todos aquéllos factores que afectan a la capacidad de funcionar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo. Ej.: Condiciones de calor incómodo, iluminación deficiente, ruido de los equipos, de obras, demasiada gente.

- **Factores organizativos y estratégicos:** Son factores adquiridos o propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación externos.

- La agrupación de los factores contributivos en un sistema de clasificación de situaciones asociadas a la seguridad, es importante entre otras, por las siguientes razones:

  - Proporciona un marco para el análisis y entendimiento, que de otra forma sería difícil de encontrar.

  - El uso de un marco estandarizado proporciona la oportunidad de recoger y agrupar datos dispersos. Estos pueden ser luego analizados, para identificar factores que han de ser tenidos en cuenta para mejorar el trabajo y proporcionar las soluciones previstas para mejorar la seguridad del paciente.

- **Factores influyentes:** Un factor influyente es algo que influye en la ocurrencia o en el resultado de un evento adverso. En general el evento adverso debe haber ocurrido en todos los casos, y la eliminación de la influencia puede no prevenir la ocurrencia del evento; pero generalmente mejorará la seguridad del sistema.

- **Factores causantes:** Un factor causante es algo que provoca directamente el evento adverso. La eliminación de estos factores conllevará bien la desaparición del evento adverso o la reducción de posibilidades de ocurrencia en el futuro. Los factores causales se encuentran íntimamente ligados al evento adverso estudiado.




- Se observa en el gráfico como las fallas o deficiencias de los sistemas (decisiones gerenciales o en los procesos organizacionales) dan lugar a las fallas latentes que se llaman así mientras permanezcan ocultas; cuando estas son detectadas antes de causarle daño al paciente se denominan incidentes, y si no se detectan producen el evento adverso. Por otro lado, las fallas activas son acciones, omisiones o violaciones conscientes de una norma de seguridad, **y generan acciones inseguras en la prestación del servicio**, que generalmente están precedidas por condiciones que predisponen a ejecutarlas **(factores contributivos).** Estas fallas activas si son bloqueadas por las barreras de seguridad definidas por la organización como listas de chequeo, código de barras, etc., se denominan incidentes y si no existen barreras o el error logra pasar la barrera, se produce el evento adverso.

Por lo tanto, podríamos decir que muchos de los eventos adversos se deben a situaciones latentes del propio sistema y no a negligencias o imprudencias del personal. La existencia de eventos adversos es atribuible a los factores sistémicos que la determinan: la estrategia de una organización, el grado de estandarización de los procesos, la cultura organizacional, el grado de divulgación y control de la gestión de la calidad, los lineamientos para la prevención de los riesgos y la capacidad para aprender de los errores.

- **Premisas en el Programa de Seguridad del paciente**:

  - La responsabilidad de la Seguridad del Paciente durante todo el proceso de atención es de todas las personas que laboran en la IPS, independiente del tipo de contratación, función o rol.

- Enfoque de atención centrada en el paciente: el resultado más importante que se desea obtener es la satisfacción del usuario y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones.
- Es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención, para analizarlas y generar una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita.
- Trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento (cultura justa).
- El número de eventos adversos reportados obedece a la política de seguridad que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de la atención.
- El riesgo de sufrir eventos adversos para un paciente existe en todas las instituciones de salud del mundo.

- **Aspectos puntuales a considerar durante la atención de los pacientes:**

  - La edad del paciente y su capacidad para defenderse por sí mismo.
  - El nivel de conciencia del paciente, en particular orientación; la capacidad de elaborar juicios, capacidad de asimilar varias informaciones simultáneamente; capacidad para percibir con exactitud la realidad.
  - Alteraciones sensitivas.
  - Condiciones de movilidad.
  - Estado emocional.
  - Capacidad de comunicarse.
  - Accidentes previos y predisposición a padecerlos.

- **Para lograr la seguridad de los pacientes debe:**

  - Brindarse un trato adecuado al paciente y familia (o acompañantes según el caso).
  - Participar activamente en la evaluación de seguridad y la calidad de los servicios.
  - Asegurar canales de comunicación eficientes con los pacientes y entre los colaboradores mismos.
  - Comunicar a los pacientes y a sus acompañantes, los riesgos posibles a los que está expuesto.
  - Aprender de las lecciones que se derivan del análisis de los errores, para asegurar a los pacientes la lealtad y confianza en los servicios prestados.
  - Crear espacios en la práctica profesional para la ampliación de temas asociados a la seguridad del paciente.

