

**DISEÑO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA
INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD, CANALETE-CÓRDOBA,
2022**

YINARIS DEL CARMEN ROMERO PÉREZ

YURLEDIS PATRICIA VÁSQUEZ MUSKUS

NEILA BERROCAL NARVÁEZ

DOCENTE

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

DIVISIÓN DE POSGRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD

MONTERÍA, CÓRDOBA

2022

**DISEÑO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA
INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD, CANALETE-CÓRDOBA
DEL 2022**

**Trabajo presentado para optar el título de Especialización de Auditoría de
Calidad en Salud**

YINARIS DEL CARMEN ROMERO PÉREZ

YURLEDIS PATRICIA VÁSQUEZ MUSKUS

ASESORÍA METODOLOGICA

MsC. NEILA BERROCAL NARVÁEZ

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

DIVISIÓN DE POSGRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD

MONTERÍA, CÓRDOBA

2022

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Montería, junio del 2022

DEDICATORIA

A Dios, mi creador, quien ha sido mi guía y fortaleza para continuar mi camino, con toda la sinceridad y humildad que de mi corazón puede emanar.

Dedico este proyecto de investigación también a mi madre, quien me ha formado sabiamente con buenos valores y principios, mismos que me han impulsado a salir adelante.

A mi padre, quien siempre ha estado conmigo guiándome y apoyándome en todo momento.

A mi familia, quienes me han amparado y sostenido en los momentos de dificultades.

YINARIS ROMERO PÉREZ

A Dios, padre misericordioso, porque ha sido bajo su voluntad que he podido continuar creciendo a nivel profesional, agradezco profundamente el hecho de estar sostenida de su mano desde el inicio de esta nueva aventura, que hace parte de un nuevo peldaño en mi vida y carrera.

Gracias a mis padres, por motivarme desde el principio en todo este proceso académico.

A mi hijo, por ser la razón que me impulsa a salir adelante, que me permite esforzarme y exigirme a mí misma día a día para lograr ser un modelo a seguir, llena de buenos valores y principios para él, para que crezca siendo un hombre de bien, que siempre podrá tener claros sus proyectos personales y fijarse grandes metas profesionales a futuro.

Por último, agradecer a una amistad invaluable, colega y compañera de formación académica.

YURLEDIS VÁSQUEZ MUSKUS

AGRADECIMIENTO

A la institución de salud donde fue posible realizar este proyecto, especialmente al personal directivo y demás funcionarios que colaboraron en la realización de este trabajo de investigación, quienes proporcionaron información requerida para la iniciación y culminación del mismo.

A los funcionarios de la Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud, especialmente.

A los docentes del Programa de posgrado, quienes contribuyeron a nuestra formación integral.

A los profesores, que durante toda la carrera de especialización nos brindaron sus enseñanzas y conocimientos para nuestra formación como futuros auditores.

Un agradecimiento la comprensión, paciencia y el ánimo recibido de mi familia y amigos.

RESUMEN

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud, o mitigar sus consecuencias en caso de que suceda.

Se diseñó la política de seguridad del paciente en una institución de salud, de primer nivel de complejidad, con el propósito de ofrecer una atención segura, donde se establece el alcance, estructura y metodología (fundamentales en la ejecución de los procesos asistenciales o administrativos); teniendo en cuenta los servicios que tiene habilitado la institución de salud.

Esta política de seguridad del paciente, permite identificar las fallas y/o errores que conllevan a la ocurrencia de un evento adverso, asimismo contribuye al aprendizaje organizacional mediante el fomento de una cultura de seguridad del paciente y fortalecimiento de las barreras durante la atención en salud.

Palabras clave seguridad del paciente, política de salud, complejidad

SUMMARY

Patient safety is defined as the set of structural elements, processes, instruments and methodologies based on scientifically proven evidence, which seek to minimize the risk of suffering an adverse event in the health care process, or minimize its consequences in case of what happens

The patient safety policy was broken in a health institution, of the first level of complexity of care, with the purpose of offering a safe one, where the scope, structure and methodology (fundamental in the execution of care or administrative processes) are established.); taking into account the services that the health institution has enabled.

This patient safety policy allows the identification of failures and/or errors that lead to the occurrence of an adverse event, it also contributes to organizational learning by promoting a culture of patient safety and strengthens barriers during health care.

