

Responsable	Cargo	Nombre completo	Firma
Elaboró	Contratista	Stef Salud	
Revisó	Coordinador Médico	Consuelo Escorcia Moreno	
Aprobó	Gerente	Yesenia Hernández Hernández	

Quienes suscribimos este documento manifestamos haberlo revisado previamente, confirmando que su contenido cumple con la normativa legal vigente. Por tanto, lo presentamos bajo nuestra responsabilidad para su respectiva firma

CONTENIDO

LISTADO DE ILUSTRACIONES 4

LISTADO DE TABLAS 5

LISTADO DE ANEXOS 6

1. DECLARACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 7

2. INTRODUCCIÓN 8

3. OBJETIVO 9

4. ALCANCE 9

5. RESPONSABLES 10

6. MARCO NORMATIVO 12

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS 14

8. MARCO TEÓRICO 18

9. METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES. 21

9.1. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS 22

9.1.1. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS 22

9.1.6. MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 29

9.2. INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD: 30

10. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 30

10.1. ESTRATEGIA N°1. DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: 30

10.2. ESTRATEGIA N° 2. SOCIALIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD: 31

10.3. ESTRATEGIA N° 3. ESTABLECER LISTADO BASE DE EVENTOS ADVERSOS: 31

10.4. ESTRATEGIA N° 4. DISEÑO DE FORMATOS DE REPORTES: 32

11. POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 33

11.1. OBJETIVO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 35

11.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 35

11.3. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 35

11.3.3. INTEGRACIÓN CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: 36

11.3.9. ALIANZA CON EL PROFESIONAL DE LA SALUD: 37

11.4. MODELO CONCEPTUAL DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE..... 37
11.5. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA 38
11.6. INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES EN LA ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES . 46
12. CAJA DE HERRAMIENTAS DE ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES-LAJAGUA DE IBIRICO CESAR 59
12.1. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 1..... 74
12.2. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 2..... 77
12.3. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 3..... 82
12.4. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 4..... 85
12.5. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 5..... 87
12.6. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 6..... 90
12.7. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 7..... 93
12.8. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 8..... 97
12.9. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 9..... 100
13. CONTROL DE CAMBIOS 102

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Seguridad del paciente 33
Ilustración 2 Modelo conceptual 37
Ilustración 3 Queso suizo 38
Ilustración 4 Modelo Análisis eventos adversos 40
Ilustración 5 Modelo notificación y Gestión 47
Ilustración 6 Diagrama espina de pescado 52
Ilustración 7 Caja de Herramientas 59

LISTADO DE TABLAS

TABLA 1 E FACTORES CONTRIBUTIVOS DE ACCIONES INSEGURAS..... 43
TABLA 2 PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA CUANDO PADECE UN EVENTO ADVERSO EN ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES 46
TABLA 3 PROTOCOLO ENTREVISTA 49
TABLA 4 CALIFICACIÓN DE SEVERIDAD DEL EVENTO SOBRE EL PACIENTE 53
TABLA 5 CALIFICACIÓN DE PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE LA FALLA 53
TABLA 6 CALIFICACIÓN DE PROBABILIDAD DE DETECTAR LA FALLA ANTES DE QUE AFECTE AL PACIENTE..... 54
Tabla 7 LISTA DE POSIBLES ACCIONES INSEGURAS..... 54
Tabla 8 CAJA DE HERRAMIENTAS..... 60

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE ARTICULACIÓN DE OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS 63
ANEXO 2 RESOLUCION CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE..... 65
ANEXO 3 CRONOGRAMA DE REUNIONES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE..... 65
ANEXO 4 FORMATO ACTA DE REUNIONES 65
ANEXO 5 PLAN DE CAPACITACIONES EN TEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 67
ANEXO 6 . FORMATO RONDAS DE SEGURIDAD..... 67
ANEXO 7 ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 68
ANEXO 8 FORMATO REPORTE EVENTO ADVERSOS 70
ANEXO 9 FORMATO INVESTIGACION EVENTOS ADVERSOS..... 71

1. DECLARACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES formula la política de seguridad del paciente siguiendo los lineamientos internacionales y nacionales establecidos por el ministerios de salud y protección social, y a través de este documento manifiesta su completo interés en la gestión asistencial, orientada a la seguridad del paciente, disponiendo de recursos humanos, tecnológicos, administrativos y financieros, propendiendo desde la gerencia el uso apropiado de estos recursos, protegiendo el medio ambiente y respetando el marco legal vigente.

Nuestro Objetivo es el de Desarrollar la cultura de seguridad para el Usuario, fomentando en nuestros colaboradores, en nuestros pacientes y en sus familias el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención. Nuestras acciones se encaminan en la búsqueda de la satisfacción de nuestro usuario y su familia.

Esta política implica adhesión y compromiso con nuestro sistema de gestión de calidad, generando a través del mejoramiento continuo el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente y liderando desde la gerencia un ambiente seguro con el fin de disminuir el riesgo y prevenir la ocurrencia de eventos adversos, mediante el despliegue de metodologías científicamente aprobadas, fomentando la identificación e implementación de las barreras de seguridad que establezcan un entorno seguro de la atención en salud y trabajando para lograr la cooperación, responsabilidad y articulación entre los procesos gerenciales, misionales y de apoyo.

Nuestra institución asume la seguridad del paciente como componente esencial de su plataforma estratégica para garantizar el cumplimiento de su misión y el logro de su visión y se COMPROMETE a adoptar las estrategias y acciones necesarias para reducir al máximo la ocurrencia de eventos adversos mediante el control y mitigación de los riesgos propios de la atención en salud y del individuo.

Lideraremos desde la dirección la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención, reporte de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje institucional.

YESENIA HERNANDEZ HERNANDEZ
GERENTE

2. INTRODUCCIÓN

La finalidad del presente programa de seguridad del paciente es crear una cultura organizacional para el manejo y gestión de los eventos adversos, prevención de riesgos y así conseguir un ambiente institucional enmarcados en un entorno seguro, que conlleve al mejoramiento continuo y servicios con calidad.

El programa se construyó con base en las directrices emanadas de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Protección social, retomando desde la propuesta de organización de entornos seguros en la prestación de servicios de salud con el desarrollo de acciones, herramientas y políticas para este fin.

La Política de Seguridad del Paciente la entendemos como un conjunto de acciones y estrategias de implementación continua y sistemática que buscan identificar y analizar fallas, gestionar los riesgos derivados de la atención y prevenir la ocurrencia y recurrencia de los eventos que se presenten durante el desarrollo del quehacer diario de la **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, LA JAGUA DE IBIRICO CESAR**.

Por medio de estas estrategias pretendemos implementar barreras de seguridad que hagan nuestra labor más segura y nos permita obtener mejores resultados para pacientes, colaboradores de nuestra institución y el entorno en general.

Con la implementación de este Programa lograremos fortalecer la cultura de seguridad entendida como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso institucional con la excelencia.

3. OBJETIVO

- Diseñar el programa de seguridad del paciente en la **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, LA JAGUA DE IBIRICO CESAR**, teniendo en cuenta los lineamientos propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la legislación vigente; Para contar con una caja de herramientas que facilite la construcción de un modelo de seguridad y fortalecimiento de una cultura organizacional.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover herramientas prácticas dentro de la institución para garantizar la seguridad del paciente, bajo los lineamientos de los paquetes instruccionales definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Gestionar los eventos adversos ocurridos en la institución, a través de la promoción del reporte, análisis de los sucesos e implementación de acciones correctivas y preventivas que fomenten el aprendizaje de la organización.

- Generar una cultura de seguridad del paciente promoviendo el liderazgo de los equipos de atención en salud institucionales, mediante estrategias de sensibilización, capacitación y comunicación que propendan por la implementación de barreras de seguridad, cumplimiento de protocolos y guías de atención.

- Implementar este manual como una estrategia educativa que permita a todos los profesionales, empleados y colaboradores de la **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, LA JAGUA DE IBIRICO CESAR** desarrollar las políticas de seguridad del paciente.

4. ALCANCE

Este programa aplica a todos los servicios, procesos asistenciales y administrativos de la E.S.E. Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, incluyendo al personal de salud, administrativo, contratistas, estudiantes y demás actores involucrados en la atención directa e indirecta al paciente. Su implementación se extiende a todas las sedes, garantizando el cumplimiento

de prácticas seguras, la prevención de eventos adversos y la promoción de una cultura de seguridad en beneficio de los usuarios.

5. RESPONSABLES

5.1. REFERENTE DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En la **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, LA JAGUA DE IBIRICO CESAR** el equipo referente o funcional está constituido de la siguiente manera:

5.2. GRUPO ESTRATÉGICO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Gerente de la ESE, quien será el presidente del comité
- Auditor de Calidad
- Subdirector Científico
- Jefe de Talento Humano
- El Líder o Referente del Programa de Seguridad del Paciente que en nuestra institución será la líder de calidad y a su vez será la secretaria del comité.

Esta designación de miembros quedará descrita en un Acta de Reunión con las funciones que se enuncian a continuación: **Ver anexo del Acto administrativo para la conformación del equipo referente de seguridad del paciente.**

Para implementar la Política de Seguridad del Paciente, una vez conformado el equipo referente institucional y formulada la Política de Seguridad del Paciente, en la ESE se debe establecer las funciones de cada miembro, en pro de la seguridad del paciente y de una atención segura:

5.3. **Comité de Seguridad del Paciente:** Corresponde a un equipo de trabajo conformado por unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la ESE y unos invitados que corresponden a representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar; también asisten proveedores relacionados con el evento adverso.

Su función es:

- Analizar los reportes que se recibe del personal, relacionados con fallas en la atención del paciente.
- Enfocar el error como base que lleve al aprendizaje organizacional para que el personal se sensibilice y tome conciencia de las fallas cometidas, en un entorno no punitivo pero responsable
- Identificar los eventos adversos, analizar las causas que los favorecen
- Precisar cuál será el manejo que se debe dar a la lección aprendida. (Barreras de Seguridad)
- Apoyar la implementación de acciones (Barreras de Seguridad) para mejorar la calidad de la atención del paciente.

Al comité se llevan los indicadores relacionados con seguridad del paciente, se analizan sus comportamientos y se distribuyen los responsables del análisis de los eventos adversos e incidentes para la implementación de acciones correctivas, preventivas o de mejora.

5.4. **Líderes de Procesos o servicios de la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES, LA JAGUA DE IBIRICO CESAR:** son también parte importante permiten guiar o conducir a un grupo para lograr los propósitos de mejorar la salud. Su objetivo es contribuir a la formación de líderes que puedan desarrollar o impulsar investigaciones sobre seguridad del paciente y que eventualmente puedan contribuir al desarrollo de políticas y prácticas dirigidas a reducir el riesgo del daño relacionado con la prestación de la atención. Realizan visitas de referenciación con otros centros de salud que permitan mejorar las estrategias implementadas en la entidad.

Capacitaciones sobre seguridad del paciente con los usuarios internos y externos, actualización en el tema de seguridad del paciente con entes externos, participan en los simposios de seguridad del paciente que se lleven a cabo en el país, socialización de todos los temas con los funcionarios de la ESE e implementación de nuevas estrategias.
Son funciones de los líderes de los procesos.

- Gestionar la seguridad de pacientes en los aspectos de planeación de las actividades dirigidas a la implementación del programa.
- Aprobar los recursos necesarios para su implementación
- Hacer seguimiento al avance del programa de seguridad del paciente
- Socializar en la entidad del Programa de Seguridad del Paciente

5.5. **Pacientes y cuidadores:** Su participación es necesaria para su seguridad en el proceso de atención, mediante el autocuidado, para la protección de la salud y

la prevención de la enfermedad, previa estrategia educativa y de enseñanza de prácticas básicas, en el fomento del autocuidado y en la responsabilidad sobre su salud para que participen en el proceso de atención.

La importancia de este proceso es que el paciente asuma su participación en la atención, con el fin de prevenir la ocurrencia de eventos adversos. Los pacientes que no están involucrados ni informados tienen menores probabilidades de tomar decisiones consientes acerca de su tratamiento y las recomendaciones del personal asistencial. La institución más adelante define el protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso.

El equipo referente de seguridad del paciente se reunirá por medio de convocatoria del Líder del Programa de Seguridad del Paciente, por lo menos una vez al mes y de cada reunión se dejará un acta con los temas tratados, los compromisos adquiridos y el seguimiento del cumplimiento de estos compromisos en la reunión siguiente.

6. MARCO NORMATIVO

Constitución Política de Colombia: Según la Constitución Política de Colombia del año 1991(5) el Estado debe garantizar la atención de la Salud. Además, toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

En el Artículo 49 establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud del sistema General de Seguridad Social en Salud.

Define las características de SOGCS: Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad y Seguridad. Establece los 4 componentes del SOGCS: El Sistema único de Habilitación,

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema único de Acreditación y el Sistema de información para la calidad

Estos 4 componentes tienen en común que todos velan por la Seguridad del Paciente. Establece que la 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 en salud o mitigar sus consecuencias.

Resolución 2003 de 2014: por la cual se definen los procedimientos y Condiciones de inscripción de los Prestadores de servicio de Salud y de Habilitación. Así como adoptar el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicio de salud.

En el Estándar 5. Procesos Prioritarios, define que se debe "Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, el cual debe incluir: planeación estratégica de la seguridad, fortalecimiento de la cultura institucional; medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos y la implementación de Procesos seguros.

Resolución 3100 de 2019: En el estándar de procesos prioritarios, define que l prestador de servicios de salud debe contar con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde se lleven a cabo actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.

Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad de Colombia:
Colombia es un país considerado líder en los manejos institucionales de salud por lo cual no es ajeno a estos cambios en los procesos de salud, por lo cual el Ministerio de Protección Social interviene creando documentación que permite hacer un lineamiento frente a las políticas de Seguridad del Paciente que siendo bien instauradas y desarrolladas permitirán que los eventos adversos se reduzcan y se ofrezcan servicios de mayor calidad. Haciendo que este proceso sea continuo lo que permite monitorear los posibles factores de riesgos de diverso origen que pudiera incidir en que la atención no sea segura e implementar de ser necesarias las barreras de seguridad requeridas para mitigar o reducir los posibles eventos adversos.

Las instituciones deben implementar un Protocolo para el manejo del paciente cuando ha ocurrido un evento adverso, que implica hacer un acompañamiento al paciente y a sus familiares donde se le debe reconocer que se presentó un evento adverso, hacerle ver que se realizara todo lo posible para mitigar las posibles consecuencias del evento adverso, explicarle que se hará todo lo posible para que se implementen los correctivos necesarios

para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso y en caso de ser necesario se presentarán excusas al paciente y su familia.
"La política de Seguridad del Paciente no pretende dejar en la impunidad las acciones inseguras que se realicen con negligencia e impericia por parte del profesional o que estén dirigidas a causar daño al paciente. Pero de igual manera busca ofrecer protección al profesional que analiza con ética y responsabilidad las fallas en la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que busquen proteger al paciente".

Guía Técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente: Colombia está desarrollando una Política de Seguridad del paciente desde el año 2008 que pretende disminuir la presencia de eventos adversos y propender instituciones seguras y competitivas a nivel internacional. Esta guía tiene el propósito de" brindar a las instituciones recomendaciones técnicas para la operativización e implementación práctica de los lineamientos en sus procesos asistenciales las cuales cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos. Y son complementadas por paquetes instruccionales que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones y se encuentran publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud."