- Mejorar la notificación de aquellas situaciones asociadas a la seguridad de los pacientes.

- **Barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso**

  El Modelo de Seguridad del Paciente, incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos, de manera que a partir del análisis causal, se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.
  Las prácticas seguras que se desarrollan al interior de la IPS y para los servicios habilitados, buscando la posibilidad de disminuir la ocurrencia de eventos adversos son:

  - Acciones dirigidas para garantizar una atención limpia en salud.
  - Acciones encaminadas a la correcta identificación de los pacientes durante todo el proceso de atención.
  - Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos.
  - Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
  - Protocolos para la Referencia oportuna de pacientes.
  - Protocolo para evitar caída de paciente.

- **Gestión de barreras de seguridad**

  Los peligros y los riesgos a los cuales se ven expuestos los usuarios cuando se realizan las diferentes actividades asistenciales al interior de la IPS, ya se encuentran identificados y valorados; pero es posible que su cuantificación se modifique por cambios en la dinámica del servicio.
  Las barreras de seguridad, se establecen a partir del análisis de los diferentes elementos que intervienen en las actividades de cada procedimiento asistencial realizado y que conllevan y generan los diferentes factores contributivos que pueden llegar a incidir en la generación de un daño en los usuarios:

  - **Mano de Obra / paciente:** Es posiblemente uno de los elementos más importantes. En general cualquier procedimiento, incluso los de mayor grado de automatización, tienen un componente cuantitativo / cualitativo de mano de obra más o menos especializada.
    En esta etapa de definición de controles / barreras de seguridad, también se involucra a los usuarios como fuente generadora de factores contributivos (complejidad de la patología, apropiación, comunicación, entre otras).

- **Métodos/procedimientos:** Los procedimientos y actividades asistenciales, no deben hacerse de cualquier manera, sino que debe haber una forma pautada, planificada y estandarizada a partir de procedimientos, instructivos, guías o protocolos, que lleve a la repetitividad de acciones, de manera que pueda asegurarse la uniformidad en los resultados. El método indica la secuencia de acciones dentro del procedimiento, la descripción de la actividad y los responsables de realizarla.

    - Algunos puntos de control establecidos, se presentan en las siguientes etapas:

        - Diseño de la tarea y claridad de la estructura.
        - Disponibilidad y uso de Guías de Práctica Clínica (GPC), manuales y procedimientos.
        - Ayudas para la toma de decisiones.

**Maquinas/dotación y equipos utilizados:** Se debe usar el equipamiento apropiado para actividad (equipo biomédico) y que además, cumpla con las condiciones de calidad, suficiencia y mantenimiento adecuados según la normatividad vigente (desde la selección, adquisición, condiciones de almacenamiento, uso, limpieza y desinfección, entre otras).

**Materiales/ insumos utilizados:** Al interior de la IPS se garantizan los atributos de calidad requeridos según la normatividad, desde la selección, adquisición, condiciones de almacenamiento, distribución, uso, limpieza y desinfección, entre otras).

**Medición/ supervisión y seguimiento:** Hace referencia a todas las actividades establecidas que garanticen una adecuada gestión antes, durante y después de la prestación de los servicios en salud, entendida esta gestión como la supervisión realizada por las personas (autogestión, nivel de auditoría interna y externa) a las diferentes actividades de los procedimientos.

**Medio ambiente / entorno:** Entendido como la interacción de múltiples factores con el desarrollo de las actividades asistenciales y que pueden influir en el logro de los objetivos terapéuticos o diagnósticos pretendidos y/o en la prestación de servicios de salud seguros (comunicación entre equipos de trabajo, personal suficiente, mezcla de habilidades, carga laboral, programación e turnos, soporte administrativo y gerencial, clima laboral, ambiente físico como iluminación, espacios, ruido, entre otras posibles variables.

## ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La estructura del Programa, se considera como el conjunto de conceptos, lineamientos y herramientas que tienen el propósito de mejorar los procesos asistenciales, enfocados en la seguridad de los pacientes, propiciando entornos seguros. El Modelo del Programa de Seguridad del Paciente, propende garantizar una atención segura a los usuarios, a través de los siguientes componentes fundamentales:

- **Gestión de los procesos asistenciales**: Todas las acciones encaminadas a garantizar seguridad a los pacientes y usuarios:

    - Determinación e implementación de oportunidad en la asignación de servicios a partir de la oferta – demanda.
    - Seguimiento a la pertinencia y accesibilidad de los servicios prestados.
    - Definición e implementación de barreras de seguridad.
    - Implementación de Guías Clínicas de Manejo y de procedimientos.
    - Evaluación de adherencia a protocolos, procedimientos, guías, etc.
    - Identificación, reporte, análisis y toma de acciones en situaciones asociadas a la seguridad de los pacientes.
    - Seguimiento a indicadores asociados a los atributos de calidad en la prestación de los servicios y a los principales riesgos asistenciales.
    - Escenarios de evaluación / (cuando aplique).
    - Retroalimentación (aprendizaje organizacional).