Keywords: patient safety, health policy, complexity

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
RESUMEN.....	6
SUMMARY.....	7
INTRODUCCIÓN.....	11
1. OBJETIVOS.....	14
1.1. GENERAL.....	14
1.2. ESPECÍFICOS.....	14
2. MARCO REFERENCIAL.....	15
2.1 MARCO HISTÓRICO.	15
2.2. MARCO INVESTIGATIVO.....	16
2.3. MARCO TEÓRICO.....	18
2.4. MARCO CONCEPTUAL.....	20
2.5. MARCO LEGAL.....	21
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	22
3.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	22
3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	22
3.4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	22
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	22
3.6. ASPECTO ÉTICOS Y LEGALES.....	22
4.RESULTADOS.....	25
5. CONCLUSIONES.....	37
6. RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS.....	45

LISTA DE ANEXOS

pág.

Anexo A: Acto Administrativo de la Política de Seguridad del Paciente.....	47
Anexo B: Formato de Acta de Reunión.....	58
Anexo C: Formato de Reporte de Eventos Adversos.....	59
Anexo D: Plan de Capacitaciones.....	60
Anexo E: Tablero de Identificación del Paciente.....	61
Anexo F: Análisis de Eventos Adversos.....	62
Anexo G: Lista de Chequeo de Seguridad de los Servicios de Urgencia.....	63

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia a través de los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, define la seguridad del paciente como un 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 (1).

Además, se debe considerar que es necesario realizar actividades que impliquen la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar de manera constante las barreras de seguridad necesarias (2).

Así mismo, se crea un sistema complejo, en los procesos que son atribuibles por la ocurrencia de una falla de acción y/o omisión en la ejecución de los procedimientos realizados en la atención de salud, generando un daño irreversible en el ser humano, teniendo como consecuencias factores contribuyentes de manera negativa a la ocurrencia de un evento adverso (3).

Por otra parte, el Decreto 1011 del 2006, define la calidad de atención en salud, como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (4).

Todas las instituciones de primer nivel de complejidad, deben contar con una política de seguridad del paciente, cuyo objetivo es promover estrategias para minimizar en lo posible eventos adversos, asimismo planteando acciones de mejoramiento continuo para fortalecer la calidad de la atención en salud (5).

La seguridad del paciente juega un papel fundamental en las instituciones de salud, donde se crea una cultura que motive a minimizar en lo posibles los riesgos de un

evento adverso. Por ello es fundamental diseñar una política de seguridad del paciente teniendo en cuenta los lineamientos y estrategias definida por el Ministerio de Salud y Protección Social que están encaminadas a fortalecer la calidad de atención en salud (6).

En esta institución de salud se conocen la existencia de los lineamientos exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social por lo que si realmente se está implementando medidas para disminuir los riesgos de un eventos adversos que permitan brindar un entorno seguro, por ello, este proyecto de investigación, la institución de salud no cuenta con una política de la seguridad del paciente y/o creación de un comité de seguridad, donde se manejen temas con un enfoque diferente relacionados con la prestación de los servicios de salud.

Por otra parte, este proyecto de investigación tiene como objetivo diseñar la política de la seguridad del paciente, basándose en los lineamientos el Ministerio de Salud y Protección Social, que sean indispensables para disminuir el impacto de los riesgos de los eventos adversos que se desarrollen en la atención de salud.

En el Lineamiento de la Política de la Seguridad del Paciente del año 2008, en la república de Colombia fue liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Con el fin de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectan la seguridad del paciente, reduciendo y ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos (7).

Teniendo en cuenta que, en los Lineamientos de la Política de la Seguridad del Paciente, durante los avances científicos que ha tenido la medicina también pueden acompañarse de riesgo adicionales sin que necesariamente se cree una intención o no de hacer daño al paciente por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas (8).

En Colombia se lleva a cabo la Política de Seguridad del Paciente, donde se brinda a las instituciones técnicas para la operativización e implementación de sus buenas prácticas en sus procesos asistenciales (9).

Cabe destacar que, la importancia de la investigación está en constantes cambios en nuestro país, es un momento donde el sistema de salud es un proceso de "adaptación" pero para lograr lograrlo hay que identificar el rol del auditor en la caracterización de la calidad de la política de la seguridad del paciente, para así brindar estrategias que disminuyan el riesgo de eventos adversos.

Por esa razón, para el auditor de calidad en salud es un gran reto, durante todo el proceso de verificación, identificación, seguimiento y solución, en cada ejecución de los procesos y/o actividades que se ejecutan en el campo de la salud donde ejerce su profesión.

De ello resulta necesario decir, este estudio fortalece la línea de investigación en "salud en el contexto social" al grupo de investigación y la facultad de la división de postgrado y educación continua de la Universidad de Córdoba.

Dado lo anterior, el grupo de investigación se plantea la siguiente pregunta

¿Cómo es el diseño de la política de seguridad del paciente en una institución de primer nivel de complejidad?