La guía incluye cuatro grupos que buscan incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud:

1. Procesos institucionales seguros
2. Procesos asistenciales seguros
3. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
4. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

Paquetes Instruccionales: para facilitar el diseño e implementación práctica de las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, desarrolló en el 2009 unos paquetes instruccionales con directrices técnicas. Para un mejor entendimiento de estas prácticas, en el 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social publicó la actualización de 21 de estos paquetes educativos que instruye al lector sobre cómo implementar la práctica en su lugar de trabajo y evaluar su impacto.

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

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.

Atención de salud: Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

AMEF: Análisis de modo y efecto de falla.

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

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.

Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente: 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.

Calidad de la Atención en Salud: Es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.

Caja de herramientas: conjunto de estrategias, modelos, metodologías estructuradas bajo unos lineamientos teóricos básicos, con los instrumentos necesarios para garantizar su aplicabilidad en cada uno de los temas pertinentes al proceso sobre el que se aplica.

Cultura de Seguridad del Paciente: Capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y reducir el riesgo de recurrencia.

Efecto adverso: sinónimo de reacción adversa y efecto indeseado.

Efecto colateral: cualquier efecto no previsto de un producto farmacéutico, que se produzca con dosis normales utilizadas en el hombre y que esté relacionado con las propiedades farmacológicas del medicamento.

Efecto Placebo: resultado de la aplicación o la administración de un placebo. Puede ser beneficioso o adverso.

Efecto secundario: efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción.

Equipo de atención en salud: Es el conjunto de profesionales, técnicos y tecnólogos del área de la salud, encargados de manera conjunta, pero con el desarrollo de diferentes responsabilidades y actividades en los procesos de atención en salud de los pacientes.

Error asistencial: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención por acción y/o por omisión.

Error de medicación: incidente que puede evitarse y que es causado por la utilización inadecuada de un medicamento. Puede producir lesión a un paciente, mientras la medicación está bajo control del personal de salud, del paciente o del consumidor.

Evento adverso: Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a un error.

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.

Evento Centinela: Evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.

Factores Contributivos: Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga, conocimiento, pericia o experiencia inadecuados, supervisión o instrucciones insuficientes, entorno estresante, cambio rápido al interior de la organización, sistemas de comunicación deficientes, mala o equivocada planeación en programación de turnos, mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones.

Fallas latentes: 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 (fallas 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.

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.

Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre.

Incidente: Situación derivada de una falla en la atención al paciente que no causa un evento adverso o complicación.

Practica segura: Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia del evento adverso.

Programa de seguridad: Se entiende como el esquema de procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, plasmadas en un documento que se utiliza como guía para la ejecución del esquema.

Protocolo de Londres: Protocolo para investigación y análisis de incidentes clínicos basados en el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.

Paquete instruccional: Herramientas basadas en el diseño instruccional (instructional design) que generan especificaciones instruccionales por medio del uso de diversas opciones pedagógicas que permiten el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas fundamentales en la práctica de la atención en salud y la seguridad del paciente.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.

Riesgo asistencial: Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.

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.

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.

8. MARCO TEÓRICO

La ocurrencia de eventos adversos dentro de la atención en salud no es un problema nuevo, las primeras investigaciones sobre la materia, con una escasa repercusión. Proceden del decenio 1950-1960; sin embargo, no es hasta principios de 1990 cuando se comienza a disponer de estudios científicos concluyentes relacionados con el tema. De esta forma, diversas investigaciones posteriores a esta fecha y realizadas en diferentes países como estados unidos, reino unido y Australia, entre otros, alertaron sobre las dimensiones de las situaciones de inseguridad en la atención que ocurrían con más frecuencia de lo esperado. El estudio “To err is human: building a safer health system” realizado en el noviembre de 1999 por el institute of medicine, posicionando el problema en un nivel político y social, al aportar información relevante sobre la magnitud y consecuencias de los errores en la atención en salud, tanto en términos de morbilidad/mortalidad, como en relación con los costos económicos que se ocasionaban el sistema y a los pacientes.

Una de los grandes avances dados en seguridad del paciente, se realizó desde la organización mundial de la salud, posicionando estrategias mundiales con el programa “atención limpia es una atención segura”.

La asamblea de la organización mundial de la salud, en la resolución 5518 (2002) reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios y bajo el lema “primero no hacer daño” y así, estableció la alianza mundial para la seguridad del paciente (2005) donde se resaltan un conjunto de estrategias centradas en los siguientes aspectos:

- Desafío global en seguridad del paciente
- Implicación de pacientes y consumidores en la seguridad
- Desarrollar una taxonomía en seguridad del paciente
- Investigación en seguridad de pacientes
- Soluciones para reducir el riesgo de la asistencia sanitaria y mejorar su seguridad
- Informar y aprender para mejorar la seguridad de los pacientes

Sin embargo y a pesar del empeño, los avances que se dieron a raíz de este trabajo no fueron los esperados, por lo que el 2 de mayo de 2007 nuevamente la Organización Mundial de la Salud lanzo “nueve soluciones para la seguridad del paciente” con el objeto de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo, esta estrategia se basó en lo siguiente:

- Identificación de pacientes
- Comunicación durante el traslado de pacientes
- Realización del procedimiento correcto
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud

La organización mundial de la salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología y en el 2004 se lanza la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a fin de ayudar a reducir los daños relacionados durante la atención sanitaria e intentar asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas relacionados con la seguridad del paciente en algún lugar del mundo, se difundan ampliamente de manera accesible e inteligible para todos. Esta Alianza Mundial, tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar el mejoramiento de la calidad del paciente en todo el mundo y favorecer la colaboración multinacional y la adopción de medidas que reafirmen la importancia de la seguridad del paciente a nivel global. Las investigaciones confirman que en todos los sistemas de atención en salud se producen eventos adversos y ningún país puede asegurar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente, porque para esto se deben establecer sistemas de atención adecuadamente creados, que permitan reducir al mínimo los riesgos a que están expuestos los pacientes e implica cambiar las condiciones de los prestadores de servicios de salud, de los equipos, de las organizaciones 19 y en conjunto, de los sistemas de atención de salud con funcionarios competentes, serios y preocupados por la seguridad del paciente, que cuenten con el apoyo necesario de los estados para prestar una asistencia segura.

En el modelo de Gestión de seguridad del paciente, desarrollado por el centro de Gestión Hospitalaria en el 2008, se origina en el propósito de lograr una atención segura, en un entorno con dos componentes: procesos seguros y una cultura de seguridad. Estos dos elementos son mutuamente dependientes y deben darse de manera continua y paralela en el tiempo y apalancarse recíprocamente. No se logra implementar procesos seguros sin una cultura organizacional que los sustente. Y una cultura de seguridad no tiene ningún efecto sino cuenta con procesos hacia los cuales dirigir los esfuerzos.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud, es importante tener un sistema de notificación de eventos adversos, como estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito de salud, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes, son una parte de la “cultura de seguridad” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.

La identificación de eventos adversos en la institución tiene varios propósitos. En general, busca mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de estos eventos adversos y el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocia a la aparición de eventos adversos evitables. En este marco general también se busca identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente, identificar los eventos adversos de mayor trascendencia, estimar la prevalencia y la incidencia de los asociados a la atención.

En Colombia, el ministerio de Protección Social está impulsando la política de seguridad del paciente liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, SOGC, 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 instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así desde junio de 2008, El Ministerio de la Protección Social expidió “los lineamientos para la política de seguridad del paciente, consistente en un conjunto de acciones y estrategias sencillas para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud. Son herramientas prácticas para 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.

El modelo pedagógico en el que se han diseñado los paquetes instruccionales es el ABP, Aprendizaje basado en problemas. Este modelo está centrado en el aprendizaje que busca incluir a la reflexión distintos aportes para que se mire la realidad desde una dimensión más

compleja e integral. Pretende llevar los temas de análisis a la formulación de grandes preguntas-problemas que enriquecen la discusión en función de resolver un problema.

Por lo tanto, a nivel nacional, la seguridad del paciente es una prioridad y existe una decisión concreta por parte del Gobierno, que incluye a prestadores y aseguradores, para desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud. Implementada mediante la adopción de la Norma Técnica Sectorial de Practicas seguras donde se establece el programa de seguridad al paciente, cuyo propósito es precisamente, prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten dicha seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, para que las instituciones de Salud Colombianas cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, sean seguras y competitivas internacionalmente.

9. METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES.

Esta manual tiene el propósito de brindar a la institución metodologías prácticas y recomendaciones técnicas para la operativización e implementación práctica de los lineamientos en sus procesos asistenciales Y son complementadas por paquetes instruccionales que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de la institución.

Para establecer los avances en seguridad del paciente que tiene la institución, y su nivel de implementación nos centraremos en el desarrollo de **4 líneas de acción** determinadas por el Ministerio de Salud y protección social en su guía de buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención en salud:

1. Procesos institucionales seguros
2. Procesos asistenciales seguros
3. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
4. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

Y de estos grupos hablaremos y tendremos en cuenta solo los subgrupos aplicables a nuestra institución para la implementación en los paquetes instruccionales.

9.1. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

9.1.1. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS:

La ESE identificará las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y las gestionará para obtener procesos de atención seguros. Este programa contemplará los siguientes elementos:

9.1.1.1. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE en este manual LA ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES

Establecerá, implementará y armonizará la política de seguridad del paciente con el direccionamiento estratégico de la institución.

Establecerá la prioridad que para nuestra ESE representa la seguridad del paciente. Y, por último, socializará y evaluará el conocimiento de los funcionarios de la institución y además promoverá en ellos un entorno no punitivo.

9.1.1.2. PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD:

Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individual y grupal que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de la institución. La cultura en seguridad del paciente se crea a través de la transformación de procesos y conductas, ejerciendo la autoformación para obtener métodos asistenciales seguros, involucrando a los pacientes y sus familiares, incentivando prácticas que mejoren las actuaciones de los profesionales y en general del equipo de salud, así como desplegando un ambiente de seguridad con un entorno de confidencialidad y confianza entre quienes hacen parte de la atención en salud.

En el modelo del programa de Paciente seguro de la ESE, la cultura de la seguridad es la base para el desarrollo y éxito de las estrategias de la atención.

Para conseguir esta **cultura de seguridad del paciente en ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES tendremos en cuenta los siguientes lineamientos propuestos por nuestro equipo de calidad:**

Comunicación: La base de la creación o cambios de cultura organizacional de equipos de trabajo que encaminan sus actividades hacia un mismo fin, es la comunicación, "Bajo ella se permite la puesta en común de propósitos, objetivos, métodos, procesos, acciones y resultados del ente colectivo" Pero a su vez la alineación de las necesidades e intereses del recurso humano, los proveedores y los usuarios.

Capacitaciones: La socialización de los protocolos de atención en el marco de implementación de acciones seguras en los servicios de la ESE, se realizará mediante jornadas de capacitación, formación e información a nivel grupal e individual. El objetivo principal de estas formas de socialización de información relevante para seguridad del paciente es la de generar un proceso de aprendizaje, estandarización de procedimientos y desarrollo de habilidades y destrezas de los servidores para instaurar practicas seguras dentro de la atención de los usuarios.

Dentro de los temas de capacitaciones abordaremos:

- Seguridad del paciente
- Deberes y derechos de los pacientes
- Protocolo de lavado de manos
- Protocolo para la clasificación del riesgo de caída del paciente
- Manual de Bioseguridad
- Manejo de la historia clínica
- Identificación de las barreras de seguridad
- Sistema de reporte y gestión de eventos adversos
- Uso adecuado de equipos biomédicos.

Búsqueda activa: La búsqueda activa es definida como una acción proactiva para la detección de casos que por cualquier razón no fueron notificados o ingresados al sistema de reporte. Es una fuente de información más y un instrumento de control de calidad frente a la vigilancia.

Desde la perspectiva de seguridad del paciente la aplicación de la búsqueda activa no solo identifica sucesos inseguros no reportados de manera voluntaria, sino que adicionalmente busca detectar prácticas inseguras que a su vez permitan llamar la atención del equipo de salud para la prevención de eventos adversos. Para tal fin, la ESE cuenta con un cronograma periódico establecido por parte de los referentes de seguridad del paciente y tecnovigilancia, empleando una lista de chequeo con los sucesos inseguros de mayor presentación o en el marco de la vigilancia determinados como prioritarios, así como de acciones seguras y verificación de insumos, dispositivos y equipos biomédicos.

La búsqueda activa de seguridad del paciente permite generar espacios de confianza con el equipo de salud en la visita a los diferentes servicios y programas para el reporte de sucesos inseguros, falta de barreras para la seguridad del paciente y la socialización con las áreas administrativas de fallas detectadas para su intervención en un ambiente seguro.

Rondas de Seguridad: Son una herramienta gerencial con la que cuentan los directivos y profesionales asistenciales de la ESE para incrementar la seguridad de la atención en salud. Consisten en la asistencia de un grupo de ejecutivos de la ESE a un servicio específico que se quiere evaluar y allí, estas personas verifican el cumplimiento de los requerimientos de calidad y seguridad, tales como: el diligenciamiento de las historias clínicas, las condiciones de limpieza, el buen uso de los equipos, el estado de los equipos médicos, las condiciones de seguridad en los baños (agarraderas, antideslizantes), etc. **Ver Anexo N° 7. Formato Rondas de Seguridad.**

Las rondas de seguridad además de servir para observar con sus propios ojos las condiciones de calidad y seguridad, son también una oportunidad para hablar con los pacientes y familiares e indagarles sobre como ellos han percibido la seguridad y calidad de la atención. Igualmente, son un espacio para hablar con los trabajadores y solicitarles que mencionen lo que consideran ellos deberían implementar la organización para ayudarles a entregar un cuidado médico más seguro.

A los planes de mejoramiento que se derivan de las Rondas de Seguridad, se les debe hacer seguimiento en el tiempo.

En resumen, la ronda de seguridad permite identificar oportunidades para mejorar la calidad y seguridad de la atención.

Sesiones breves de seguridad: Como su nombre lo indica son sesiones breves que se realizan con el fin de en el día a día institucional, educar a los funcionarios en cómo mejorar la prestación del servicio basado en prácticas seguras.

Su objetivo es Generar espacios en los que se comparte información relacionada con la seguridad del paciente en el día a día de la institución, para contribuir a la reducción del riesgo de situaciones adversas por fallas activas durante la prestación del servicio, crear cultura de seguridad y mejorar la calidad de la atención en salud.

Se reunirá al personal del servicio por 5 minutos, 1 vez al mes.

Se explicará que el propósito es generar consciencia acerca de temas de seguridad (equipo y procedimientos) no criticar el desempeño de los individuos. Se estimulará la participación y se tratará de detectar quienes quieren decir algo, pero no se atreven, utilizaremos preguntas abiertas si no hay contribuciones espontáneas.

Encuesta de Percepción de Clima de Seguridad del Paciente: Herramienta que sirve para realizar la medición de cultura de seguridad que se tiene en la institución mediante la autoevaluación.

Su objetivo es valuar el clima de seguridad en la institución e identificar cuáles son los dominios en que hay mayor debilidad con el fin de mejorar su desarrollo.

Se aplicará la encuesta al personal de la ESE, posterior a esto se recolectarán los datos, se tabularán y se procederá a la identificación y priorización de los dominios con mayor debilidad para posteriormente presentar propuestas que conlleven a mejorar su desarrollo.

Utilizaremos como instrumento el **Anexo N° 8. Formato de encuesta de clima de seguridad del paciente.** Se aplica la encuesta conforme fue definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, tomada del agente de calidad AHRQ y adaptada para Colombia.

