CAPITULO I
GENERALIDADES DEL PROGRAMA SEGURIDAD AL PACIENTE

1. INTRODUCCIÓN

Nuestra responsabilidad social es la Seguridad del Paciente, nuestras acciones en el proceso de atención del usuario tiene enfoque preventivo, lo que nos permite asegurar que durante el ejercicio profesional actuaremos bajo la cultura orientada a la Calidad y a la Seguridad

Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud de los pacientes se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él; Es por ello que la Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias

Por lo descrito anteriormente la Clínica Oftalmológica Unidad Láser del Atlántico S.A se compromete desarrollar actividades que apunten al programa de Seguridad del Paciente con el fin de dar continuidad y asegurar entornos seguro con medidas que disminuyan la incidencia de eventos e incidentes adversos

El programa de seguridad del paciente liderado desde el área de Calidad involucra a todos los clientes internos y externos promoviendo acciones preventivas desde el autocuidado

Para actualizar este documento nos apoyamos en los lineamiento y exigencias establecida en la nueva norma del componente único de habilitación Resolución 2003 de 2014, sin perder el enfoque del Decreto 1011 del 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

La meta es lograr una verdadera cultura de seguridad, que no sea punitiva creando consciencia en el personal de la institución, haciendo estricto seguimiento a través de los monitoreos no programados y auditorias programas del Sistema de Gestión de la Calidad.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Revisar y actualizar el Programa de Seguridad del Paciente de la Clínica Oftalmológica Unidad Laser del Atlántico S.A, para promover la Política de Seguridad del paciente desde el direccionamiento estratégico y contar con herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud

1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar acciones operativas y administrativas desde el cumplimiento de los protocolos, procedimientos, manuales, instructivos, lista de chequeo y actividades que inducen a una atención segura durante la estancia de los pacientes en nuestra institución
- Minimizar los riesgos para evitar la generación de eventos e incidentes adversos
- Entrenar al personal en temas relacionados con la seguridad del paciente
- Mantener un sistema de reportes de eventos adversos, que permita el análisis y la gestión, con el fin de disminuir su incidencia y prevalencia
- Garantizar y promover la seguridad en los procesos asistenciales
- Establecer prácticas seguras que mejoren el desempeño de los empleados y la comunicación interpersonal
- Fomentar en los pacientes y familiares el autocuidado de seguridad
- Disminuir costos por eventos adversos a la institución y al sistema de salud.
- Establecer un entorno seguro de la atención en salud en cada una de las áreas de atención del paciente
- Promover la cultura de seguridad en todos los trabajadores de la Clínica:
  -A través de las rondas de Seguridad del Paciente
  -Comité de seguridad del paciente
  -Detectar los puntos más vulnerables en cada servicio donde se brinda la atención del paciente
  -Estableciendo barreras de seguridad que permitan minimizar eventos e incidentes durante el proceso de atención.
  - Desarrollar actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia
  - Monitorear y hacer seguimiento de los eventos adversos.

1.3 ALCANCE

El Programa de Seguridad del Paciente e la Clínica Oftalmológica Unidad Laser Del Atlántico S.A, es transversal en toda la Institución dando prioridad en los servicios que ofrece la IPS incluyendo todos los recursos humano, tecnológicos, físicos, medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos que se requieren para atención del paciente

1.4 PROPÓSITO

Programa de Seguridad del Paciente bajo los lineamientos del MSPS

CAPITULO II
CONCEPTUALIZACIÓN

2.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE:
Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías bas
adas 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.

2.2 ATENCIÓN EN SALUD:
Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

2.3 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.

2.4 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.

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

2.6 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.

2.7 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.

2.8 EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:
Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

2.9 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 lo procesos de atención.

2.10 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.

2.11 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.

2.12 BARRERA DE SEGURIDAD:
Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

2.13 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.

2.14 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.