- **Farmacovigilancia**: Es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la cuantificación de efectos indeseados producidos por los medicamentos utilizados en la prestación de los servicios asistenciales, con base en la notificación, registro, análisis, toma de acciones y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los medicamentos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad, incidencia y generación de alertas de los mismos para prevenir su aparición.

- **Tecnovigilancia:** Es el conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y la cuantificación de efectos indeseados producidos por los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a éstos efectos o características relacionados con éste riesgo, con base en la notificación, registro, análisis, toma de acciones y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los dispositivos médicos, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad, incidencia y generación de alertas de los mismos para prevenir su aparición.

- **Ambiente Físico**: Entorno seguro (infraestructura y dotación en condiciones, suficiencia y mantenimiento) que garantice el control de riesgos y prevención de eventos adversos e incidentes, con el objetivo de mejorar la calidad y la seguridad en la prestación de servicios de salud.

## COMPONENTES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INSTITUCIONAL

El programa tiene cuatro componentes así:

## COMPONENTE ESTRATÉGICO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **Política de Seguridad del Paciente**.

  Con el fin de promover procesos asistenciales seguros, involucrando a los pacientes y sus familiares en los procesos, incentivando prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, se define la Política de Seguridad del Paciente, la cual fue construida según los Lineamientos de la Política Nacional de Seguridad del Paciente emanados por el Ministerio de Salud y Protección Social:

**APREHSI LDTA. A través de su programa institucional de Seguridad del Paciente implementara procesos de identificación, prevención, manejo y gestión de los riesgos que se puedan presentar durante la prestación del servicio; incitando por medio del reporte de eventos e incidentes adversos y generando un planes de mejora con un enfoque educativo y correctivo; con el fin de promover la cultura de la seguridad, que conduzca a un entorno seguro en el desarrollo de atención en salud.**

**Referente del programa:**

Coordinador Administrativo

- **Objetivos del Programa de Seguridad del Paciente**

  La Política de Seguridad del Paciente sirve como marco de referencia para determinar los siguientes objetivos:

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

  - Disminuir el riesgo en la atención brindada a nuestros usuarios mediante un recurso humano competente y el uso adecuado de la tecnología y de la infraestructura.

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

  - Inducir y estimular el reporte no punitivo por parte de los colaboradores de todas aquellas situaciones asociadas a la atención, de tal manera que se cuente con datos confiables para el seguimiento y la toma de decisiones.

  - Gestionar eficaz y eficientemente los eventos, incidentes y actos inseguros presentados, permitiendo la aplicación de soluciones inmediatas a los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

- Educar y hacer partícipes 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.

- Involucrar activamente a los profesionales como responsables directos de los procesos seguros.

## CONSTRUCCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

**Cultura Frente a La Seguridad:**

Se tiene definido el componente de cultura organizacional la cual se puede entender entre otras como el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de la organización y que se reflejan en sus acciones diarias. El desarrollo de la cultura frente a la seguridad del paciente y la atención humanizada tiene como objetivo disminuir la incidencia de eventos adversos por hábitos y prácticas no seguras o deshumanizadas del personal, a través de un enfoque educativo, no punitivo, que incentive activamente el reporte y análisis de las fallas, así como la interiorización de la realización de prácticas seguras y humanas. Además se incluye la participación del usuario como vigía de su propia seguridad, para estar atento ante cualquier falla y tenga el conocimiento de cómo y a quién reportarlo antes que se genere una consecuencia grave.

Se pretende que cada servidor dentro de la institución ejecute su rol con base en criterios de seguridad y cuidado, no solo de su integridad física, sino también de la de cada usuario y de las personas que a diario ingresan a la Empresa, así como la prestación de una atención cálida y amable en donde en todo momento se respete la dignidad humana y la integralidad del ser. Para este fin se describen algunas estrategias que se deben tener en cuenta para prevenir la aparición de alguna falla (acción insegura o evento adverso), las cuales deben de ser aplicadas por todos los trabajadores:

**Liderazgo frente a la seguridad:**

**Sensibilización y capacitación a los trabajadores:**
Está orientado al despliegue del tema de Seguridad del Paciente en los servidores de la organización (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos).