1 OBJETIVOS

1.1. GENERAL

- Diseñar la política de seguridad del paciente en una institución de primer nivel de complejidad, con el propósito de ofrecer una atención segura. Canalete-Córdoba, 2022.

1.2. ESPECÍFICOS

- Revisar la normatividad vigente en materia de seguridad del paciente.
- Realizar diagnóstico de lo que hay en la institución y así diseñar la política de seguridad del paciente de acuerdo con la normatividad vigente para la institución.
- Proponer estrategias de mejoramiento para la implementación de la política de la seguridad del paciente.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO HISTÓRICO

La atención en salud representa a veces un riesgo para los pacientes, que puede derivar de un daño físico, psicológico e incluso la muerte, estos incidentes se denominan eventos adversos y presentan durante el proceso de atención en salud (10). Por ello, La Organización Mundial de la Salud, define “La seguridad del paciente como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria” (11).

En la historia de la seguridad del paciente se registraron varias etapas desde el inicio de la civilización hasta la actualidad.

Una de la etapa fue el periodo de los albores de las civilizaciones, en este período de las antiguas civilizaciones se encontraron los primeros escritos médicos y las primeras leyes o normas establecidas para encaminar una atención más segura de los enfermos, con la invención de la escritura se difundieron los conocimientos y los tratamientos (12).

El texto más conocido es el Código de Hammurabi, este código que contiene 282 leyes y Once de estas leyes se refirieron al acto médico, en particular se toma como origen la “ley del Talión”, que un intento de establecer una proporcionalidad entre el daño recibido en un crimen y el daño producido en el castigo (13).

Otro período comprendido es la etapa helenista y romana, donde se registra el primer indicio de la civilización helénica que procede 1200 a. C. Uno de sus mayores aportes a la humanidad es haber logrado que la medicina dejara de lado la magia, la religión y el misticismo para buscar en la razón las causas de la enfermedad y su mejor tratamiento, a partir del examen físico del enfermo y el estudio racional de sus síntomas y signos, lo que contribuyó a la seguridad del paciente (14).

En este período se destaca, la sabiduría de Hipócrates de Cos (c. 460-370 a. C.) y su escuela, contenida en el Corpus Hippocraticum con su máxima Primum Non

Nocere, donde se establece que el acto médico no debe causar daño al paciente (15).

Desde el punto de vista, del Humanismo y el renacimiento hasta la Revolución Industrial, comprendiendo la caída del Imperio Romano de Occidente (476 d. C.) y los siglos Medioevo o Edad Media (476-1453), los avances de la medicina mermaron, a partir de este periodo la medicina retoma en la ciencia y la seguridad del acto médico, con el retorno al estudio práctico de la anatomía humana, que marca la obra y legado de Andreas Vesalio (1514-1564) (16).

En actualidad la OMS en el año 2005, creó esa Alianza y lanzó el Primer Reto Global de Atención Segura OPS-OMS titulado “Atención Limpia es una atención segura”, que es el punto de partida para el desarrollo de la “seguridad del paciente” en todo el planeta, Luego, vino el Segundo Reto Global: “Cirugía segura”; y actualmente se ha lanzado el Tercer Reto Global: “Medicación sin daños” (17).

En el año 2007, se realizó el estudio IBEAS, donde se habla de la prevalencia de los efectos adversos en los hospitales de Latinoamérica, fue un proyecto que incluyó el desarrollo en conjunto con la OMS Y la OPS. Donde se resaltó una tasa de eventos adversos del 10,5%, el 60% considerado evitable y un 6% de las muertes, dado a los resultados en el año 2011, por su magnitud y calidad del diseño, se constituyó como referente obligado en las publicaciones sobre seguridad del paciente y eventos adversos (18).

2.2 MARCO INVESTIGATIVO

Se han realizado varios estudios dentro de los cuales se toman en cuenta los presentes antecedentes investigativos para su desarrollo.

Se destaca el estudio realizado por Díaz Y Pareja, llevado en el año 2016, el cual tuvo como objetivo en el documento Diseño de Programa de Seguridad del Paciente para la IPS, realiza una revisión de los lineamientos establecido para el diseño de Programa de Seguridad del Paciente, fue establecido en Colombia como la primera

práctica segura obligatoria que deben implementar las IPS para mejorar continuamente la calidad de la atención en salud, a través de estrategias dirigidas a reducir y en lo posible eliminar la presencia de eventos adversos, en respuesta a los ajustes realizados por el Ministerio de Salud y Protección social, en los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, es una prioridad institucional(19).