VIGILADO Supersalud

CAPITULO III
POLÍTICA DE SEGURIDAD AL PACIENTE

La Política de Seguridad del Paciente e la Clínica Oftalmológica Unidad Laser Del Atlántico S.A, es de alta importancia y es prioridad fundamental en el proceso de atención, por ello promueve la Cultura de Seguridad en todos los clientes de la institución y desarrolla acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con los procesos que interactúan y apoyan en la atención de nuestros usuarios, promoviendo el reporte de incidentes y eventos adversos, contribuyendo así al aprendizaje organizacional, a la seguridad del paciente y su familia.

3.1 OBJETIVOS:

- Prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente y controlar la generación de posibles eventos adversos durante la fase de la atención del paciente
- Establecer un entorno seguro de la atención del paciente
- Educar a nuestros pacientes y su núcleo familiar acerca de los factores que pueden incidir en la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud.
- Minimizar el riesgo de la atención en salud institucional
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de barreras de seguridad
- Promover el cumplimiento de la política de NO REUSO

3.2 PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se deben establecer unos principios que orienten todas las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente. Estos principios son:

- **Enfoque de atención centrado en el usuario:**
  Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

VIGILADO Supersalud

- **Cultura de seguridad:**
  El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

- **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud:**
  La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos sus componentes.
- **Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- **Validez:** Para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- **Alianza con el paciente y su familia:** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- **Alianza con el profesional de la salud:** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

3.3 ALCANCE

La Política de Seguridad del Paciente de la Clínica Oftalmológica Unidad laser del Atlántico S.A, es Transversal en todo el Sistema de gestión de la calidad. Todos SOMOS RESPONSABLE.

3.4 ENUNCIADO DE NUESTRA POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- La **CLINICA OFTALMOLOGICA UNIDAD LASER DEL ATLANTICO S.A se Compromete** a trabajar por la **Seguridad del Paciente** como estrategia fundamental para brindar a los pacientes, sus familias, funcionarios y especialistas, un ambiente seguro

- Articular la Política de Seguridad del Paciente a la **Plataforma Estratégica de la Clínica**

- Nuestro reto interno es la adopción de 7 Buenas Prácticas Obligatorias y los Paquetes Instruccionales expedido por el Ministerio de protección Social, aplicables a nuestra IPS

- Promover la Cultura de Seguridad en todo los entornos de atención al usuario

- Establecer barreras de seguridad que minimicen los potenciales eventos e incidentes adversos durante la atención del paciente en cada uno de nuestros servicios

- Fomentar la cultura del reporte y análisis de eventos e incidentes

- Desarrollar actividades educativas dentro de la Organización con el fin de fortalecer el aprendizaje en temas relacionados con la Seguridad del paciente

- La Seguridad del Paciente debe realizarse en un ambiente laboral que permita interiorizar las lecciones aprendidas y no inducir al personal a un compromiso bajo el esquema de punitividad.

- Definir actividades que apunten a desarrollar y fortalecer 4 aspectos claves en el Programa de Seguridad del paciente. Ellos son:
  - Lograr procesos asistenciales seguro.
  - Lograr procesos institucionales seguro.
  - Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.
  - Involucrar a los pacientes y a sus cuidadores en la seguridad del mismo.

- Comprometerse con la Gestión del riesgo y establecer planes de acción que conlleven a una cultura de proactividad y minimizar las acciones reactivas.

- Mejorar los Seguimiento de los compromisos adquiridos en los Comités Asistenciales, para asegurar el cierre de las actividades del programa de seguridad del paciente.