9.1.1.3. SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE COLECTIVO:

Los sistemas de reporte que se implementen en LA **ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES** tendrán como finalidad el aprendizaje para generar barreras

de seguridad. De aquí que la institución se le hizo necesario rediseñar el formato de reporte de eventos adversos, de tal manera que de forma sencilla quede plasmado en él lo ocurrido. Es esencial proteger la intimidad y la confidencialidad del proceso.

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 concadenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia, con respecto a una buena práctica, es apenas el primer paso de una investigación profunda.

La gestión del evento adverso es reconocida a nivel institucional como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones encaminadas a identificar y analizar los sucesos inseguros que puedan causar daño en el paciente durante el proceso de atención, con el único fin de prevenir las causas y mitigar las consecuencias.

Desde la plataforma estratégica de nuestra institución se promulga el compromiso por garantizar en el día a día de la atención en salud un ambiente seguro y confiable que maximice los resultados clínicos en beneficio del paciente y sus familiares. Por todo lo anterior en LA **ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES** se utilizará como herramienta para la investigación y análisis de los eventos adversos el **PROTOCOLO DE LONDRES.**

Las actividades estructurales dentro de la gestión del evento adverso se relacionan a continuación:

REPORTE: La seguridad del paciente es una prioridad en nuestra institución, por lo que favorecemos la identificación de acciones inseguras, incidentes, eventos adversos o complicaciones reportadas por el equipo de salud, pacientes, familiares o auditores a través de tres canales:

- **Registro y gestión del evento** en los formatos de reporte de evento adverso rediseñado por nuestro equipo de referentes de seguridad del paciente. **Ver Anexo N.º 9: Formato para el reporte de eventos adversos.**
- **Reporte verbal o escrito** ante el referente de seguridad del paciente o el jefe inmediato.
- **Reporte digital mediante código QR** instalado y visible en cada área del hospital, el cual redirige al formulario oficial de reporte de evento adverso, facilitando el acceso y promoviendo la cultura de seguridad a través de un canal moderno, confidencial y de uso inmediato.

Esta estrategia promueve la transparencia, mejora continua y el compromiso institucional con la seguridad del paciente.

9.1.1.3.1. **ANÁLISIS Y GESTIÓN:**

El grupo de la oficina de calidad y los profesionales de seguridad del paciente se reunirán a catalogar los sucesos inseguros reportados durante el mes y clasificarlos según corresponda en eventos adversos, incidentes, fallas o no aplica, en base al concepto de triada donde se enumera: evento adverso como la acción durante la intervención médica, que produjo daño y fue accidental.

Al priorizar los eventos adversos y los incidentes bajo la matriz de crítica, luego bajo **el protocolo de Londres** se realiza el análisis con énfasis con la identificación de las siguientes variables: **fallas latentes activas, factores contributivos, acciones inseguras, barreras y defensas.** Con el resultado de su aplicación se establecerán barreras de seguridad, restructuración de procesos inseguros y planes de mejoramiento.

Este análisis permite conocer el detalle de las acciones que conllevaron a las acciones inseguras en el entorno de la ESE y el compromiso en la seguridad del usuario. **Ver Anexo N° 11. Formato para el análisis de eventos adversos.**

9.1.1.3.1. PLANES DE MEJORAMIENTO:

Previo a establecer los planes de mejoramiento de los eventos adversos analizados que requieren gestión, se lleva a cabo el análisis causal como la metodología institucional, la cual permite obtener las causas primarias y de urgente intervención para corregir las desviaciones encontradas, evitando la presencia repetitiva del evento.

El plan de mejoramiento debe ser plasmado con tiempos, responsables y acciones a desarrollar, realizando un seguimiento de autocontrol por parte del área responsable mensualmente y trimestral por parte del referente de seguridad del paciente.

9.1.1.3.2. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL:

El aprendizaje organizacional es definido como un proceso dinámico y continuo de adquisición e integración de conocimiento, habilidades y actitudes a la labor diaria instaurando mejores prácticas y favoreciendo la mejora continua. A nivel institucional el reporte de los sucesos inseguros, el análisis de estos, la aplicación

de acciones correctivas y la estandarización de las actividades y procesos que demostraron un buen desempeño y agregaron valor al servicio en términos de seguridad del paciente y calidad en la atención.

9.1.2. CAPACITACIÓN AL CLIENTE INTERNO, LA ESE MARINO JORGE ISAAC RINCON TORRES

Tendrá como prioridad capacitar constantemente a sus empleados y colaboradores en los aspectos relevantes de la seguridad en los aspectos a su cargo, ilustrando en lo posible con ejemplos de la cotidianeidad de la institución y realizando un ciclo de evaluación y mejoramiento en las capacitaciones del personal.

9.1.3. PROCEDIMIENTOS Y ACCIONES RECÍPROCAS DE LOS PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE ASEGURADOR Y PRESTADOR:

Nuestra institución analizará y tomará acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecten la seguridad de los pacientes y acordará mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante los diferentes momentos de transición de responsabilidad entre los prestadores de servicios.

9.1.4. ESTANDARIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN:

Se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud, por tal motivo se hace necesario adoptar las guías de práctica clínica en la atención de consulta externa, además de implementar y realizar seguimiento de la efectividad en:

- Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.
- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera).
- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.

9.1.5. EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS:

La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión. **Ver fichas técnicas Formato N° 14**.

9.1.6. MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS CLAVES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con los servicios del Programa de atención domiciliaria diseñado por ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES se realizará la medición de los siguientes indicadores a través de una ficha de indicadores de calidad.

- ✓ Proporción de colaboradores capacitados en temas de seguridad del paciente.
- ✓ Proporción de vigilancia de EA
- ✓ Proporción de caídas de pacientes.
- ✓ Porcentaje de adherencia al protocolo de prevención de caídas.
- ✓ Porcentaje de adherencia a las guías de procesos asistenciales
- ✓ .

Comentado [VV1]: Cambiar formato

FICHA TECNICA DE INDICADORES

2025													
NOMBRE DEL INDICADOR	**TASA DE CAIDAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO**												
PROPOSITO DEL INDICADOR	Gestionar los eventos adversos involuntarios que son causados con mayor probabilidad por la atención en el servicio.												
META	90%												
FORMULA	Total de eventos adversos detectados por caidas/Total personas atendidas												
ATRIBUTO DE LA CALIDAD	Seguridad												
FRECUENCIA DE MEDICION	Mensual/Semestral Informe Supersalud												
FUENTE DE DATOS	Reporte eventos adversos												
RESULTADO DE LA MEDICION	**META**	**Enero**	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**junio**	**julio**	**agosto**	**sept**	**oct**	**nov**	**Dic.**
	90%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Numero de eventos detectados												
	Numero de eventos gestionados												
GRAFICA DEL COMPORTAMIENTO													

9.1.7. SEGURIDAD EN EL AMBIENTE FÍSICO Y LA TECNOLOGÍA EN SALUD: ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES

para mantener un ambiente físico cómodo y seguro evalúa constantemente las condiciones de localización, y ajusta las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional), además de diseñar un plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales, E Implementar procesos de evaluación del equipamiento biomédico administrativo con el objeto de establecer si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con sus necesidades. Y, por último, realizará análisis a partir de los reportes de tecnovigilancia.

9.2. INVOLUCRAR A LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD:

9.2.1. PACIENTES EN EL AUTOCUIDADO DE SU SEGURIDAD:

Se debe considerar que entre más estén el paciente y los familiares comprometido con su salud, más ayudará a prevenir que sucedan los eventos adversos.

9.2.2. ACCIONES COLABORATIVAS DE PACIENTES Y SUS FAMILIAS PARA PROMOVER LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN:

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES diseñara mecanismos de difusión para revelar la manera como los pacientes y sus familiares pueden promover la seguridad de la atención en salud y además promover el autocuidado en casa.

10. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

10.1. ESTRATEGIA N°1. DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Se establece la política de seguridad del paciente como una cultura institucional con el objetivo de reducir la presentación de incidentes y eventos adversos creando un entorno seguro de atención a nuestros usuarios.

10.2. ESTRATEGIA N° 2. SOCIALIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD:

Para que la política de seguridad del paciente alcance su propósito de establecer una atención asegura, debe ir más allá del establecimiento de normas. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos.

EN ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES la política de seguridad será difundida mediante la publicación en sitios estratégicos de la institución, en charlas con el personal asistencial y durante el proceso de inducción. Para tal efecto se diseñará el cronograma de educación continuada y así mismo se definirán las estrategias de evaluación y seguimiento.

10.3. ESTRATEGIA N° 3. ESTABLECER LISTADO BASE DE EVENTOS ADVERSOS:

Con el objeto de orientar al personal en el reporte de eventos adversos, se ha establecido un listado base que servirá de guía y que se diseñó con un enfoque en salud ocupacional acorde con los servicios de nuestra institución.

Los lineamientos gubernamentales en la identificación de riesgos por parte del personal.

Para la elaboración del listado se consideraron entre otros los lineamientos:

- Los eventos definidos en la Resolución 1446 de 2006
- Revisión de Bibliografía referente al tema, así como los riesgos en instituciones de similar envergadura que la nuestra.
- Revisión de los eventos adversos y acciones inseguras históricamente reportados en otras instituciones como referenciación.
- Indagar con el personal asistencial sobre los posibles riesgos asociados a la atención que hayan ocurrido o potencialmente ocurran, considerando las circunstancias actuales, en cada uno de los servicios de la ESE.

10.4. ESTRATEGIA N° 4. DISEÑO DE FORMATOS DE REPORTES:

Con el objetivo de dar mayor énfasis a la identificación de las posibles causas en la ocurrencia del evento adverso según el punto de vista del personal que reporta el caso, las acciones inmediatas tomadas para mitigar el impacto y la identificación del personal presente durante su ocurrencia, que posteriormente contribuyan en el proceso de investigación, se hizo necesario el rediseño del formato de reporte de eventos adversos, de tal manera que de forma sencilla se relate lo ocurrido.

Así mismo, en la parte posterior del formato se incluirá un espacio para la realización de una investigación preliminar, que consiste en entrevistas con el personal testigo del EA, revisión de la Historia Clínica y demás mecanismos que permitan establecer las principales causas que propiciaron el evento, y de esta forma establecer los planes de mejoramiento necesarios.

11. POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Ilustración 1 Seguridad del paciente



"La ESE Hospital JORGE ISAAC RINCON TORRES formula la política de seguridad del paciente siguiendo los lineamientos internacionales y nacionales establecidos por el ministerios de salud y protección social, y a través de este documento manifiesta su completo interés en la gestión asistencial, orientada a la seguridad del paciente, disponiendo de recursos humanos, tecnológicos, administrativos y financieros, propendiendo desde la gerencia el uso apropiado de estos recursos, protegiendo el medio ambiente y respetando el marco legal vigente.

Nuestro Objetivo es el de Desarrollar la cultura de seguridad para el Usuario, fomentando en nuestros colaboradores, en nuestros pacientes y en sus familias el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención. Nuestras acciones se encaminan en la búsqueda de la satisfacción de nuestro usuario y su familia.

Esta política implica adhesión y compromiso con nuestro sistema de gestión de calidad, generando a través del mejoramiento continuo el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente y liderando desde la gerencia un ambiente seguro con el fin de disminuir el riesgo y prevenir la ocurrencia de eventos adversos, mediante el despliegue de metodologías científicamente aprobadas, fomentando la identificación e implementación de las barreras de seguridad que establezcan un entorno seguro de la atención en salud y trabajando para lograr la cooperación, responsabilidad y articulación entre los procesos gerenciales, misionales y de apoyo.

Nuestra institución asume la seguridad del paciente como componente esencial de su plataforma estratégica para garantizar el cumplimiento de su misión y el logro de su visión y se COMPROMETE a adoptar las estrategias y acciones necesarias para

reducir al máximo la ocurrencia de eventos adversos mediante el control y mitigación de los riesgos propios de la atención en salud y del individuo.

Lideraremos desde la dirección la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención, reporte de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje institucional".

La Política de Seguridad del Paciente expedida en septiembre de 2014 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que, en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. 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 éste sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar, pues la cadena de procesos de la atención en salud al fallar ha 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 implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Es por todo lo anterior, que **ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES-LA JAGUA DE IBIRICO, CESAR** diseña este manual adoptando los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente del Ministerio de la Protección Social, al igual que las herramientas para la evaluación y seguimiento de la Seguridad del paciente adaptándolas al perfil de nuestra institución.

11.1. OBJETIVO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Brindar a nuestros pacientes una **ATENCIÓN SEGURA Y HUMANIZADA**, promoviendo el mejoramiento continuo en nuestros procesos, procurando su satisfacción y el de su familia; apoyados por un talento humano competente y motivado, que nos permita un posicionamiento en el sector salud como una de las mejores ESE del departamento del Cesar y de la Costa Atlántica.

11.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- 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.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

11.3. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud. Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

11.3.1. 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.

11.3.2. 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.

11.3.3. 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, y es transversal a todos sus componentes.

11.3.4. 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.

11.3.7. VALIDEZ:

Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

11.3.8. 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.

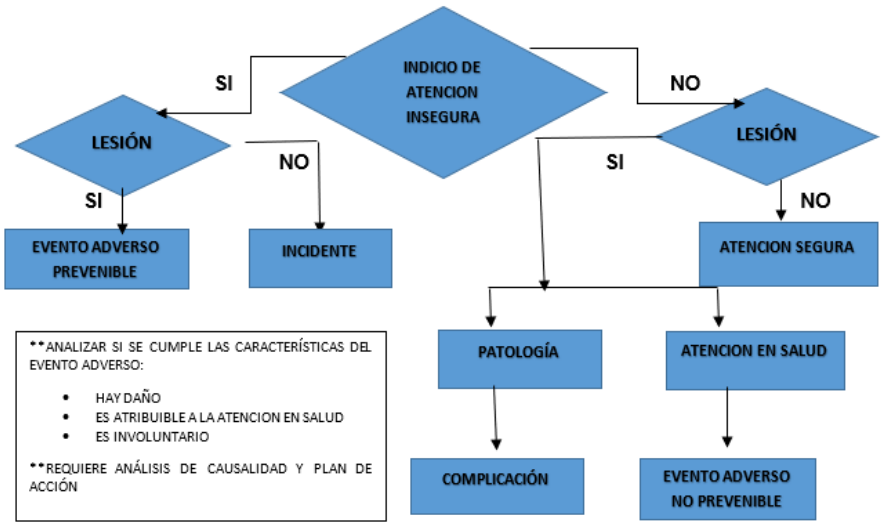
11.3.9. ALIANZA CON EL PROFESIONAL DE LA SALUD:

11.3.10. 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.

11.4. MODELO CONCEPTUAL DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El siguiente gráfico muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cual se basa la terminología utilizada en este manual, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. Integra la terminología internacional con las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.