Así mismo, Álzate, et al, realizaron un estudio en la ciudad de Medellín en el año 2016 ,con la finalidad de un documento titulado “Diseño del Modelo de Seguridad del Paciente en una ESE de Primer Nivel del Suroeste Antioqueño”, en la cual se hace una revisión del proceso de la ESE en su Política de Calidad, esta investigación sustenta en base a una evidencia científica, que deben contar con un Programa de Seguridad del Paciente, documentado, socializado y evaluado, que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, con base en el modelo de gestión de seguridad del paciente, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social(20).

Ernest Codman 1869-1940, cirujano y padre de la calidad asistencial, publicó en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en los hospitales, donde indicaba que se deben hacer públicos los resultados, tanto los positivos como los negativos, para impulsar estudios que lleven a mejoras en sus diagnósticos y tratamientos en los hospitales (21).

Se destaca la publicación por, Elihu M. Schimmel en 1964, gastroenterólogo y profesor del Departamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, publicó un artículo titulado “los peligros de la hospitalización”, donde alerta sobre los daños por iatrogenia que sufrían los pacientes admitidos en un hospital que auditó, concluyó que el 20% de los pacientes admitidos presentaban lesiones de esta naturaleza, y que los daños graves correspondían a una quinta parte del total(22).

A partir de 1999, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. (Institute of Medicine, National Academy of Sciences – IoM, NAS) publicó el informe “Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro” (To err is human: building a safer health system); cuyas conclusiones sacudieron la opinión pública y obligaron a los líderes políticos y administrativos de ese país a considerar “la seguridad de los pacientes” (23).

En el año 2007, en América Latina, se realizó el estudio IBEAS (sobre la prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica), que incluyó 11.379 pacientes de 58 hospitales de cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Fue un proyecto desarrollado en conjunto con la OMS y la OPS. Se resaltó que la tasa de eventos adversos documentada fue de 10,5%, de los cuales el 60% se consideraron evitables, así como un 6% de las muertes (24).

En 2002, en Ginebra, la OMS, durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, contempló el tema en sus deliberaciones y propuso desarrollar estrategias conjuntas para mejorar las deficiencias en la atención de la salud, como resultado, en 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, propició la fundación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (25).

Estos estudios motivaron a otros profesionales a realizar sus propias investigaciones, y desde entonces la identificación de resultados no deseados en los servicios de salud fue ganando importancia a nivel mundial donde la seguridad de los pacientes entra de lleno en el ámbito del control estadístico de la calidad, forzando a los líderes a tomar medidas, tanto a nivel de los trabajadores de la salud como de las organizaciones (26).

2.3 MARCO TEÓRICO

2.3.1. Modelo de atención.

El Ministerio de Salud y Protección Social, encamina la resolución 780 del 2016, en el modelo de atención orientado a la mitigación del riesgo en salud, donde se debe

implementar la acreditación de un modelo de atención donde se disminuya el riesgo en la atención de salud (27).

2.3.2. La auditoría en salud en la seguridad del paciente.

Del mismo modo, la auditoría en salud, propende de una mejora continua en el sistema de general seguridad social en salud, sin perjuicios en las competencias en las entidades territoriales y de los organismos de inspección vigilancia y control, donde el Ministerio de Salud Y Protección Social, son los encargados de evaluar la implementación de los modelos y los resultados en materia de accesos a los servicios de salud (28).

Desde la publicación del reporte “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy cómo el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad del paciente (29).

Por consiguiente, la seguridad del paciente sigue siendo una prioridad global, donde el reporte escandalizo al mundo de la salud al calcular que, solo en Estados Unidos de América, alrededor de los cien mil pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades sino como productos de atención médica (30).

El Ministerio de Salud y Protección social en el año 2008, tenía como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecta la seguridad del paciente y de ser eliminada la ocurrencia de eventos adversos, impulsando la política de seguridad del paciente y las guías de buenas prácticas en seguridad (31).

2.3.4. La seguridad del paciente en la actualidad.

En la actualidad, Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, minimizando y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos, para contar con instituciones seguras y competitivas (32).

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud, en nuestras instituciones los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura, los eventos adversos se presentan en cualquier atención y son un indicador que sirve como evidencia para poder investigar cuales son las causas que los generan (33).

Durante años se ha continuado la investigación con evidencias científicas de las prácticas seguras e implementación de las prácticas en la atención de salud recomendadas, sin embargo, en la actualidad decenas de millones de pacientes en todo el mundo sufren daño o mueren como resultado de una atención en salud insegura (34).