3.4.1 Documentos que intervienen en el desarrollo de las actividades que se realizan con enfoque de Seguridad del paciente

- Plataforma estratégica.
- Ficha técnica de indicadores.
- Listas de Chequeo.
- Manillas de Identificación.
- Stiker.
- Protocolos de atención del paciente.
- Manual de procedimientos de enfermería.
- Manual de procedimientos de los procesos.
- Guías de atención.
- Caracterización de los Procesos.
- Formatos de reporte de eventos e incidentes adversos.
- Registros de control de gases medicinales.
- Registro de control de préstamo de la Historia clínica.
- Registro de control de Esterilización.
- Registro de control del carro de paro.
- Registro de control de fecha de vencimiento.
- Registro de Recepción administrativa y técnica de medicamentos y dispositivos médicos.
- Registro de máximo y mínimos
- Registro de Selección de personal calificado para la atención del paciente.
- Cronograma de mantenimiento y calibración de los equipos biomédicos.
- Registro de soportes técnico de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, Planta eléctrica, Aires acondicionados, Sillas de rueda, Camillas.
- Lista de programación de cirugía.
- Admisión del paciente.
- Historias clínicas.
- Consentimientos informados.
- Plan de Capacitación.
- Matriz de Riesgo.
- Protocolo de Londre.
- Rondas de seguridad.

CAPITULO IV

FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL

4.1 PROGRAMA DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO AL PERSONAL

El programa de capacitación tiene como objetivo socializar sistemáticamente la Política de seguridad del paciente y brindar información sobre temas relacionados que favorezca y promuevan la cultura institucional en la seguridad del paciente y facilite la implementación del seguimiento al programa

Se dará a conocer al personal previa planificación de los temas, fechas y hora de la capacitación.

El plan de capacitación será desarrollado con el equipo interdisciplinario de salud de nuestra IPS. Algunos temas básicos serán:

- Normatividad vigente en Seguridad del Paciente
- Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente.
- Programas de Seguridad del Paciente (Política, comité, referente)
- Homologación de terminologías
- Evento adverso e Incidentes y el procedimiento de reporte
- Cultura de seguridad del paciente (encuesta y rondas de seguridad)
- Método de análisis de Eventos Adversos e Incidentes: Protocolo de Londres
- Buenas prácticas de seguridad del paciente: Paquetes instruccionales aplicables a la institución.

Otros temas que harán parte del plan de capacitación va direccionado a fortalecer las vivencias desde cada una de las áreas cuando se presentan desviaciones que puedan generar eventos e incidentes adversos en el día a día, entre otros temas:

- Desarrollar el programa de Educación continuada en: Prácticas seguras, prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

- Comprometer al personal para que atienda al paciente en un Ambiente Seguro aplicando las barreras de seguridad

- Analizando los eventos y estableciendo estrategias de mejoramiento auto gestionadas por los servicios

El fomento de la cultura de Seguridad del paciente, es el resultado de valores, comportamientos individuales y grupales que determinan el desempeño de la Institución, las que se caracterizan por:

- Una comunicación adecuada entre el personal.
- Un compartir entre los funcionarios sobre la importancia de la seguridad, mediante el despliegue de la política de seguridad del paciente, su socialización y evaluación entregando plegable a funcionarios.

4.2

4.3 MEDICION DE LA PERCEPCION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La medición de la percepción es aplicada al equipo de colaboradores tanto asistencial, operativo y administrativo.

Para esto, se aplica un instrumento que detalla aspectos claves de la cultura de seguridad de los pacientes y del clima de seguridad percibido por el personal que trabaja en la institución.

El instrumento es una encuesta de seguridad del paciente aplicada a una muestra del personal que trabaja en la Clínica. Se puede aplicar semestralmente o trimestralmente, se recopilará información para tabular, los resultados nos permitirán conocer en qué fase estamos en cuanto a seguridad del paciente.

A partir de los hallazgos se establecerá oportunidades de mejoras.

4.4 RONDAS DE SEGURIDAD

Es la estrategia para promover la cultura de seguridad en los servicios y áreas de apoyo que intervienen en la atención del paciente.