Ilustración 2 Modelo conceptual



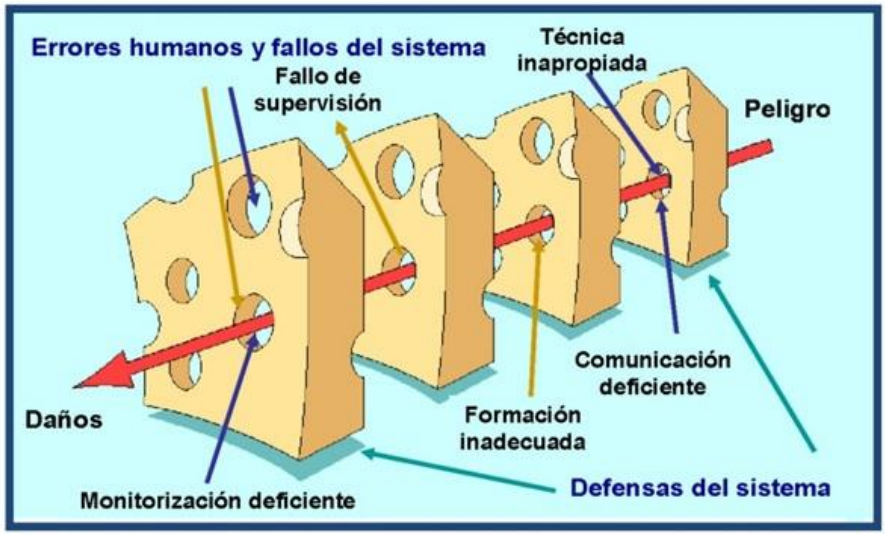
11.5. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

11.5.1. MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO:

La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a solicitar su sanción. No obstante, 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 y la causalidad del evento adverso,** y es el que utilizaremos en este documento, es el 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. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.

El siguiente gráfico ilustra este modelo:

Ilustración 3 Queso suizo



Por esta razón, 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.

En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

11.5.2. PROCESO PARA LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS

El Protocolo de Londres es un método sistemático y bien estructurado, utilizado para el análisis de los eventos adversos y su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, entendidos éstos como incidentes y eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de accidentes de James Reason, que analiza el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio para encontrar las brechas involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud.

En el evento adverso se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman impactan directamente en los puestos de trabajo a través de los canales departamentales y finalmente afectan los sitios

de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras, que generan eventos adversos evitables.

Para mitigar las consecuencias de las fallas, se establecen barreras de seguridad 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.

Ilustración 4 Modelo Análisis eventos adversos



La primera actividad del proceso de análisis en nuestra institución es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo la ejecución de una tarea o labor (suministrar información e identificación del paciente, atención por parte del profesional en salud). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. **Ver Anexo N° 12. Formato para el Análisis de Eventos Adversos y plan de acción.**

Los eventos adversos han sido clasificados de diversas maneras en la literatura internacional revisada. Las clasificaciones incluyen, entre otras, la causa básica u origen del evento, la severidad, la discapacidad resultante, el componente de la atención donde se origina y el momento de la aparición del evento con respecto al tiempo.

Según la severidad son clasificados como severos y no severos, se considera un evento severo cuando produce la muerte o deja una discapacidad superior a seis meses, y según

la severidad del evento este se puede considerar como efecto adverso grave, moderado o leve.

Según la prevención se clasifican en evento adverso prevenible cuando existe un resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial en un momento determinado. Y evento adverso no prevenible cuando existe un resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial.

Otras clasificaciones del evento adverso hablan de evento adverso serio que hace referencia a un hecho desfavorable que resulta en fallecimiento del paciente o amenaza de la vida y por último el evento centinela que es cuando ocurre un hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro.

11.5.3. LAS BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL 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.

La política 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 utilizaremos en nuestra institución para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Dirigiremos acciones que garanticen una atención limpia en salud.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: como la fatiga, comunicación y entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes en la institución.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología.

La alta gerencia y el equipo Auditor de la institución presentamos un compromiso explícito con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

La política de seguridad de nuestra institución procura establecer en forma clara los propósitos de su formulación:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente.

TABLA 1 E FACTORES CONTRIBUTIVOS DE ACCIONES INSEGURAS

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUYENTE
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 de equipo
AMBIENTE	Personal suficiente, mezcla de habilidades, carga de trabajo, patrón de turnos, diseño y 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

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.

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 físicos (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.

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 (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “acción insegura”. El protocolo de Londres, por motivos culturales y de implicaciones legales, prefiere referirse a las acciones inseguras como “Care Delivery Problems (CDP)”. Nosotros preferimos seguirlas llamando **acciones inseguras.**

11.5.4. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE QUE PADECE UN EVENTO ADVERSO

El protocolo de eventos adversos es diseñado para que en la institución se facilite la investigación clara y objetiva de los incidentes del paciente, en su estadía por nuestra entidad, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas y superficiales.

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. En salud, con mucha frecuencia cuando algo sale mal los jefes tienden a sobre dimensionar la contribución de uno o dos individuos y a asignarles la culpa de lo ocurrido. Esto no quiere decir que la inculpación no pueda existir, lo que significa es que esta no debe ser el punto de partida, entre otras cosas porque la asignación inmediata de culpa distorsiona y dificulta una posterior investigación seria y reflexiva. 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, que será lo que trataremos de proponer en nuestra institución.

TABLA 2 PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA CUANDO PADECE UN EVENTO ADVERSO EN ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES

LA INSTITUCIÓN DEFINE EL SIGUIENTE PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA CUANDO OCURRE UN EVENTO ADVERSO:
• No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: Definir lo sucedido, quien lo hizo, cómo y cuándo. • Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso • Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente. • Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este. • Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del evento adverso.

En **LA ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES – LA JAGUA DE IBIRICO CESAR, el** marco regulatorio del evento adverso al interior de la institución se dirige a:

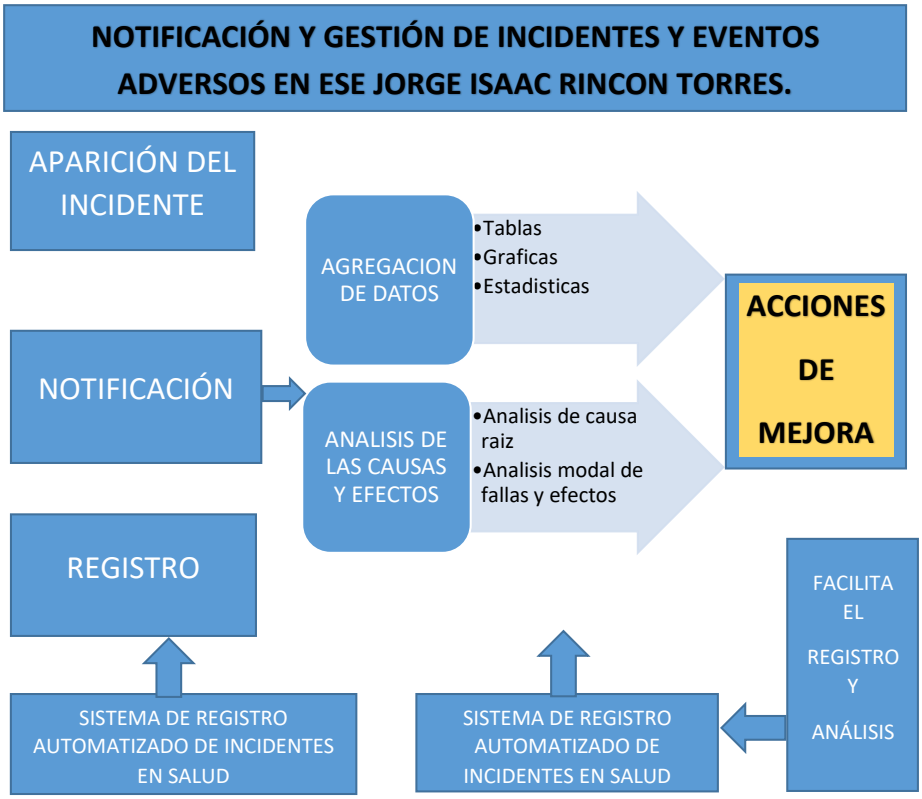
- Estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte.
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento.
- Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica.

11.6. INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES EN LA ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES

El método con el que trabajaremos la investigación y el análisis de incidentes en nuestra organización fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves, el auditor (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 exámenes profundos 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 del aprendizaje institucional. **Ver anexo N° 17.**

Ilustración 5 Modelo notificación y Gestión



11.6.1. IDENTIFICACIÓN Y DECISIÓN DE INVESTIGAR:

Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, solo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error, pero si el ocultamiento. 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, la organización será explícita en los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación. Para este proceso utilizaremos como herramienta **el Anexo N° 11. Formato para identificar y generar la decisión de investigar el evento adverso**.

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. Un equipo debe contar con:

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
- Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento Médico específico o gerente).
- Autoridad administrativa (director Médico, jefe de Enfermería, etc.).
- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no Involucrado directamente. (Preferiblemente la coordinación asistencial)

Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica o coordinador) sea suficiente.

En **ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES**, los encargados de investigar un evento adverso serán El auditor de calidad y el referente de seguridad del paciente.

11.6.2. FUENTES DE INFORMACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

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 asistencial.

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 –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible después de ocurrido el incidente.
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.

11.6.2.1. **ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DE LA ESE:**

Debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos.

La tabla que se mostrará a continuación ilustra de manera esquemática el protocolo que seguirá nuestra ESE en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación.

TABLA 3 PROTOCOLO ENTREVISTA

LUGAR	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente, el entrevistado puede ir acompañado por alguien si así lo desea.
PROPÓSITO	Se le explicará al entrevistado el motivo de la entrevista. Se evitarán los estilos de confrontaciones, y los juicios de valor. Garantizaremos que lo que diga el entrevistado no va a hacer objeto de represalias y va a mantenerse bajo absoluta confidencialidad.
CRONOLOGÍA DEL INCIDENTE	Identificaremos el papel del entrevistado en el incidente y se registrará el límite de su participación.

	Estableceremos con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Se compara esta información aportada por el entrevistado con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
ACCIONES INSEGURAS	Se le explicará al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustrará el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invitaremos al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Con la ayuda de los protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recordando que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
FACTORES CONTRIBUTIVOS	Explicaremos al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentivaremos su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo definiremos si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
CIERRE	Se permitirá que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas durarán entre 20 y 30 minutos.

PRECISIÓN DE 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 la cronología:

- **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.

- **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.

11.6.3. IDENTIFICACIÓN DE 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.

Las personas que de alguna manera participaron en el incidente usualmente son capaces de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas –por acción o por omisión- en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente”, las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras este completa.

11.6.4. IDENTIFICACIÓN DE 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.

Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: Desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia).

En la siguiente figura se ilustra un diagrama de espina de pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contributivos que se han mencionado en esta guía.

Ilustración 6 Diagrama espina de pescado

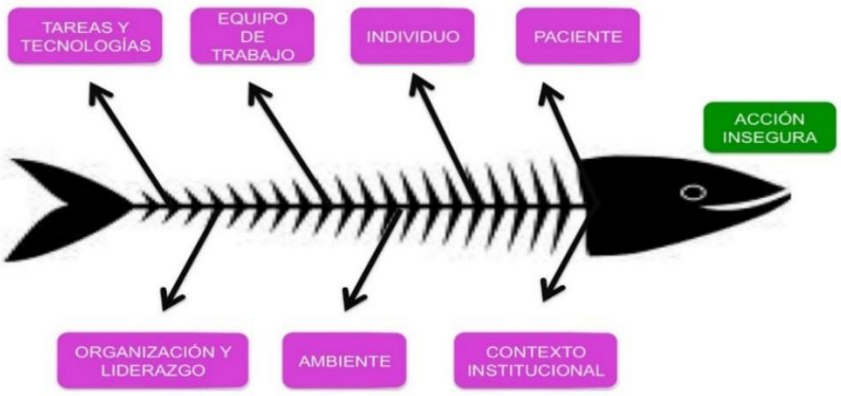


DIAGRAMA DE ESPINA DE PESCADO-ACCIÓN INSEGURA

AMEF (Análisis de Modo de Falla): Es una herramienta sistemática, prospectiva, basada en el trabajo en equipo, que identifica las vías por las que un proceso puede fallar. Es utilizada para gestionar el riesgo, identificando y aprovechando oportunidades para intervenirlos y de esta manera prevenir que las cosas salgan mal o mitigar los impactos que esto pueda generar. Su objetivo es reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Su alcance abarca todos los servicios de la ESE, teniendo en cuenta cada uno de los procesos y actividades que se realizan.

Metodología de aplicación: Consta de varias fases necesarias para su desarrollo:

- Establecer el equipo el cual debería ser multidisciplinario
- Definir el servicio a intervenir en la institución
- Describir las funciones o componentes que lo integran
- Listar modos de fallo potenciales de cada uno de ellos. (Modo de fallo es la forma en que un producto o proceso puede fallar para cumplir las especificaciones)
- Definir los efectos de los modos de fallo. (El efecto es el impacto en el usuario cuando el modo de falla no se previene ni corrige)
- Describir las causas que podrían originar dichos fallos. (Una causa es una deficiencia que puede generar el modo de falla)

- Listar controles que permitan detectar cada modo de fallo
- Calcular prioridades, Priorizar aquellos que tengan un mayor impacto en el servicio, mayor probabilidad de aparición y detección.
- Implementar acciones de mejora para prevenirlos.

Tabla para cuantificar la severidad del evento adverso, probabilidad de ocurrencia y probabilidad de detectar la falla antes de que ocurra el evento.

TABLA 4 CALIFICACIÓN DE SEVERIDAD DEL EVENTO SOBRE EL PACIENTE

CALIFICACION DE SEVERIDAD DEL EVENTO SOBRE EL PACIENTE SI LA FALLA SE PRESENTA		
CRITERIO	**CATEGORIA**	**CALIFICACION**
SIN DAÑO AL PACIENTE	INOCUA	1
DAÑO TEMPORAL SIN INTERNACION	MENOR	2
DAÑO TEMPORAL CON INTERNACION	MODERADA	3
DAÑO PERMANENTE	INMPORTANTE	4
DISCAPACIDAD	SEVERA	5

TABLA 5 CALIFICACIÓN DE PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE LA FALLA

CALIFICACIÓN DE PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE LA FALLA		
CRITERIO	**CATEGORÍA**	**CALIFICACIÓN**
CASI NUNCA OCURRE	REMOTA	1
OCURRE RARAMENTE, EJEM. ANUAL	BAJA	2
OCURRE POCO. EJEM. MENSUAL	MODERADA	3
OCURRE FRECUENTEMENTE. EJEM. SEMANAL O CADA 15 DIAS	ALTA	4
CASI SIEMPRE OCURRE.	MUY ALTA	5

TABLA 6 CALIFICACIÓN DE PROBABILIDAD DE DETECTAR LA FALLA ANTES DE QUE AFECTE AL PACIENTE

CALIFICACIÓN DE PROBABILIDAD DE DETECTAR LA FALLA ANTES DE QUE AFECTE AL PACIENTE		
CRITERIO	**CATEGORÍA**	**CALIFICACIÓN**
LA FALLA SERÁ SIEMPRE DETECTADA. DEL 95 AL 100%	MUY ALTA	1
LA FALLA SERÁ FRECUENTEMENTE DETECTADA ANTES DE QUE AFECTE AL PACIENTE (75 - 94%)	ALTA	2
LA FALLA NO SERÁ DETECTADA FRECUENTEMENTE ANTES DE QUE AFECTE AL PACIENTE (40 - 74%)	MODERADA	3
LA FALLA RARAMENTE SERÁ DETECTADA ANTES DE QUE AFECTE AL PACIENTE (39%)	BAJA	4
LA DETECCIÓN NO SERÁ POSIBLE EN NINGÚN PUNTO DEL PROCESO (0 A 5%)	REMOTA	5

11.6.4.1. LISTA DE POSIBLES ACCIONES INSEGURAS Y FACTORES CONTRIBUYENTES DE UN EVENTO ADVERSO EN ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES

ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES ha identificado los siguientes factores como posibles contribuyentes en la aparición de un evento adverso.