Así mismo se promueve la cultura de seguridad a través de estrategias educativas y de sensibilización orientadas a fortalecer en el cliente interno los valores, actitudes, percepción, competencia y patrones de comportamiento individual y grupal.
Dentro de esta cultura se promueve:

- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua.
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad.
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Reporte no punitivo de indicios de atención insegura, incidentes y eventos adversos.
- Enfoque pedagógico del error como base, el cual lleva al aprendizaje organizacional que se origina de la conciencia del error cometido.
- Campañas orientadas a la promoción de la seguridad y la prevención de eventos adversos, entre las cuales se consideran: Lavado de manos, aplicación de 6 correctos, videos de seguridad del paciente, entre otros, paquetes instruccionales.

**Inducción, re-inducción, capacitación y entrenamiento:**

Se dispondrá de un programa de inducción y de reinducción, así como el Plan de Capacitación Institucional y entrenamiento orientado al fortalecimiento de la cultura de la seguridad y la detección de los principales riesgos.

## MEDICIÓN, ANÁLISIS, REPORTE Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS

APREHSI LTDA cuenta con un procedimiento para el reporte de eventos adversos (descrito al final del presente documento) , que incluye la gestión para generar barreras de seguridad a través de los análisis de los indicadores con la identificación de las causas que ocasionaron el evento adverso y establecimiento de barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos; igualmente se cuenta con indicadores de seguimiento a los principales riesgos que pudieran materializarse durante la prestación de los servicios asistenciales.

## FOMENTO DE LOS PROCESOS SEGUROS

Se tienen definidos, se monitorean y analizarán los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.

Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.

Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.

La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.

En primera instancia se adoptan las del Ministerio de Salud y Protección Social, si no internacionales y por último las que no se consigan se desarrollaran de acuerdo a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.

**PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO PARA EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – GESTIÓN DE EVENTOS DE SEGURIDAD (EVANTOS ADVERSOS / INCIDENTES)**

Articulado con la Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud", el procedimiento descrito a continuación incluye:

- Qué se reporta.
- A quién se le reporta.
- Cómo se reporta.
- A través de qué medios se reporta.
- Cuándo se reporta.
- Cómo se asegura la confidencialidad del reporte.
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó
- Cómo se estimula el reporte en la institución.

| Nº | Actividad | Descripción |
|---|---|---|
| **1.** | **Estimular el reporte** | Permanentemente se realizarán boletines y campañas para que el personal de la salud y personal administrativo, identifiquen los eventos de seguridad que pudieran presentarse (incidentes, eventos adversos, complicaciones) y diligencien el respectivo reporte.<br>**Responsable: Comité de Seguridad del Paciente** |
| **2.** | **Identificar un caso asociado a la seguridad en la atención de los usuarios.** | Todo el personal, está en la capacidad y en el deber de reportar cualquier situación que implique un peligro o una desviación en la atención, y que ponga en riesgo o genere algún tipo de daño en los usuarios.<br>El reporte idealmente se realiza inmediato a la presentación del evento, en caso de no realizarse así, se realiza en cualquier momento.<br>Es responsabilidad de todo el personal que se enteré de |