A través de las rondas se hará seguimiento, se revisará el cumplimiento de las acciones de seguridad y barreras que debemos aplicar para disminuir eventos e incidentes adversos. El objetivo de las rondas de seguridad es:

- Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras
- Educar in situ en las prácticas seguras durante la atención
- Demostrar el compromiso con la seguridad
- Fomentar el cambio cultural frente a la seguridad (Acciones yBarreras de seguridad)
- Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad
- Establecer líneas de comunicación acerca de seguridad entre todo el personal

VIGILADO Supersalud

Las rondas se realizarán mediante la siguiente metodología:

1. Elaborar un cronograma anual de rondas de seguridad.
2. Conformación del grupo de trabajo
3. Elaborar una lista de chequeo centradas en las prácticas seguras
4. Se definirá la metodología a emplear, si es observación, revisión documental, encuesta, entrevista etc.
5. Luego se documenta en acta y se emite un informe con las recomendaciones y observaciones a la gerencia
6. En el caso de encontrar practicas seguras se emitirán felicitaciones y recomendaciones al funcionario o servicio
7. A cada problema encontrado durante la ronda se le elabora un plan de acción el cual es ejecutado y en un tiempo determinado se evalúa a ver si dio resultados.
8. La documentación generada se archiva en una carpeta de capacitación, encuesta y rondas de seguridad

CAPITULO V
SISTEMA DE GESTION DE RIESGO.

5.1 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO.

En nuestra Institución hemos establecido diferentes mecanismos para identificar los riesgos en las diferentes áreas de atención del paciente. Entre ellos.

- Rondas de seguridad del paciente.
- Comités.
- Observación directa.
- Monitoreos.
- Auditorías internas.

5.2. ELABORACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS.

Se realizará un mapa de riesgo con el fin de clasificar, identificar los niveles de riesgos y realizar el respectivo análisis del mismo para establecer planes de acción. En él se medirá:

- Riesgos
- Impacto
- Probabilidad
- Control Existente
- Acciones.

4.3 NIVELES DE RIESGO

		Consecuencias		
		Ligeramente Dañino (LD)	Dañino (D)	Extremadamente Dañino (ED)
Probabilidad	Baja (B)	Riesgo trivial (T)	Riesgo Tolerable (TO)	Riesgo Moderado (MO)
	Media (M)	Riesgo Tolerable (TO)	Riesgo Moderado (MO)	Riesgo Importante(I)
	Alta (A)	Riesgo Moderado (MO)	Riesgo Importante (I)	Riesgo Intolerable (IN)

Los niveles de riesgos indicados en el cuadro anterior, forman la base para decidir si se requiere mejorar los controles existentes o implantar unos nuevos, así como la temporización de las acciones:

VIGILADO Supersalud

Riesgo	Acción y Temporización
Trivial (T)	No se requiere acción específica.
Tolerable (TO)	No se necesita mejorar la acción preventiva. Sin embargo se deben considerar soluciones más rentables o mejoras que no supongan una carga económica importante. Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.
Moderado (M)	Se deben hacer esfuerzos para reducir el riesgo, determinando las inversiones precisas. Las medidas para reducir el riesgo deben implantarse en un período determinado. Cuando el riesgo moderado está asociado con consecuencias extremadamente dañinas, se precisará una acción posterior para establecer, con más precisión, la probabilidad de daño como base para determinar la necesidad de mejora de las medidas de control.
Importante (I)	No debe comenzarse el trabajo hasta que se haya reducido el riesgo. Puede que se precisen recursos considerables para controlar el riesgo. Cuando el riesgo corresponda a un trabajo que se está realizando, debe remediarse el problema en un tiempo inferior al de los riesgos moderados.
Intolerable (IN)	No debe comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo. Si no es posible reducir el riesgo, incluso con recursos ilimitados, debe prohibirse el trabajo.