Tabla 7 LISTA DE POSIBLES ACCIONES INSEGURAS

RIESGO DE CAÍDA	
POR CONDICIONES DEL LA ESE	**CORRECTIVO**
• Desnivel en el piso • Piso resbaloso o mojado • Sillas en mal estado • Poca iluminación en áreas • Camillas en mal estado o sin barandas	• Mantener el piso en buen estado • Delimitar el área y señalizar • Arreglar las sillas o sacarlas del área • Mantener todas las áreas de la ESE bien iluminadas

	• Revisar el estado de las camillas según cronograma de mantenimientos
POR CONDICIONES DEL PACIENTE • Deficiencia visual • Tropiezos • Dificultad de movilización • Poca coordinación al desplazamiento	**CORRECTIVO** • Ayuda y acompañamiento constante para todas las condiciones • Capacitación continua al personal de enfermería. Que son los que más tiempo pasan con el paciente.

RIESGO DE HACER UN MAL PROCEDIMIENTO O PROCEDIMIENTOS QUE NO CORRESPONDEN	
POR CONDICIONES DE LA ESE • Confusión de la orden de servicios • Personal contratado sin la capacitación correspondiente • Personal poco entrenado • Desconcentración del funcionario de la ESE • Fallas en la comunicación del equipo de salud	**CORRECTIVO** • Digitar correctamente los datos del paciente y verificar por segunda vez • Verificar que los datos consignados correspondan al paciente • Revisar las ordenes escritas por el medico • Asegurarse que el paciente corresponda al mismo de la orden

RIESGO DE REPETIR PROCEDIMIENTOS	
POR CONDICIONES DE LA ESE • Fallas en los Equipos • Explicación incompleta por parte del profesional al paciente • Falta de destreza por parte del funcionario para manejar equipos o realizar el procedimiento.	**CORRECTIVOS** • Calibración y mantenimiento de los equipos según cronograma • Capacitar a los empleados de la ESE la mejor manera de explicar al paciente los procedimientos • Capacitar a los empleados sobre el manejo de equipos y reinducción permanente sobre los procedimientos.
POR CONDICIONES DEL PACIENTE • Falta de atención • Falta de cooperación por parte del paciente para la realización del examen	**CORRECTIVOS** • Asegurarse que le paciente entienda correctamente lo que se le va a realizar y si es necesario repetir.

• Incomprensión de la explicación • Problemas psíquicos o condiciones del paciente que no permitan el entendimiento	• Informar la importancia del procedimiento a realizar

RIESGO DE EMITIR UN CONCEPTO EQUIVOCO EN LA HISTORIA CLÍNICA	
POR CONDICIONES DE LA ESE • Fallas en la digitalización • Historia clínica incompleta • Historia clínica perdida	**CORRECTIVOS** • Verificar que los datos consignados correspondan al paciente y además sean claros, sin tachones para evitar errores de interpretación • Diligenciar todos los campos de la historia clínica • Entrenar a las personas de como guardar las historias clínicas y el manejo de archivo
POR CONDICIONES DEL PACIENTE • Información incompleta o sesgada • Falta de cooperación	**CORRECTIVOS** • Asegurarse que el paciente haya comprendido la pregunta correctamente y si es necesario repetir • Informar la importancia de la historia clínica y de no omitir detalles.

RIESGO DE INFECCIONES	
POR CONDICIONES DE LA ESE • Personal no entrenado en el cuidado del lavado de manos y cuidados para evitar infecciones hospitalarias • No socialización de los protocolos de Bioseguridad, limpieza y desinfección	**CORRECTIVOS** • Capacitación continua de lavado de manos y supervisión a la adherencia del procedimiento • Socialización y supervisión del manual de Bioseguridad, limpieza y desinfección.
POR CONDICIONES DEL PACIENTE • Mal manejo de los familiares que se encuentran al cuidado del paciente	**CORRECTIVOS** • Asegurarse que los familiares entiendan la importancia de la bioseguridad

• Falta de cooperación para la limpieza y las condiciones mínimas de seguridad del paciente.	• Informar la importancia de las normas de limpieza y desinfección de las áreas que rodean al paciente (habitación y equipos biomédicos)

ÁREA ADMINISTRATIVA

INCORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
POR CONDICIONES DE LA ESE	**CORRECTIVO**
• Confusión del documento con otro paciente • Falta de entendimiento o mala comunicación • Mal registro en la base de información	• Atender solo un paciente a la vez • Hablar en tono adecuado sino es posible entender al paciente corroborar la información con su documento de identificación • Verificar la información consignada en el sistema una vez terminado el registro.
ENTREGA EQUIVOCADA DE RESULTADOS	
POR CONDICIONES DE LA ESE	**CORRECTIVO**
• Confusión • Mala comunicación o entendimiento	• Verificar nombre y documento de manera verbal, antes de la entrega. • Solicitar documento para corroborar la información.

11.6.5. 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. **Ver Anexo N° 14. Formato de seguimiento a compromisos**.

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.

El equipo investigador deberá ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización. Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen.

En ese orden de ideas se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución.

De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de seguridad.

12. CAJA DE HERRAMIENTAS DE ESE JORGE ISAAC RINCON TORRES-LAJAGUA DE IBIRICO CESAR

Ilustración 7 Caja de Herramientas

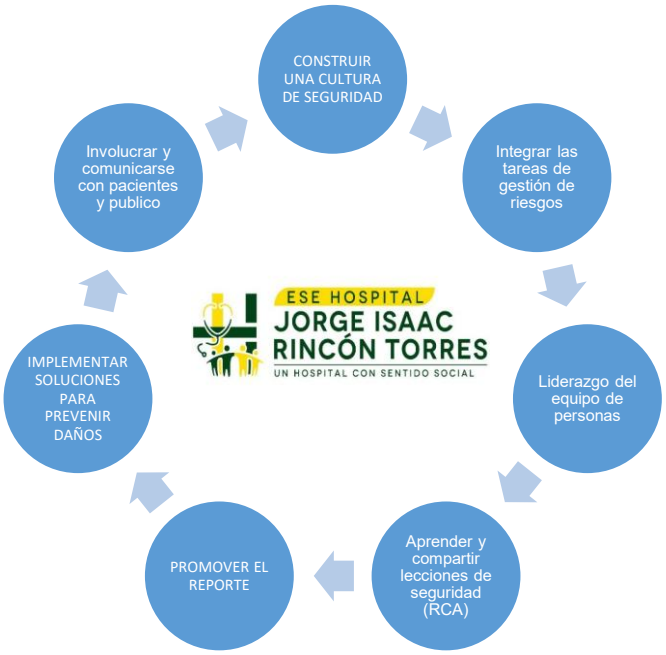


Tabla 8 CAJA DE HERRAMIENTAS

COMPONENTES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	HERRAMIENTAS O INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN REQUERIDA
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	ANEXO N° 1. Matriz de articulación de objetivos y estrategias. ANEXO N° 2. Formato acta parta la conformación del equipo referente institucional para la gestión de la seguridad del paciente y comité de seguridad del paciente especificando las funciones de cada agente. ANEXO N° 3. Cronograma de reuniones del comité de seguridad del paciente. ANEXO N° 4. Formato acta de reuniones y capacitaciones.
FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	ANEXO N° 5. Plan de capacitaciones en temas de seguridad del paciente. ANEXO N° 6. Ficha técnica indicador proporción del personal capacitado en temas de seguridad del paciente. ANEXO N° 7. Formato rondas de seguridad ANEXO N° 8. Herramienta encuesta de clima de seguridad del paciente.
REPORTE, MEDICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS	ANEXO N° 9. Formato para el reporte de Eventos adversos. ANEXO N° 10. Formato para identificar y generar la decisión de investigar el evento adverso. ANEXO N° 11. Formato para el análisis de Eventos adversos y plan de acción. ANEXO N° 12. Instructivo para el análisis de eventos adversos y plan de acción ANEXO N° 13. Formato de seguimiento a compromisos. ANEXO N° 14. Fichas técnicas de indicadores del programa de seguridad del paciente. ANEXO N° 15. Seguimiento a indicadores de seguridad del paciente. ANEXO N° 16. Formato base de datos de reportes de incidentes y sucesos adversos recibidos en el comité de seguridad del paciente.
PROCESOS SEGUROS	ANEXO N° 17. Formato herramienta AMEF

	ANEXO N°18. Formato de acciones preventivas para disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales. ANEXO N° 19. Formato de acciones preventivas para disminuir los riesgos en los procesos administrativos.

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ANEXO 1 MATRIZ DE ARTICULACIÓN DE OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
LA ESE MARINO ZULETA RAMIREZ garantiza una eficiente gestión de los riesgos asociados a la prestación de sus servicios, propiciando entornos seguros y una atención confiable.	Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.	Declaración de una política institucional de seguridad del paciente.
		Socialización y difusión de la política de seguridad de la institución.
	Fortalecer los mecanismos de identificación, registro y seguimiento de eventos adversos y acciones inseguras en los diferentes servicios de la institución.	Establecer listado base de eventos adversos presentados o que se pueden presentar.
		Rediseño de formatos de reporte de eventos adverso.
		Rondas se seguridad, a las áreas de la institución.
	Implementar técnicas para el análisis de los eventos adversos que permitan la adopción de acciones correctivas y de mejora en los diferentes servicios, mitigar el impacto de dichos eventos y evitar su recurrencia.	Definir directrices para la investigación de Eventos adversos.
		Implementación Protocolo de Londres.
		Implementación Análisis de causa raíz.
	Prevenir la ocurrencia de eventos adversos, incidentes y fallas en los procesos de atención en salud mediante el despliegue y adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de	Análisis del modo y efecto de Falla (AMEF). A través del comité de seguridad del paciente

	seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.	
	Coordinar los distintos sistemas existentes en la organización en pro de la mejora de la calidad de la atención y la generación de entornos seguros para los pacientes, sus familias y los colaboradores internos.	Seguimiento y control a sistemas generadores de entornos seguros.
	Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente inducir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.	Protocolo de manejo de pacientes ante un evento adversos.
		Asesoría al personal asistencial ante un evento adverso.

ANEXO 2 RESOLUCION CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

RESOLUCION No 608
02 DE ABRIL DE 2014

ANEXO 3 CRONOGRAMA DE REUNIONES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

CRONOGRAMA DE REUNIONES COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
																											P								P							P						

P- PROGRAMADA	A- APLAZADA	R - REPROGRAMADA	E - EJECUTADA

ANEXO 4 FORMATO ACTA DE REUNIONES

Para la verificación de este documento, se debe consultar el Listado Maestro de Documentos Vigentes, donde se encuentra registrado bajo el **código ES-MEC-GCA-F-004.** Este código permite identificar, validar y asegurar que se está utilizando la versión actual y autorizada del documento.

FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

ANEXO 5 PLAN DE CAPACITACIONES EN TEMAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CRONOGRAMA DE CAPACITACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD AL PACIENTE 2025

TEMAS	RESPONSABLES	FECHA
Estructura funcional del Programa de Seguridad del paciente (equipo referente) Rondas de seguridad	AUDITOR DE CALIDAD	
Comité de Seguridad del paciente.		
Modelo conceptual de Eventos Adversos	AUDITOR DE CALIDAD	
Modelo de gestión y análisis del Evento Adverso Sistema de reporte del Evento Adverso Tablas de detalles de riesgos Protocolo de Londres. Ruta para investigar y analizar incidentes Procedimiento para la gestión de incidente o Evento Adverso Protocolo de la entrevista.		
PRACTICAS SEGURAS		
Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	AUDITOR DE CALIDAD	
Prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	AUDITOR DE CALIDAD	
Detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.	AUDITOR DE CALIDAD	
Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden a los usuarios.	AUDITOR DE CALIDAD	
Respuesta efectiva ante emergencias.	AUDITOR DE CALIDAD	

ANEXO 6 . FORMATO RONDAS DE SEGURIDAD

FECHA DE VISITA		AUDITOR	

LISTA DE CHEQUEO RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		FECHA:		FECHA:		FECHA:		FECHA:			FECHA:	
		SERVICIO:	OBSERVACION	SERVICIO:	PROCEDIMIENTO	SERVICIO:	TOMA DE MUESTRA LABORATORIO CLINICO	SERVICIO:			SERVICIO:	
No.	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL USUARIO	CUMPLE	OBSERVACIONES	CUMPLE	OBSERVACIONES	CUMPLE	OBSERVACIONES	CUMPLE	OBSERVACIONES		CUMPLE	OBSERVACIONES
1	El usuario cuenta con la manilla de identificacion.	0		0		NA						
2	La manilla de identificación está completamente diligenciada, legible y en buen estado.	0		0		NA						
3	El nombre y número de documento corresponde al usuario que lo porta	0		0		NA						
4	El funcionario verifica en forma verbal y visual la correspondencia de los datos de identificación del usuario frente a ingreso, traslado y/o preprocedimiento	0		1		0						
5	Si se trata de un recién nacido, verifique que porte la manilla de identificación con los datos correctos de la madre.	0		NA		0						
6	El usuario cuenta con rotulo a tablero de identificacion en el cubículo habitacion.	0		0		NA						
7	El rotulo a tablero del cubículo habitacion está completamente diligenciado.	0		0		NA						
8	Verificar que los usuarios con alergias estén identificados mediante manilla, aviso visible en la historia clínica, tableta de identificación en la habitación o cama.	0		0		NA						
TOTAL		0		1		0		0			0	
% CUMPLIMIENTO		0		13		0		0			0	
No.	RIESGO DE INFECCIONES	CUMPLE	OBSERVACIONES	CUMPLE	OBSERVACIONES	CUMPLE	OBSERVACIONES	CUMPLE	OBSERVACIONES		CUMPLE	OBSERVACIONES

ANEXO 7 ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CATEGORÍAS	PREGUNTA EN LA ENCUESTA
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS ENCUENTROS	1.¿Cual es su principal área de trabajo, en esta institución?
	H1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?
	H2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?
	H3. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?
	H4.¿Cual es su cargo en la institución actualmente?
	H5.¿En su cargo, tiene usted interacción directa o contacto con los pacientes?
	H6.¿Cuanto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MANEJAREMOS LA SIGUIENTE ESCALA:

ESCALA DE CALIFICACIÓN	RESULTADO
Muy en desacuerdo/ en desacuerdo	1 o 2
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3
De acuerdo/ Muy de acuerdo	4 o 5

EXPECTATIVAS Y ACCIONES DEL SUPERVISOR O DEL ADMINISTRADOR QUE PROMUEVEN LA SEGURIDAD	B1. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes.	
	B2. Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente.	
	B3. Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes.	
	B4. Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez.	

INSTRUCTIVO PARA LA TABULACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El cuestionario consta de nueve secciones de la A hasta la I en las que se evalúa el área o unidad de trabajo, el supervisor, la comunicación, la frecuencia de incidentes reportados, el grado de seguridad del paciente, la IPS, el número de incidentes reportados, la información general y por último los comentarios. En total son 51 preguntas cerradas **FORMULADAS EN NEGATIVO Y POSITIVO** y para valorar cada ítem se usa una escala tipo Likert de cinco grados de acuerdo con cada sección. Para las secciones **A-B y F:** muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo; para las secciones **C y D:** nunca, rara vez, algunas veces, la mayoría del tiempo, siempre; para la sección **D:** excelente, muy bueno, aceptable, pobre, malo. La sección G refiere el número de incidentes reportados en los últimos doce meses: ninguno, 1-2, 3-5, 6-10, 11-20 y 21 reportes/incidentes o más. La sección **H** consta de siete preguntas de selección cerradas.