| | | |
|---|---|---|
| | | la ocurrencia de un evento adverso, reportarlo independiente de que no haya sido el responsable de la atención del paciente.<br>Nota: Cualquier evento adverso, debe registrarse en la historia clínica del paciente.<br>**Responsable: Todo el personal de** APREHSI LTDA |
| **3.** | **Reporte de caso asociado a la seguridad en la atención de los usuarios.** | Una vez identificado el evento, el reporte se realiza de manera física, utilizando el Formato para el reporte de los eventos de seguridad (ver anexo 1).<br>**Responsable: Todo el personal de** APREHSI LTDA |
| **4.** | **Recepción de casos de Seguridad.** | Una vez diligenciado el formato, se revisa verificando que el contenido se encuentre completo y adecuadamente diligenciado.<br>**Responsable: Comité de Seguridad del Paciente** |
| **5.** | **Análisis preliminar de caso (Identificación y decisión de investigar).** | Una vez que cada caso es notificado, se realiza una valoración inicial, determinado la posible presencia de indicios de atención insegura y/o daño en el usuario. Esta valoración inicial se realiza a partir de dar respuesta a estas 2 preguntas:<br>• ¿Se presentó daño? Si o no<br>• ¿Indicio de atención insegura? Si o no.<br>Si las preguntas anteriores cuentan con respuesta afirmativa, se debe realizar análisis completo de caso.<br>Responsable: **Comité de Seguridad del Paciente** |
| **6.** | **Recolección y organización de información de caso.** | Para realizar un análisis completo de la situación presentada, debe asegurarse que para la reunión del Comité, se cuenta mínimamente con la siguiente información:<br>• Historia clínica completa.<br>• Declaraciones y observaciones inmediatas.<br>• Entrevistas con los involucrados.<br>• Evidencia física a partir de registros.<br>• Otros aspectos relevantes.<br><br>Responsable: **Comité de Seguridad del Paciente** |
| **7.** | **Clasificación de caso (en análisis preliminar e investigación completa).** | A partir de la información y las evidencias recolectadas y el análisis desarrollado, clasifica las situaciones asociadas a la seguridad del paciente a partir de la siguiente taxonomía y posibles variables:<br>• Situaciones con daño:<br>o Evento adverso. |

| | | |
|---|---|---|
| | | ○ Complicación.<br>• Situaciones sin daño<br>○ Incidente.<br>○ Acto inseguro.<br>• Posibilidad de prevención:<br>○ Prevenible.<br>○ No prevenible.<br>• Asociado a la atención en salud<br>○ Asociado:<br>▪ Evento adverso.<br>▪ Incidente.<br>▪ Acto inseguro.<br>○ No asociado a la atención en salud<br>▪ Administrativo.<br><br>La metodología utilizada para el análisis de seguridad será “Protocolo de Londres”. La clasificación dada y los factores contributivos detectados, se registran en el Formato de investigación de caso (ver anexo 2).<br>Responsable: **Comité de Seguridad del Paciente.** |
| **8.** | **Recomendaciones y desarrollo de planes de acción** | Posterior al análisis y en los casos que se requieran, deben definirse acciones y directrices de manera que pueda darse solución a las causas raíces detectadas, de tal forma que se prevenga su ocurrencia por la misma causa. Igualmente hará seguimiento a la implementación de acciones.<br><br>En esta fase en los casos que se requiera se debe:<br>• Redefinir o definir barreras de seguridad.<br>• Rediseñar o ajustar guías, manuales, procesos, procedimientos, protocolos.<br>• Definir necesidades de formación o entrenamiento específico.<br><br>El registro de plan de acción se realizará en el Formato Plan de Mejoramiento Institucional.<br><br>**Responsable: Comité de Seguridad del Paciente.** |
| **9** | **Seguimiento a riesgos / eventos de seguridad.** | Se realizará seguimiento a cada uno de los eventos de seguridad presentados; para los eventos más |

| | | |
|---|---|---|
| | | representativos en cuanto a severidad o frecuencia presentada se definirán indicadores de gestión y posteriormente en reuniones se revisará su comportamiento y resultados.<br>**Responsable: Comité de Seguridad del Paciente.** |

## BIBLIOGRAFÍA


- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Dirección General de Calidad de Servicios. Guía Técnica *"Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud"*. Unidad Sectorial de normalización en Salud. Bogotá, 4 de marzo de 2010.

- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. *Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia*. Bogotá, 11 de junio 2008.

**Anexo 1. FORMATO PARA EL REPORTE DE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD VER (PP-03)**

**Anexo 2: ESTRUCTURA DE REGISTRO DE ANÁLISIS DE CASOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE VER (PP-05)**

Para registró del análisis del evento, se debe levantar un acta de la actividad realizada, la cual tendrá mínimamente la siguiente información:

- Nombre del usuario(a)
- Documento de identidad
- Examen realizado
- Sede
- Personal relacionado con el caso
- Reporte Textual del caso
- Reporte Textual de la acción inmediata tomada
- Situación detectada de impacto en el usuario
- Detalle de la situación investigada:
- Acciones inseguras identificadas.
- Factores contributivos identificados
    - Paciente.
    - Tarea y tecnología
    - Individuo
    - Equipo de trabajo
    - Ambiente
    - Organización y gerencia
    - Contexto institucional
- Errores detectados
    - Error de planeación
        - Omisión
        - Acción
    - Error de ejecución

- Omisión
- Acción

**Clasificación de la situación:**