5.4 PASOS PARA REALIZAR UN ANALISIS Y EVALUACION DE RIESGO

Se entiende por evaluación de riesgos el proceso dirigido a estimar la magnitud de los riesgos para la salud y la seguridad del cliente interno, el paciente y su familia. Cómo evaluar los riesgos. Los principios fundamentales que deben tenerse en cuenta durante el proceso de evaluación de riesgos

Paso 1: Identificación de los riesgos

- Recorrer el lugar de trabajo para examinar lo que podría causar daños y
- Determinar cuáles son los factores de riesgo.

VIGILADO Supersalud

Paso 2: Evaluación de riesgos y asignación de prioridades a los mismos.

- Valorar los riesgos existentes (su gravedad, probabilidad, etc.) y clasificarlos por orden de prioridad. Es primordial dar prioridad a la áreas más concurrida.
- Análisis y grado de vulnerabilidad.
- Análisis de ocurrencia.
- Grado de riesgo.

Paso 3: Planificación de las medidas preventivas necesarias.

- Determinar cuáles son las medidas adecuadas para eliminar o controlar los riesgos.

Paso 4: Adopción de las medidas

- Adoptar medidas preventivas y de protección estableciendo un plan de prioridades (probablemente no se puedan resolver todos los problemas de forma inmediata) y especificar lo que hay que hacer, cuándo debe hacerse y a quién le corresponde hacerlo, cuándo debe finalizarse una tarea y los medios asignados para adoptar las medidas adecuadas.

Paso 5: Seguimiento y revisión.

- La evaluación debe revisarse periódicamente para comprobar que las medidas funcionan o se aplican. Así pues, debe realizarse una revisión cuando se produzcan cambios significativos en la organización o como consecuencia de la investigación de un accidente o incidente La evolución de riesgo se hará teniendo en cuenta la siguiente clasificación riesgo trivial, riesgo tolerable, riesgo moderado riesgo, importante y riesgo intolerable.

5.5. RIESGO DETECTADOS EN NUESTRA INSTITUCIÓN

	FACTORES DE RIESGO	ACCIONES INSEGURAS	BARRERA
PROCESO DE CIRUGÍA	Riesgo Biológico(Manejo de Fluidos) ✓ Infecciones ✓ Pinchazos ✓ Inadecuado manejo de los medicamentos.	✓ Incumplimiento de normas de bioseguridad (No utilización de guantes). ✓ Realización inadecuada de las normas de asepsia, antisepsia, desinfección, y esterilización. ✓ Implementación inadecuada de las normas de bioseguridad.	✓ Utilización de EPP ✓ Capacitación permanente en normas de bioseguridad. ✓ Hacer partícipe del programa de seguridad al paciente. ✓ Adecuado manejo de residuos hospitalarios y similares.

VIGILADO Supersalud

	Riesgos Físicos. ✓ Caídas ✓ Bloqueo de cirugía por falla del equipo. ✓ Grietas en techo ✓ Inoperatividad del desfibrilador ✓ Quemadura por electro bisturí ✓ Marcación errónea del lugar de la cirugía Riesgos ergonómicos. ✓ Sillas sin espaldar y con ruedas deslizantes	✓ Pisos deslizantes, húmedos, y no utilización de barandas en las camillas. ✓ Falta de Mantenimiento. ✓ No solicitación oportuna de la batería del equipo. ✓ Falta de Mantenimiento del electrocauterio. ✓ Descuido por parte del personal.	✓ Utilizar adecuadamente las barandas. ✓ Arreglo de los daños en la parte física. ✓ Cambio de batería o equipo (desfibrilador) ✓ Adecuado mantenimiento del equipo de electrocauterio. ✓ Cumplir con las listas de chequeo.