Para facilitar la visualización de los resultados las dos categorías de respuesta más bajas se combinaron: muy en desacuerdo/en desacuerdo y nunca/rara vez, y son consideradas respuestas negativas. Las dos opciones de respuesta más altas también se agruparon: de acuerdo/muy de acuerdo y la 32 mayoría del tiempo/siempre, y se consideran respuestas positivas. Los puntos medios de las escalas se reportan como una categoría separada ni de acuerdo ni en desacuerdo/algunas veces, y son consideradas como respuestas neutrales. A continuación, ítem por ítem se estableció el número total de respuestas válidas para cada uno y se tabularon las respuestas positivas, las negativas y las neutras para ese ítem.
Para la interpretación solamente se tabularon las respuestas positivas. Los ítem redactados en negativo con respuestas negativas serán tabulados como respuestas positivas, así mismo, los ítems que estén redactados en positivo que tengan respuesta positiva serán tabulados como positivos.

Esta codificación permite calcular las frecuencias relativas de cada categoría, para cada uno de los ítems y el indicador compuesto de cada dimensión.
Para calcular la frecuencia de respuesta positiva según El manual del usuario de la AHRQ, se usó la siguiente formula:

$$\frac{\text{Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Total, de respuestas válidas en los ítems de una dimensión}}$$

Conforme al documento mencionado se identificaron las fortalezas según el siguiente criterio:
≥ 75% de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en positivo.
≥ 75% de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o nunca/raramente) a preguntas formuladas en negativo.
Para cada ítem o una dimensión se califica como oportunidades de mejora:
≥ 50% de respuestas negativas (en desacuerdo/muy en desacuerdo o raramente/nunca) a preguntas formuladas en positivo.
≥ 50% de respuestas positivas (de acuerdo/muy de acuerdo o casi siempre/siempre) a preguntas formuladas en negativo.

ANEXO 8 FORMATO REPORTE EVENTO ADVERSOS

Nombre del Paciente						
No Identificación						
Edad		**Sexo**	Femenino		Masculino	
Diagnóstico						
EAPB						
Fecha De Notificación						
Servicio/Área Donde Ocurrió El Evento:						
Fecha de ocurrencia del EVENTO:		**Hora**				
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO						
INFORMACIÓN DEL REPORTANTE						
PERSONA QUE REPORTA:						
CARGO DE LA PERSONA QUE REPORTA:						
SERVICIO:						

ANEXO 9 FORMATO INVESTIGACION EVENTOS ADVERSOS

EPS		HORA	

DESCRIPCION DEL EVENTO

NOMBRE DEL EVENTO

ACCIONES INSEGURAS	SI	NO	OBSERVACIONES
ACCION			
OMISION			
NEGLIGENCIA			
IMPERICIA			
IMPRUDENCIA			
IATROGENIA			

CLASIFICACION DEL EVENTO			
INCIDENTE		EVENTO MEDICAMENTOSO	
COMPLICACION		REACCION MEDICAMENTOSA	
EVENTO ADVERSO		EVENTO POR DISPOSITIVO	
EVENTO CENTINELA		EVENTO EXTRAINSTITUCIONAL	

IDENTIFICACION DE FACTORES CONTRIBUTIVOS DE LAS ACCIONES INSEGURAS DETECTADAS

IDENTIFICACION DE FACTORES CONTRIBUTIVOS DE LAS ACCIONES INSEGURAS DETECTADAS		
Paciente		**Descripción**
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/ayudas diagnósticas para toma de decisiones		
Individuo		
Conocimiento, Habilidades y Competencia		
Salud Física y/o mental		
Equipo de Trabajo		
Comunicación verbal y/o escrita		
Supervisión y disponibilidad de soporte		
Estructura del Equipo (consistencia, congruencia, etc.)		
Ambiente		
Personal Suficiente		
Mezcla de Habilidades		
Carga de trabajo		
Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos		
Soporte administrativo y gerencial		
Clima laboral		
Ambiente Físico (Luz, espacio, ruido, etc.)		
Contactos Externos		

IDENTIFICACIÓN DE FALLAS LATENTES (Organización y Cultura)
Decisiones Gerenciales ⬭ Procesos Organizacionales ⬭ No Aplica ⬭

RESUMEN DEL EVENTO

ACCION INMEDIATA

PLAN DE MEJORAMIENTO	
QUE	
QUIEN	
CUANDO	
DONDE	
COMO	
PORQUE	

PROCESOS SEGUROS

12.1. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 1

ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

 # 1. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES.
OBJETIVO GENERAL
Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la identificación de los pacientes y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir la posibilidad de eventos adversos relacionados.
OBJETIVO ESPECIFICO
▪ Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica relacionados con la identificación del paciente. ▪ Identificar cuáles son los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen los errores en la identificación del paciente. ▪ Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces y su aplicación para mitigar los errores en la identificación del paciente.
ALCANCE
La buena práctica aplica a todos los colaboradores de la institución
JUSTIFICACION
La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores, la Comisión conjunta, en Estados Unidos de América, ubicó la mejora de la exactitud de la identificación del paciente en el primer lugar de sus objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003 y éste continúa siendo un requisito para la acreditación. La Organización Mundial de la Salud, OMS, incluye la identificación de pacientes dentro de las «Nueve soluciones para la seguridad del paciente» a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo. 13 estandarizar los procesos de atención, tales como bandas de identificación del paciente, es una forma importante de reducir los riesgos de seguridad del paciente.

Teniendo en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales presentados anteriormente, con el fin de fomentar el conocimiento, las competencias y habilidades para una práctica de atención que permita detectar, prevenir y reducir los errores en identificación de los pacientes, se presentan a continuación tanto las fallas activas como las fallas latentes más frecuentes relacionadas con este tipo de errores de identificación, así como las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores en la atención.

GLOSARIO

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

VERIFICACIÓN CRUZADA: procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ejemplo: verbal y a través de brazalete.

BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN: las pulseras de identificación, pulseras de control, pulseras de seguridad o pulseras de control de acceso son brazaletes de distintos materiales y apariencias que cumplen con la función de identificar a un individuo o grupos de personas para lograr un rápido control de ingreso a eventos o lugares de concurrencia masiva

ACCIONES INSEGURAS

- Mal diligenciamiento de la historia clínica
- No aplicación del protocolo de historias clínicas
- Identificación del paciente por medio de datos diferentes a los personales
- No verificación de la información del paciente durante la atención.
- Procesos de captura de datos incompletos de mala calidad o equivocados
- No aplicación del procedimiento de identificación del paciente

BARRERAS DE SEGURIDAD

- Realizar una adecuada identificación del paciente, tomando todos los datos completos, teniendo en cuenta siempre en la identificación los dos nombres y los dos apellidos, además del número de documento de identificación.
- Diligenciamiento total de identificación en el formato de la historia clínica.
- La atención en la consulta externe verificar la información con el paciente y la historia clínica, realizando el llamado con los 2 nombres y 2 apellidos completos del paciente.
- Se revisarán semestral a través de la observación y con encuestas al paciente, para verificar el cumplimiento en el proceso de identificación.
- Utilizar pulseras de identificación de pacientes y anotar los datos del paciente en la tarjeta de identificación de cabecera una vez ingrese el paciente

MONITOREO Y SEGUIMINETO
Porcentaje de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente.

12.2. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 2

GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES

2. GESTIONAR Y DESARROLLAR LA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDEN Y CUIDAN A LOS PACIENTES
OBJETIVO GENERAL
Desarrollar y fortalecer destrezas, habilidades y competencias para el adecuado proceso de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
OBJETIVO ESPECIFICO
▪ Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes. ▪ Identificar los factores contributivos o fallas en la atención que favorecen la ocurrencia de los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes. ▪ Incentivar la generación de acciones administrativas y políticas que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes. ▪ Estandarizar el proceso de la comunicación interinstitucional e interinstitucional como barrera y defensa de seguridad eficaz para evitar la ocurrencia de eventos adversos asociados a la comunicación. ▪ Identificar las fallas más comunes en la atención relacionados con brechas en la circulación de la información que originan eventos adversos ▪ Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica que se presentan por problemas de comunicación entre las personas que participan en el proceso de atención a los pacientes, que cuidan y atienden a los pacientes.
ALCANCE
La buena práctica aplica a todos los colaboradores de la institución
GLOSARIO
COMUNICACIÓN: la comunicación es un acto esencial del ser humano. El hombre es un ser social que se comunica, se relaciona y que, por su necesidad de interactuar con su entorno, transmite informaciones con la intencionalidad de crear unos efectos en el objeto de recepción de esa información. A través de nuestros sentidos, somos capaces de percibir e interpretar la multitud de información que recibimos en todo momento.

ACCIONES INSEGURAS

1. Comunicación no efectiva durante el proceso de atención entre el personal que interactúa en dicho proceso.
2. Utilización de acrónimos y siglas en la historia clínica.
3. No tener una comunicación apropiada durante los cambios de turno y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.
4. La comunicación no efectiva con el paciente

BARRERAS DE SEGURIDAD

- Instaurar comunicación preventiva, persona a persona.
- Hacer de la comunicación un proceso activo, entre profesionales de la salud, los pacientes y las familias.
- Verificar la comprensión por parte del personal asistencial de las órdenes médicas verbales y escritas (redundancia).
- capacitación en comunicación clínica.
- Mejorar las relaciones entre el personal asistencial (médicos- auxiliares), a través de diferentes medios visuales, textuales, auditivos y personas (orientadores, facilitadores).
- Documentar la utilización de acrónimos con base en la normatividad vigente y con la tecnología presente.
- Estandarizar el uso de abreviaturas y dosis estandarizadas en la prescripción de medicamentos.
- Programas de capacitación permanente sobre la normatividad vigente sobre historia clínica y su confidencialidad, el reporte claro y racionalidad técnico-científica de la misma.
- Creación y activación del comité de historias clínicas y registros.
- Auditoria constante de historias clínicas.
- Generar una comunicación oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe
- Garantizar una transmisión clara de cambios en la atención del paciente.
- Generar canales de comunicación: cara a cara, por ejemplo, trabajadores de salud, compañeros y miembros de la familia.
- Verificar la comprensión por parte del paciente y familia de las órdenes médicas verbales y escritas.
- Invitar al paciente a preguntar e indagar sobre su condición
- Dedicar tiempo extra a explicar a los pacientes la información en un lenguaje no técnico.

- Proceso de comunicación de acuerdo al enfoque diferencial: Identificar posibles interferencias en el proceso de comunicación, a continuación, se relacionan algunas

de las interferencias que se pueden presentar en el proceso de comunicación de acuerdo al enfoque diferencial:

- ✓ **Interferencias cognitivas:**
  - Incapacidad del paciente para expresarse de manera comprensible
  - Creencias mágicas o fuertes convicciones sobre aspectos del enfermar y sanar
  - Creencias del personal de salud que tienden a ignorar los aspectos psicosociales del paciente.

- ✓ **Interferencias emocionales:**
  - Paciente con diagnóstico relacionado de trastorno mental o emociones extremas (conducta agresiva)
  - Personal de salud disfuncional, excesiva proyección sobre el paciente

- ✓ **Interferencias sociales:**
  - Notable diferencia sociocultural entre el personal de salud y el paciente
  - Pacientes con deficiencias de lenguaje, escucha y vista (mudos, sordos y ciegos).
  - Dificultad para relacionarse con pacientes que manejen un idioma distinto al personal de salud.

Manejar posibles interferencias en el proceso de comunicación. a continuación, se presentan algunas recomendaciones para ser tenidas en cuenta en el manejo de interferencias dado una comunicación efectiva de acuerdo al enfoque diferencial.

- ✓ **Manejo de interferencias cognitivas:**

  - En el caso de usuarios adultos mayores, disminución auditiva, usuarios con trastorno mental, y personas que manejen un idioma diferente al español y que presenten dificultad para hacerse entender es necesario solicitar la compañía de un familiar que comprenda exactamente la manera cómo se expresa el paciente, con el fin de tener seguridad en lo que éste desea comunicar y lo que el personal de salud le comunica o informa.
  - Si el paciente presenta rechazo a algún tratamiento médico relacionado con sus creencias culturales y personales, es necesario registrar en la historia clínica la constancia voluntaria por parte del paciente de rechazar el tratamiento a través del formato de desistimiento informado.

- ✓ **Manejo de interferencias emocionales:**
  - En caso de que el paciente muestre una conducta agresiva y ésta esté relacionada con información que requiere el paciente, el personal de salud mostrará sus habilidades de comunicación sugiriéndole al paciente que vuelva a la calma y le dará una información precisa y resolutiva sobre su solicitud.
  - Si se identifica un comportamiento patológico relacionado con trastorno mental se dará aviso al personal médico para que realice la respectiva valoración y apoyo médico.
  - El Comité de Seguridad del Paciente de la E.S.E intervendrá en caso de identificar que un miembro del personal de salud manifiesta comportamientos ofensivos, grotescos, o irrespetuosos en el proceso de comunicación con los pacientes, realizará proceso de mejora con el funcionario con el fin de evitar otros incidentes.

- ✓ **Manejo de interferencias sociales:**
  - En caso de presentarse marcadas diferencias socioculturales y sociales entre el personal de salud y el paciente, el personal de salud tendrá en cuenta en el proceso de comunicación expresarse en un lenguaje claro y comprensible por el usuario, mantendrá un ambiente cómodo y agradable que ofrezca confianza y respeto al usuario.

- ✓ **Manejo de la comunicación**:

Manejar adecuadamente la comunicación no verbal para lograr una comunicación efectiva. A continuación, se relacionan algunas recomendaciones a tener en cuenta en el manejo de la comunicación no verbal.

  - El personal al relacionarse con el usuario mantendrá una vestimenta adecuada y pulcra, y su manera de arreglarse el cabello, uñas, y maquillaje estarán a tono con su vestuario.
  - En las consultas médicas y en cualquier otro contacto que se establezca con el usuario el personal se asegurará de realizar un adecuado uso de la voz, volumen, entonación, claridad, velocidad, timbre, tiempo de habla, pausas – silencios en la conversación y fluidez del habla.
  - En las consultas y en cualquier otro contacto que se establezca con el usuario el personal tendrá en cuenta la posición del usuario:

- Posición abierta: el usuario tiene una postura relajada y sin defensa.
- Posición cerrada: la postura es de defensa (cruce de brazos y piernas)
- Posición de huida: representa un deseo de finalizar el encuentro y no vinculación con la relación.
- En cada caso el personal de salud tomará una actitud proactiva y entablará una comunicación efectiva con el paciente logrando ofrecer de forma clara y personalizada el mensaje al usuario.

- Realizar un adecuado uso de los gestos, la mirada, los silencios deben demostrar el interés que se tiene en el proceso de comunicación con el usuario.
- Manejar adecuadamente la comunicación Verbal con el fin de lograr una comunicación efectiva.
- Hablar despacio
- Utilizar las frases cortas
- Utilizar términos comprensibles
- Pronunciar con seguridad
- Evitar validaciones o cambios bruscos de tema-
- Al dar información relevante en la conversación como despacho de una fórmula médica, recomendaciones de autocuidado, explicación de tratamiento médico, solicitud de laboratorios, explicación de procesos administrativos, el personal de salud debe asegurarse que el usuario comprendió el mensaje, para lo cual puede preguntar al usuario el proceso que explicó con frases como: “favor me comenta qué cuidados va a tener en casa”.
- Manejar adecuadamente la comunicación escrita en los registros clínicos.
- El personal médico deberá diligenciar la historia de forma correcta y completa, codificar correctamente las patologías del CIE 10, cero tachones y enmendaduras
- Evaluar y realizar seguimiento al proceso de comunicación efectiva a través de los resultados de las encuestas de satisfacción al usuario donde se indaga al usuario sobre la información recibida por parte del personal que lo atendió mediante el formato, el comité de seguridad del paciente retroalimentará a las diferentes áreas los resultados.