PROCESO DE PROCEDIMIENTOS - ANGIOGRAFÍA.	FACTORES DE RIESGO	ACCIONES INSEGURAS	BARRERA
	Riesgo Biológico(Manejo de Fluidos) ✓ Infecciones ✓ Inadecuado manejo de los medicamentos.	✓ Incumplimiento de normas de bioseguridad (No utilización de guantes). ✓ Realización inadecuada de las normas de asepsia, antisepsia, desinfección.	✓ Cumplir con las normas de bioseguridad. ✓ Disposición adecuada de los residuos hospitalarios y similares.
	Riesgo Físico. ✓ Caídas. Reacciones medicamentosa. ✓ Alergia al medio de contraste.	✓ Pisos deslizantes, húmedos. ✓ No identificación de los pacientes con posibles riesgos de reacciones alérgicas a medios de contraste por enfermería. ✓ Preparación inadecuada del paciente: Consumo de alimentos no indicados para la realización del procedimiento, no administración de drogas de control para pacientes.	✓ Colocar señalizaciones de piso húmedo o mojado. ✓ Proporcionar a nuestros usuarios instalaciones físicas en buen estado cumpliendo con el cronograma de mantenimiento hospitalario. ✓ Realizar una buena preparación del paciente para estos estudios. ✓ La entrevista al paciente es fundamental.

PROCESO DE PROCEDIMIENTO - OCT	FACTORES DE RIESGO	ACCIONES INSEGURAS	BARRERA
	Reacciones medicamentosa. ✓ Alergias a Gotas para la dilatación de pupila (TP).	✓ No identificación de los pacientes con posibles riesgos de reacciones alérgicas a medios de contraste por enfermería.	✓ Realizar una buena entrevista al paciente.
	Riesgo Físico. ✓ Caídas	✓ Piso mojado ✓ No hay señalización del piso mojado.	✓ Colocar señalizaciones de piso mojado. ✓ Explicación al paciente de la dilatación de la pupila para que tenga las debidas precauciones.

PROCESO DE AMBIENTE FISICO Y TECNOLOGIA	FACTORES DE RIESGO	ACCIONES INSEGURAS	BARRERA
	Riesgo Biológico (Manejo de Residuos) ✓ Infecciones	✓ Incumplimiento de normas de bioseguridad ✓ Exposición al paciente de microorganismos. ✓ No recolección de residuos en los horarios estipulados.	✓ Adecuado manejo de los residuos hospitalarios y similares. ✓ No acumulación de residuos hospitalarios.
	Riesgo Físico. ✓ Caídas ✓ Grietas en techo y paredes por humedad. ✓ Sillas en mal estado ✓ Silla de rueda en mal estado	✓ Pisos deslizantes, húmedos y rampa levantada. ✓ Falta de Mantenimiento de infraestructura y señalización del área afectadas. ✓ Falla en la revisión de los gases medicinales.	✓ Utilización de señalización para piso húmedos ✓ Cumplir con el mantenimiento de la parte física. ✓ Realizar la ronda estipulada para la central de gases por parte del personal asignado.

	✓ Suministro oportuno de gases medicinales y aire comprimido. ✓ No cumplimiento del cronograma de mantenimiento y de calibración de equipos biomédicos.	✓ Falta de equipo biomédico durante el proceso de atención del paciente.	✓ Cumplimiento del cronograma de mantenimiento y de calibración.

5.6. POSIBLES EVENTOS ADVERSOS QUE PUEDAN GENERARSE DURANTE EL PROCESO DE ATENCION EN NUESTRA INSTITUCION:

Siguiendo los lineamientos de la resolución 256 de 2016, por la cual se define el sistema de información para la calidad, relacionamos una lista de los posibles eventos adversos e incidentes que pueden ocurrir durante el proceso de atención del paciente en consulta externa, procedimientos y cirugías. Entre ellas:

- Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado.
- Paciente con hipotensión severa en post-quirúrgico.
- Caída desde su propia altura.
- Flebitis en sitio de Venopuncion.
- Entrega equivocada de reporte de resultados de Imagenologia.
- Reacciones adversas a medicamentos.
- Complicaciones quirúrgicas.
- Quemadura por Electro bisturí.
- Complicaciones de paciente bajo anestesia general por falla del equipo.
- Cancelación de la atención, por falla de luz, daño de equipos biomédico y/o falta de insumos.
- Cancelación de cirugía por hipertensión.
- Error de digitación del nombre correcto e identificación del paciente.