MONITOREO Y SEGUIMIENTO

- Porcentaje de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la comunicación entre el personal que atienden y cuidan a los pacientes**.**

12.3. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 3.

DETECTAR PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCION.

3. DETECTAR PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCION.
OBJETIVO GENERAL
Fortalecer en todos los trabajadores de la salud el conocimiento técnico sobre las infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS), así como las competencias y habilidades para su prevención, reducción y/o detección temprana, por medio de la aplicación de prácticas seguras.
OBJETIVO ESPECIFICO
Identificar los errores o fallas más comunes e impactantes en la práctica de atención que ponen en riesgo al paciente de adquirir infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS). ▪ Identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de errores o fallas relacionados con infecciones asociadas con la atención en salud. ▪ Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces, así como su aplicación para mitigar las fallas en la atención relacionadas con infecciones asociadas a la atención en salud. ▪ Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados durante el seguimiento tanto para la aplicación de prácticas seguras como para la diminución de fallas relacionadas con infecciones asociadas a la atención en salud. ▪ Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas segura
ALCANCE
La buena práctica aplica a todos los colaboradores de la institución.
JUSTIFICACION
Siendo la seguridad del paciente un reto mundial, en el año 2002 la 55ª Asamblea Mundial de Salud convocó a los países a prestar mayor atención al tema reforzando sus sistemas de seguridad y control. En 2004 esta asamblea en su versión Nº 57 aprobó la creación de una alianza internacional enfocada a mejorar la seguridad del paciente. Dicha Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue lanzada en octubre de 2004 y una de sus líneas de acción es el reto mundial por la seguridad del paciente que con el programa "**Una**

Atención Limpia es una Atención Más Segura" (2005 – 2006) abarca aspectos relacionados con higiene de las manos, seguridad de las inyecciones, de las intervenciones quirúrgicas, el uso de la sangre y el entorno asistencial. Su tema principal es el de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria producidas a nivel mundial, que se encuentran entre las principales causas de muerte e incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. El programa busca contribuir en la reducción de estas infecciones y lograr el reconocimiento universal de que su control es una base indispensable para la seguridad del paciente. La campaña "Salve Vidas: Límpiese las Manos" es un componente de este programa y se ha enfocado en concienciar a los trabajadores de la salud acerca de la necesidad de que mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos en el momento oportuno, así como de la forma apropiada de limpiarlas con el fin de contribuir en la reducción de la propagación de infecciones potencialmente letales en los establecimientos de atención en salud.

En Colombia las estadísticas revelaron un promedio histórico para el periodo 2002 – 2006 con una tasa de IAAS que fue del 13,9% x 1000 días / estancia, mientras que en Bogotá el índice global de IAAS fue de aproximadamente 2,4 por 100 egresos hospitalarios.

Teniendo en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales presentados anteriormente y con el fin de fomentar el conocimiento, las competencias y habilidades para una práctica de atención que permita detectar, prevenir y reducir las infecciones asociadas con la atención en salud, se presentan a continuación tanto las fallas activas como las fallas latentes más frecuentes relacionadas con este tipo de infecciones así como las prácticas seguras para mitigar el riesgo de errores en la atención.

ACCIONES INSEGURAS POTENCIALES

1. omisión en la higiene de manos según los 5 momentos de la OMS.
2. La inadecuada asepsia y antisepsia de la herida.
3. Inadecuada colocación de catéteres.
4. No inserción aséptica de sondas urinarias estériles.
5. Uso de técnica inadecuada durante la inserción del catéter.
6. Errores en la técnica general para la ejecución de los procedimientos.
7. incumplimiento de los procedimientos de manuales y guías como son:
   - Procedimiento de lavado de manos
   - Manual de limpieza y desinfección de superficies y equipos médicos
   - Manual de bioseguridad
   - Manual de manejo de residuos hospitalarios.
8. No aplicación de normas de bioseguridad.

BARRERAS DE SEGURIDAD A IMPLEMENTAR

1. Educación continuada de los manuales y protocolos establecidos para la atención para la prevención de infecciones.
2. Evaluar semestral la adherencia a los manuales y protocolos asistenciales.
3. Realizar trimestralmente rodas y encuestas de seguridad para evaluar la aplicación del procedimiento de lavado de manos.
4. Realizar lista de chequeo para el cumplimiento del lavado de manos tanto la parte asistencial como el correcto funcionamiento de los dispensadores, contar siempre con suministro de jabón en los dispensadores y la aplicación del protocolo para lavado de manos.
5. Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol glicerinado en la higiene de manos.
6. Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado de las manos.
7. Gestionar la disposición de desechos hospitalarios y normas de bioseguridad.
8. Aplicación de los 5 momentos recomendados por la OMS en el lavado de manos
9. Adecuada técnica para aplicación de inmunobiológicos

INDICADORES

1. Infecciones asociadas a la atención en salud

12.4. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 4.

GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS CONSENTIMIENTO INFORMADO.

4. GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS CONSENTIMIENTO INFORMADO
OBJETIVO GENERAL
Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la aplicación de prácticas seguras, tener claramente definido la consecución, verificación y entendimiento del consentimiento Informado, desarrollando y fortaleciendo destrezas y competencias relacionadas con la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, para que no se presenten errores en la atención y disminuir así la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionados
OBJETIVO ESPECIFICO
▪ Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica relacionados con la funcionalidad de los procedimientos del consentimiento informado. ▪ Identificar los factores contributivos que favorecen los errores en los procedimientos del consentimiento informado. ▪ Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de los errores en los procedimientos del consentimiento informado. ▪ Implementar buenas prácticas que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado. ▪ Identificar habilidades de comunicación y diálogo más eficaces para el entendimiento del consentimiento informado.
ALCANCE
La buena práctica aplica a todos los colaboradores de la institución
GLOSARIO
ACCIONES DE REDUCCIÓN DEL 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: es un procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto a todos los alcances de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa propuesta por el profesional de salud con total conocimiento de esta decisión, lo cual debe constar por escrito.

ACCIONES INSEGURAS

- Omisión del consentimiento informado o ausencia en la historia clínica o diligenciamiento incompleto
- Personal que no verifica el entendimiento del consentimiento informado.

BARRERAS DE SEGURIDAD

- Capacitación sobre la importancia de una cultura de consentimiento informado y la importancia legal del mismo.
- Ronda de seguridad que incluya revisión de la Historia clínica al azar con sus respectivos anexos.
- Informar al paciente sobre la importancia de conocer y solicitar información acerca de los procedimientos asistenciales a los que es sometido.
- Informar al paciente sobre los beneficios, riesgos de su tratamiento, procedimiento o examen con palabras entendibles.
- Informar al paciente y a su familia sobre la voluntariedad o libertad del consentimiento informado y sobre el responsable en caso de que el paciente no tenga las condiciones de dar el consentimiento por sí mismo.
- Disponibilidad del formato de consentimiento informado en el lugar de trabajo
- Verificación de la adopción del procedimiento de consentimiento informado a través de la estrategia de paciente trazador.

MONITOREO Y SEGUIMINETO

1. Proporción de consentimiento informado adecuadamente diligenciado

12.5. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 5

MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y FORTALECER LA TECNOVIGILANCIA

 # 5. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y FORTALECER LA TECNOVIGILANCIA.
OBJETIVO GENERAL
▪ Identificar cuáles son los errores o fallas más comunes e impactantes en el uso de medicamentos y en la gestión de dispositivos médicos. ▪ Identificar cuáles son los factores contributivos de mayor impacto que favorecen la aparición de riesgo en la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos. ▪ Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en la aplicación de tecnovigilancia y farmacovigilancia para minimizar riesgos en la atención en salud.
OBJETIVO ESPECIFICO
▪ Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces para prevenir la aparición del riesgo en la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos o mitigar sus consecuencias. ▪ Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales) que velen por la prevención del riesgo en la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos. ▪ Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de la aplicación de prácticas seguras y disminución de los riesgos en el uso de medicamentos y dispositivos médicos. ▪ Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.
ALCANCE
La buena práctica aplica a todos los colaboradores de la institución
JUSTIFICACION
Los errores de medicación y sus consecuencias negativas, siguen constituyéndose en un grave problema de salud pública, no solo por las repercusiones ya conocidas desde el punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque la desconfianza de los pacientes en el sistema perjudica a los profesionales e instituciones prestadoras de salud. Los errores relacionados con medicamentos constituyen la principal causa de eventos adversos en los hospitales, representando un 19,4% del total de lesiones que producen discapacidad o muerte. Es posible afirmar que los errores de medicación representan la tercera causa más frecuente de

aparición de eventos centinela (11,4%) notificados a la JCI (The Joint Commission). Bates et al, describieron que, de los eventos adversos relacionados con la medicación, un 40% estaban relacionados con la administración de medicamentos.

El 25% de los eventos adversos que se producen durante la administración de medicamentos se deben a falta de conocimientos en relación con el fármaco. El 17% de los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos se deben a la falta de información en relación con el paciente.

Asimismo, la tecnovigilancia juega un papel crucial en la identificación y mitigación de riesgos asociados con dispositivos médicos. Un manejo inadecuado de estos dispositivos puede generar fallas en los tratamientos, afectando la seguridad y bienestar del paciente. La tecnovigilancia, junto con la farmacovigilancia, permite una mejor supervisión y control sobre los productos utilizados en la atención en salud, disminuyendo la posibilidad de eventos adversos y promoviendo una cultura de seguridad.

Teniendo en cuenta los antecedentes presentados, y con el fin de disminuir los errores en medicamento, a continuación, se exponen las principales fallas y las prácticas seguras que evitarán la presencia de eventos o errores asociados al uso de medicamentos en las instituciones.

ACCIONES INSEGURAS POTENCIALES

Los procesos inseguros en la utilización de medicamentos son:

- Administración de la dosis errónea.
- No Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes para los pacientes.
- No adherencia al protocolo de administración segura de medicamento.
- Inadecuada técnica de aplicación de inmunobiológicos
- Almacenamiento inadecuado de los medicamentos.
- Compra de medicamentos que no cuentan con Registro Sanitario Vigente del INVIMA.
- Recepción de medicamentos defectuosos.
- No aplicación de medicamentos con los 5 correctos
- No consulta de alerta de farmacovigilancia en el INVIMA
- Restricción de uso de órdenes verbales
- Mal manejo de derrame de ruptura de medicamentos
- Uso inadecuado de dispositivos médicos sin verificación previa.
- Falta de mantenimiento preventivo en los dispositivos médicos.
- No reporte de incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos.
- Uso de equipos sin calibración ni certificación vigente.

BARRERAS DE SEGURIDAD

- Aplicación del medicamento por personal con la competencia técnica suficiente.
- Evitar el uso de abreviaturas.
- Aplicación del procedimiento 5 Correctos en la administración del medicamento.
- Gestionar condiciones adecuadas de almacenamiento.
- Aplicación de protocolo de administración de medicamento e inmunobiologico.
- Restricción de uso de órdenes verbales
- Aplicación de protocolo de manejo de derrame y ruptura de medicamentos
- Implementación de registros adecuados de fallas en dispositivos médicos.
- Monitoreo y control de la vida útil y mantenimiento de los dispositivos médicos.
- Aplicación de estrategias de trazabilidad en dispositivos médicos.

INDICADORES

1. Proporción de reacciones adversas a medicamentos
2. Identificación de alerta de medicamentos
3. Reporte de incidentes adversos asociados con dispositivos médicos.

12.6. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 6

PROCESO PARA LA PREVENCION Y REDUCCION DE LA FRECUENCIA DE CAIDAS

 # 6 PROCESO PARA LA PREVENCION Y REDUCCION DE LA FRECUENCIA DE CAIDAS.
OBJETIVO GENERAL
Fortalecer destrezas, competencias y desarrollar habilidades en todos los integrantes del equipo de salud, los pacientes y sus cuidadores para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones.
OBJETIVO ESPECIFICO
Identificar los errores o fallas más comunes que pueden ocasionar caídas durante la atención. Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de caídas durante el proceso de atención. Detectar cuáles son las fallas en la atención que pueden contribuir a la aparición de caídas en los pacientes. Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de caídas en la atención del paciente. Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de caídas en las instituciones. Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados tanto para el seguimiento a la aplicación de prácticas seguras como para la disminución de aparición de caídas en las instituciones. Presentar las experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.
ALCANCE
La buena práctica aplica a todos los colaboradores de la institución
JUSTIFICACION
Las caídas son el incidente de seguridad más común en pacientes hospitalizados. Las caídas son el 32% de los reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Las caídas son la primera causa de muerte relacionada con una lesión no intencional. El 20% de las personas mayores que sufren de fractura de cadera se mueren en un año.

Las lesiones son la quinta causa de muerte en los adultos mayores de 65 o más, después de enfermedades cardiovasculares, cáncer, infarto, y causas respiratorias. Las caídas causan 2/3 de estas muertes. La mayoría de caídas no causan la muerte pero del cinco al 10% de estas caídas resultan en serias lesiones, como fracturas o lesiones de cráneo. Por otra parte, el personal de enfermería y las familias de los pacientes tienen sentimientos de culpa y ansiedad, por lo tanto las caídas y sus consecuencias negativas representan un problema considerable en los hospitales y requieren de la implementación de una estrategia para prevenir este evento no deseado.

Teniendo en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales presentados anteriormente, con el fin de fomentar el conocimiento, las competencias y habilidades para una práctica de atención que permita detectar, prevenir y reducir las caídas durante la atención en salud, se presentan a continuación tanto las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con este tipo de evento adverso así como las prácticas seguras para prevenirlas durante la atención.

ACCIONES INSEGURAS

Acciones inseguras de caídas accidentales:

- Piso húmedo por derramen
- Falta de iluminación
- Muebles en sitio que obstaculice el fácil acceso al paciente
- Tropezones por piso en desnivel

Caídas fisiológicas anticipadas: se presentan en tropezones o resbalones en pacientes por:

- Dificultad para caminar
- Antecedentes de caídas
- Incapacidad mental o cognitiva
- Paciente con necesidad de auxiliares para acompañar la marcha

Caídas fisiológicas no anticipadas: no se esperan y no son predecibles la primera vez, el objetivo es prevenir una segunda caída; se presentan en pacientes con:

- Desmayos o mareos.
- Ataques epilépticos.
- Fracturas patológicas de cadera.
- Medicamentos (antidepresivos, diuréticos

BARRERA DE SEGURIDAD A IMPLEMENTAR

- Implementación y aplicación de la lista de chequeo para identificar condiciones de riesgos del paciente, esta se realizara cada seis meses.
- Aplicación de escala de JH DOWTON
- Ubicar un aviso reflector cuando el piso este mojado.
  - No tener obstáculos en área de circulación.