5.7. SISTEMAS DE MONITOREO:

Nos apoyaremos en los tres niveles de auditoria: Autocontrol, Auditoria interna y Auditoria externa.

A través del Proceso de calidad se monitorea el cumplimiento de los planes de acción generados en los riesgos detectados.

También se hacen rondas de seguridad con el fin de detectar proactivamente los posibles riesgos que puedan generarse durante el proceso de atención del paciente.

VIGILADO Supersalud

CAPITULO VI
METODOLOGIA

La metodología utilizada para desarrollar el programa de seguridad del paciente va alineada a la exigencia del ministerio de protección social. Nos referenciamos con:

- Guía de Buenas prácticas de Seguridad del Paciente.
- Paquetes Instruccionales para la Seguridad del Paciente.
- Estrategia multimodal de Seguridad del paciente.
- Política de Seguridad del Paciente.

6.1. GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS SEGURAS.

Procesos Institucionales Seguros.

Procesos Asistenciales Seguros.

6.2. METODOLOGIA DEL CICLO P-H-V-A.

QUE VOY A PLANEAR	COMO LO VOY HACER	VERIFICAR	ACCIONES DE MEJORAS
Documentar la Política de seguridad del paciente.	Nuestro referente es el Ministerio de protección social.	Verificar la existencia y socialización de la misma.	Desplegar la política cada vez que se de rotación de personal.
Fortalecer la Cultura de Seguridad del paciente.	Se realizaran actividades de promoción encaminadas a robustecer la cultura de seguridad.	A través de monitoreos de calidad se verificará la adherencia a guías y protocolos.	Mantener los seguimientos al personal que se involucra en el programa de seguridad del paciente.
Establecer que **Procesos institucionales Asistenciales seguros** se desarrollaran en el programa en mención.	Partiendo de las actividades que se ejecutan y de los servicios que ofrece la institución. Creando estrategias para disminuir infecciones. Revisar los manuales, protocolos, procedimientos, instructivos y Guías clínicas de atención.		Mantener la actualización de las normas de bioseguridad. Protocolos asistenciales, manuales de procedimiento de enfermería y guías clínicas. Crear espacios para el estudio de todo lo anterior. Fortalecer el sistema de medición de los indicadores
	Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.		

VIGILADO Supersalud

QUE VOY A PLANEAR	COMO LO VOY HACER	VERIFICAR	ACCIONES DE MEJORAS
Establecer que **Procesos institucionales Asistenciales seguros** se desarrollaran en el programa en mención.	Implementación de medidas de bioseguridad en todos los Procedimientos.	A través de os monitoreos de calidad.	Mantener la actualización de las normas de bioseguridad. Protocolos asistenciales, manuales de procedimiento de enfermería y guías clínicas. Crear espacios para el estudio de todo lo anterior
	Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	Evaluar la frecuencia de caída de los pacientes.	
	Crear la cultura Reporte de Eventos Adversos	Verificar actividades desarrolladas con el personal responsable de notificar eventos.	Robustecer el Sistema de Reporte de Eventos Adversos
	Mejorar la Seguridad en la entrega de los resultados de ayudas diagnósticas	A través de os monitoreos de calidad.	Reinducción al personal de atención al cliente para enseñarles como verificar si el paciente correcto, procedimiento correcto y ojo correcto.
	Utilización de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.		Comprometer al personal asistencial para que verifiquen la digitación correcta de los registros clínicos, formulas médicas, descripciones Quirúrgicas y admisiones que se realicen por el sistema de cómputos, con el fin de minimizar errores y posibles riesgos.
	Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud	Verificar que se cuenta con un Ambiente físico seguro. Que los equipos biomédicos cumplan con las condiciones de seguridad para ser utilizados en el proceso de atención del paciente.	Lograr la cultura de cumplimiento del cronograma de mantenimiento y calibración de los equipos que se utilizan para la atención del paciente.
	Cumplimiento de los Diez Correctos.	**Manejo De Medicamentos** • Paciente Correcto. • Medicamento correcto. • Vía correcta. • Dosis Correcta. • Velocidad de administración	Socializar continuamente con enfermería el cumplimiento de los 10 correctos