- Indagar en la recepción al paciente sobre las patologías asociadas a caídas para darle manejo durante la atención, lo cual los pacientes que por su patología tienen un alto riesgo de caídas serán identificados y acompañados por parte del personal al área de consulta.
- Dar atención prioritaria a los pacientes de riego alto.
- Realizar acompañamiento a pacientes de riegos altos durante la atención cuando no tengan acompañante.
- La atención a estos pacientes se hace de inmediato, lo cual se tomara la información por el familiar y/o acompañante para el diligenciamiento inicial de la historia clínica.
- Mantener las barandas de las camillas arriba y explicar al paciente la importancia de esto.
- Asegurar la buena iluminación.
- Tener los soportes de apoyo en el baño de los pacientes con movilidad reducida o discapacitados.
- Realizar revisión a las áreas donde se requiere el uso de piso antideslizante.

INDICADORES

1. Proporción de caídas del paciente

12.7. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 7.

GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO

 # 7. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO
OBJETIVO GENERAL
Fortalecer el conocimiento técnico en la atención segura de la gestante y el recién nacido así como las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores y disminuir los riesgos en la atención.
OBJETIVO ESPECIFICO
▪ Identificar los errores o fallas más comunes e impactantes en la atención a la ▪ gestante y el recién nacido. ▪ Identificar los factores contributivos más comunes y de mayor impacto que ▪ favorecen la aparición de errores o fallas en la atención a la gestante y el recién ▪ nacido. ▪ Identificar las barreras y defensas de seguridad más eficaces, así como su aplicación ▪ para mitigar las fallas en la atención a la gestante y el recién nacido. ▪ Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados tanto para ▪ el seguimiento a la aplicación de prácticas seguras como para la disminución ▪ de fallas en la atención a la gestante y el recién nacido. ▪ Presentar las experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas ▪ seguras.
ALCANCE
La buena práctica aplica a todos los colaboradores de la institución
JUSTIFICACION
En el año 2000 la ONU estableció dentro de los ODM (objetivos de desarrollo del milenio) la meta 5A que consiste en reducir a tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015. Esta meta busca ser apalancada por la meta 5B que se refiere al logro del acceso universal a servicios de salud reproductiva. En general, la mayor parte de muertes maternas tiene lugar después del parto, generalmente durante las 24 horas siguientes. Aproximadamente la cuarta parte de las muertes ocurre durante el embarazo y alrededor del 15% durante el parto.

La investigación ha demostrado que los recién nacidos que pierden a sus madres tienen menos probabilidades de sobrevivir.

Entre los años 1990 y 2000, la tasa anual de descenso de la razón de mortalidad materna en el mundo fue del 1,4%, y entre 2000 y 2013 se logró una tasa de descenso de 3,5%. Según estos datos, se estima que en el contexto mundial hubo 289.000 muertes maternas en 2013, lo cual representa una reducción del 45% con respecto a 1990

En Colombia, entre los años 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna evidencia un comportamiento de descenso, según datos reportados por la OMS16, que inicia con una medición de 100 por 100.000 nacidos vivos en 1990 y hasta alcanzar una tasa de 83 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2013. Sin embargo, estos datos han llevado a la OMS a catalogar a Colombia como un país con “progreso insuficiente” en la disminución de la tasa de mortalidad materna.

Dentro de las principales complicaciones causantes del 80% de las muertes maternas se encuentran:

- Las hemorragias graves (en su mayoría en las primeras 24 horas del postparto).
- Las infecciones (generalmente tras el parto).
- La hipertensión gestacional (preclampsia y eclampsia).

Los abortos peligrosos

GLOSARIO.

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.

FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).

FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)

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.

ACCIONES INSEGURAS

No atención de la gestante por problemas administrativos

- Atención del parto y el puerperio por personal no calificado y sin entorno habilitante (entorno habilitante incluye contar con los insumos críticos y adecuados sistemas de referencia y contra referencia: No diligenciamiento del partograma
- Utilización inadecuada de insumos como: antibióticos, anticonvulsivantes, antihipertensivo, oxitócicos, líquidos, hemoderivados y sustitutos en la atención de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio
- Atención de la materna en un nivel de complejidad inferior al necesitado
- Identificación inadecuada de factores de riesgo en el control prenatal
- No promover la planificación familiar, en especial en pacientes con patologías de riesgo / Inadecuada cobertura de planificación familiar
- No cumplimiento de programa de planificación familiar
- Diseñar, socializar y actualizar programas de planificación familiar, prestando especial atención a poblaciones de riesgo
- Omisión en la información a la paciente de las causales para interrupción voluntaria de la gestación (sentencia para interrupción voluntaria de la gestación
- Protocolos y guías de atención inadecuadas o inexistentes
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.
- No adherencia del personal a los protocolos institucionales, Guías de Práctica Clínica y al Control prenatal temprano
- No contar con insumos críticos básicos para la atención de la materna incluyendo el kit de emergencias obstétricas.
- Inexistencia, desactualización o no socialización de Protocolos institucionales basados en la evidencia
- No claridad en el flujograma de remisión de gestantes
- Subestimación del riesgo
- Inexistencia o deficiencia de Medios de transporte
- Carencia de motivación en la importancia de identificar el riesgo

Fallas en la valoración integral de la gestante; diagnóstico y tratamiento de ETS

BARRERAS DE SEGURIDAD

- procesos de validación de derechos, identificación de afiliación al sistema de seguridad social de la gestante.
- Lista de chequeo para verificar idoneidad del personal y
- verificar kit de emergencia obstétrico y demás insumos asistenciales.
- Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo.
- Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal.
- Lista de chequeo para garantizar vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos de enfermería.
- Identificación de signos de alarma.
- Personal suficiente y entrenado
- Implementación de la consulta preconcepcional
- Identificar completa y correctamente a la mujer, con riesgo.
- Identificar los centros de remisión de gestantes y neonatos.
- Lista de IPS con números telefónicos.
- Formar y motivar al personal médico para informar la sentencia de interrupción del embarazo
- Aplicar directrices para informar la sentencia de interrupción del embarazo
- Disponer material didáctico de apoyo para la consulta de los usuarios
- Aplicar las directrices de las Guías de Práctica Clínica para el manejo de las gestantes
- Brindar información apropiada a todas las gestantes durante el embarazo, parto y puerperio sobre prevención y reconocimiento de enfermedades de transmisión sexual
- Realizar tamizaje para sífilis en el primer control prenatal y en el momento del parto
- Realizar tamizaje para VIH a toda paciente seropositiva para sífilis
- Medición de adherencia a guías de manejo

Indicadores

Razón de mortalidad materna
Efectividad del control prenatal

12.8. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 8

PREVENIR ULCERAS POR PRESION

#8. PREVENIR ULCERAS POR PRESION
OBJETIVO GENERAL
Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en Prevención de las Úlceras por Presión y las habilidades para aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes, con el fin de prevenir y disminuir su incidencia.
OBJETIVO ESPECIFICO
▪ Identificar cuáles son las fallas en la atención clínica más comunes que favorecen la aparición de escaras en los pacientes. ▪ Identificar los factores contributivos comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de escaras en la atención del paciente. ▪ Identificar las barreras y defensas de seguridad más efectivas y su aplicación para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de escaras en el paciente. ▪ Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de escaras en los pacientes en la institución ▪ Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de la aplicación de las prácticas seguras y la disminución de las Úlceras por Presión.
ALCANCE
La buena práctica aplica a todos los colaboradores de la institución
JUSTIFICACION
Las Úlceras por Presión afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes; reducen su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida, pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte. Se tiene descrito un aumento de incidencia de úlceras entre 1995 y el 2008 del 80% y se proyecta aumento de la población en riesgo para úlceras (obeso, diabetes mellitus, ancianos). Se estima que se gastan 2700 USD y que, previniendo las úlceras, se disminuye entre 12 y 15 semanas el gasto de 40 000 USD en tratamiento12. La aparición de úlceras en población institucionalizada es hasta del 25.16% y su prevalencia es de hasta del 7.5% para algunos estudios. Otros revelan que hasta

Las Úlceras por Presión (UPP), más allá de presentarse como un problema puramente físico, son consideradas, además, un problema importante de salud pública, como ha sido demostrado en múltiples investigaciones sobre la prevalencia de las UPP en los distintos niveles de complejidad asistencial por diferentes grupos, específicamente en España.

Teniendo en cuenta la magnitud del problema, y pensando en la cantidad de pacientes afectados, es importante considerar que las UPP no solo traen repercusiones de salud a los pacientes, sino que también afectan al sistema de salud. Los costos en la atención se elevan al tener que utilizar dispositivos tecnológicos para remediar las UPP, tratamientos para el alivio del dolor, intervenciones quirúrgicas, aumento de los días de estancia hospitalaria y de los tiempos de cuidado, entre otros. Se trata de costos que podrían ser menores al instaurarse medidas preventivas y programas institucionales, organizados y estructurados, que tengan como finalidad evitar la aparición de UPP en los pacientes con riesgo a padecerlas, así como mitigar aspectos legales y demandas.

GLOSARIO

AUTOCUIDADO: estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas, de acuerdo con sus características culturales de género, etnia, clase y ciclo vital.

NECROSIS: es la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo, provocada por un agente nocivo que causa una lesión tan grave que no se puede reparar o tner curación

ISQUEMIA: la isquemia, o anemia local, puede definirse como la falta parcial o total de aporte de sangre a un órgano o a parte de él. EXCORIACIÓN: levantamiento o irritación de la piel, de manera que esta adopta un aspecto escamoso. ERITEMA: reacción inflamatoria de la piel. Su significado literal es rojo y el rasgo que la caracteriza es un enrojecimiento de la piel.

MACERACIÓN: ablandamiento por contacto con líquidos; extracción de drogas mediante humedecimiento, extracción en frío. INDURACIÓN: endurecimiento de los tejidos de un órgano.

SEDESTACIÓN: posición del cuerpo estando sentado.

ACCIONES INSEGURAS

1. No valoración de los usuarios internados en la institución
2. Realizar mala higiene corporal al paciente
3. No adherencia a protocolos de baño de paciente
4. No aplicar sustancias hidratantes/aplicar sustancias inadecuadas durante la higiene del paciente
5. Posicionamiento inadecuado del paciente (Paciente mal posicionado, sin los aditamentos necesarios o con cambios de posición sin horario establecido)
6. Evaluación incorrecta del paciente con riesgo por inmovilización prolongada/ mantenimiento de la movilidad

7. Inadecuado estado nutricional

BARRERAS DE SEGURIDAD

1. Realizar adecuadamente valoración del riesgo de úlceras con escala de valoración.
2. Identificar los pacientes con riesgo con barras de color o manillas.
3. Uso para lavado con agua, jabón neutral o semiácido, adecuado secado de piel.
4. Adherencia a protocolos (baño de paciente, prevención UPP entre otros.
5. Elaboración e implementación de un Plan de Cuidados Estandarizado
6. Aplicar lubricantes, película transparente o apósitos hidrocoloides, u otros agentes de reducción de la fricción o cizallamiento tópicos para las prominencias óseas para reducir la lesión mecánica de fricción o cizallamiento

INDICADORES

1. Proporción del ulceras por presión

12.9. PAQUETE INSTRUCCIONAL # 9.

GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.

9. GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.
OBJETIVO GENERAL
Garantizar la seguridad en el uso de radiaciones ionizantes en el Hospital Marino Zuleta Remírez, mediante la implementación de un programa integral de protección radiológica, que contemple medidas de control, monitoreo y mitigación de riesgos, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente. Este programa estará enfocado en minimizar la exposición innecesaria de pacientes, trabajadores de la salud y público en general, promoviendo el uso seguro, eficiente y justificado de las tecnologías que emplean radiaciones ionizantes. Asimismo, se establecerán mecanismos de capacitación continua, seguimiento y auditoría para la mejora permanente de los procesos, contribuyendo a la seguridad del paciente y la salud ocupacional.
OBJETIVO ESPECIFICO
▪ Garantizar la protección de los pacientes, trabajadores y el medio ambiente ante riesgos radiológicos. ▪ Cumplir con la normatividad vigente sobre el uso de radiaciones ionizantes en salud. ▪ Implementar controles técnicos, administrativos y de protección personal para la reducción de exposiciones innecesarias. ▪ Capacitar y concientizar al personal en la seguridad radiológica.
ALCANCE
La buena práctica aplica a todos los colaboradores de la institución
JUSTIFICACIÓN
Los riesgos asociados a la exposición a la radiación ionizante siguen representando un problema crítico en la seguridad del paciente y del personal de salud. No solo generan impactos en la salud ocupacional, sino que también afectan la confianza en las instituciones prestadoras de servicios de radiología e imagenología. La exposición inadecuada a la radiación es una de las principales causas de eventos adversos en los entornos hospitalarios, contribuyendo a complicaciones a corto y largo plazo en los trabajadores y pacientes. Estudios han demostrado que una proporción significativa de estos eventos se debe a fallas en el monitoreo de dosis, uso incorrecto de equipos de protección y falta de conocimiento sobre los riesgos radiológicos.

El desconocimiento de los protocolos de protección radiológica y la ausencia de seguimiento adecuado pueden incrementar la probabilidad de sobreexposición, lo que afecta la calidad y seguridad en la atención médica. Para reducir estos riesgos, se presentan a continuación las principales inseguras identificadas y las estrategias de mitigación que permitirán optimizar la seguridad en la manipulación de radiación ionizante dentro de las instituciones de salud.

GLOSARIO

Radiación ionizante: Energía emitida por ciertos materiales o equipos médicos que puede causar ionización en la materia.
Seguridad radiológica: Conjunto de normas, procedimientos y acciones destinadas a minimizar la exposición innecesaria a radiaciones ionizantes.
Dosimetría: Medición de la dosis de radiación recibida por el personal y pacientes.
Blindaje radiológico: Uso de materiales protectores para reducir la exposición a radiaciones ionizantes.
Tiempo de exposición: Duración en la que una persona está expuesta a la radiación, la cual debe ser minimizada.
Distancia de seguridad: Separación recomendada entre la fuente emisora de radiación y la persona expuesta para reducir riesgos.

ACCIONES INSEGURAS

- No utilizar equipo de protección personal (EPP) adecuado.
- Exposición innecesaria del personal y pacientes a la radiación.
- Manejo inadecuado de fuentes radiactivas y equipos emisores.
- Falta de señalización y control en áreas de riesgo.
- Ausencia de monitoreo y control de dosis recibidas.
- No elaboración de controles de calidad

BARRERAS DE SEGURIDAD

- Blindajes y barreras físicas → Uso de plomo, hormigón, acrílicos plomados o cabinas de protección para reducir la exposición.
- Uso obligatorio de equipos de protección personal (EPP) → Delantales plomados, gafas plomadas, protectores tiroideos y guantes.
- Monitoreo y dosimetría → Uso de dosímetros personales y ambientales para controlar la exposición.
- Señalización y restricciones de acceso → Avisos de radiación, zonas restringidas y límites de permanencia en áreas de riesgo.
- Capacitación y entrenamiento del personal → Formación continua en protección radiológica y respuesta ante emergencias.

▪ Protocolos y normativas de seguridad → Cumplimiento normativo como las de la **Resolución 482 de 2018** y entidades nacionales reguladoras.
MONITOREO Y SEGUIMINETO
1. Monitoreo: Proceso de medición, control y evaluación de la exposición a la radiación para garantizar la seguridad del personal y el cumplimiento de normativas. **2. Acción a realizar:** Implementar el uso de dosímetros personales y ambientales, registrar y analizar las dosis recibidas, realizar auditorías periódicas y aplicar medidas correctas en caso de desviaciones.

13. CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	**Fecha**	**Descripción de cambios realizados**
01	03/07/2019	Creación del programa de seguridad del paciente
02	01/10/2025	Modificación del programa de seguridad del paciente