VIGILADO Supersalud

		correcta. **Identificación Del Paciente.**	
		Comunicación Clara • Uso de terminología estandarizada. • Sea claro, conciso, específico y oportuno. • Cerciórese que se ha dado a entender (repetir orden quien la reciba en voz alta).	Mejorar la comunicación con el paciente
		Uso De Protocolos Y/O Guías De Manejo Clínicas • Siga protocolos y/o Guías de Prácticas Clínicas de acuerdo a lo establecido por la institución.	Mejorar el cumplimiento de las guías clínicas
Establecer que **Procesos institucionales Asistenciales seguros** se desarrollaran en el programa en mención.	Cumplimiento de los Diez Correctos.	**Cirugías Y Procedimientos En 4 "C"** • Paciente Correcto. • Cirugía o procedimiento Correcto. • Sitio quirúrgico Correcto. • Momento Correcto.	Mantener el cumplimiento de las listas de chequeo..
		Caída De Pacientes • Identifique pacientes o situaciones de alto riesgo. • Si el paciente está en cama o camilla deje las baranda de la camilla hacia arriba. • Informe al paciente y	Mantener informado al paciente de las medidas de seguridad

VIGILADO Supersalud

		familiares medidas preventivas.	
		Infecciones Intrainstitucional • Lávese las manos antes y después de revisar a cada paciente.	Fortalecer la cultura de lavado de manos
		Factores Humanos	Incentivar y comprometer al personal
		Clima De Seguridad	Crear estrategias que fortalezcan la cultura de seguridad del paciente.
		Haga Co-Responsable Al Paciente	Involucrar al paciente en el cuidado de si mismo

6.3. FUENTE DE INFORMACION.

El Programa de Seguridad del Paciente se alimentara de las siguientes fuentes de Información:

Fuentes Internas:

- Registros de eventos e incidentes adversos.
- Planilla de consolidado de eventos e incidentes adversos.
- Registros de RAM.
- Registros de eventos clínicos.
- Rondas de seguridad del paciente.
- Monitoreos de calidad.
- Auditorías internas.
- Indicadores de gestión.

Alternativa de Reporte:

Las alternativas son:

- Reporte físico.
- Buzones interno.
- Correo electrónico.
- Línea telefónica.
- Chat interno.
- Infolàser.
- Infopantalla.
- Notilaser.

Fuentes Externa:

- Normatividad.
- Referenciaciones corporativas.
- Capacitaciones externas.

6.4. META DEL PROGRAMA.

- Identificación correcta del paciente.
- Vigilancia estricta en el control de infecciones.
- Cumplimiento de los Diez correctos.
- Cirugía segura.
- Fortalecimiento del Código azul.
- Control de Infecciones en sitio operatorio.
- Disminuir la tendencia de caídas de pacientes.
- Robustecer el análisis de eventos e incidentes adversos y eventos clínicos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 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: Fundación FITEC, 2007. pág. 221. ISBN: 978-958-8361-37-6
- Ministerio de la Protección Social. Seguridad del Paciente. Bogotá: s.n., 2007. CD. Sistemas obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud SOGC.

FUENTES DE INTERNET

http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx

http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf

http://aquiles.colsanitas.com/pacienteseguro/docs/Lectura_protocolodelondres.pdf

http://www.wobook.com/WBFD7Iw1Ni7w/PROTOCOLO-DE-LONDRES.html

http://www.slideshare.net/aidangelito/politica-de-seguridad-del-paciente-6946343