2.4 MARCO CONCEPTUAL

2.4.1. Diseño

Un diseño es el resultado final de un proceso, cuyo objetivo es buscar una solución idónea a cierta problemática particular el diseño en los temas de salud puede llevar mejoras en las practicas actuales y fomentar el desarrollo de soluciones innovadoras (35).

2.4.2. Política

Se define como un conjunto de intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud (36).

2.4.3 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 (37).

2.4.4. Nivel De Complejidad

Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento, el grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización (38).

2.5. MARCO LEGAL

2.5.1. Decreto 1011 del 2006

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB (39).

2.5.2 Resolución 741 del 1997

Define que debe establecer el procedimiento e impartir las instrucciones encaminadas a garantizar la seguridad, vigilancia, custodia, protección y cuidado de los usuarios del servicio de salud, por la ocurrencia de hechos ajenos o diferentes a las condiciones iniciales de la enfermedad diagnosticada o al motivo de consulta y que atente contra la integridad personal y la libertad del individuo (40).

2.5.3 Ley 100 del 1993

Por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, la ley ya mencionada en el artículo 1 expresa que dentro del Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar, los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten (41).

2.5.4 Resolución 3100 del 2019

La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo (42).

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudio.

Estudio descriptivo, prospectivo, donde se describe cada uno de los elementos que se debe abordar en el diseño de la política de la seguridad del paciente.

3.2. Escenario del Estudio.

Institución de salud de primer nivel de complejidad, ubicada en el municipio de Canalete, en el departamento de Córdoba.

3.3. Unidad de Análisis.

Metodología para el diseño de la política de la seguridad del paciente.

3.4. Recolección de Información.

Esta información es incorporada en el diseño de la política de la seguridad del paciente, teniendo en cuenta la normatividad vigente y los documentos técnicos relacionados obtenidas y/o publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social

3.5. Procesamiento y análisis de la Información.

Para el procesamiento y análisis de la información se tomaron los lineamientos de la política de la seguridad del paciente, lista de chequeo de buenas prácticas en seguridad del paciente obligatoria, la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente y los paquetes instruccionales de obligatorio cumplimiento, con la finalidad de estructurar los criterios de los diferentes elementos que se deben abordar en la elaboración y/diseño de la política de la seguridad del paciente según lo establecido por el Ministerio de Salud Protección Social.

3.6. Aspectos éticos y legales.

La Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Teniendo en cuenta el artículo 11, esta investigación es de bajo riesgo debido a que no realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables

biopsicosociales de los individuos que participarán en el estudio se considera los siguientes aspectos: entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (43).

En esta investigación a los directivos de la institución de salud se le informó acerca de los riesgos y beneficios de la misma y sobre confidencialidad de la información la cual es utilizada únicamente para fines del estudio.

4. RESULTADOS

4.1. OBJETIVO DEL DISEÑO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

4.1.1. OBJETIVO GENERAL

Integrar la política de seguridad del paciente como una estrategia para el fortalecimiento de la atención en salud en la institución de salud de primer nivel complejidad, teniendo en cuenta, la monitorización, seguimiento y evaluación que permitan implementar acciones seguras previniendo la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente.

4.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la política de seguridad del paciente de una forma clara a los propósitos de su formulación en la institución de salud de primer nivel de complejidad.
- Fortalecer la política de seguridad de paciente permitiendo promover un entorno seguro a través de estrategias o herramientas que permitan la identificación oportuna, seguimiento y análisis de la ocurrencia de un evento adverso.
- La creación de un formato de reportes de incidentes y eventos adversos.
- Realizar ronda de seguridad en cada servicio de la institución.
- Capacitar al personal administrativo y/o asistencial sobre la política de seguridad del paciente.
- Promover adecuadamente la guía de buenas prácticas en el personal de salud
- Realizar adopción de protocolos de las diferentes actividades que ejerce el personal de salud.
- Realizar mejoras continuas dirigidas a garantizar una atención en salud con calidad.

4.2 ALCANCE DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Todas las instituciones que prestan los servicios de salud, deben contar con una política de seguridad del paciente, documentada y socializada cuyo, objeto sea promover estrategias que permitan reducir en lo posible los eventos adversos, garantizando una atención en salud con calidad.

Además, en esta institución de salud de primer nivel de complejidad elegida como objeto de estudio para el diseño de la política de seguridad del paciente, debe permitir la integración de esta política junto con los procesos de la institución, identificando y gestionando adecuadamente los eventos adversos.

Este diseño de la política de seguridad del paciente va dirigido a todo el personal administrativo y asistencial de la institución de salud de primer nivel de complejidad, que participa en la atención en salud de acuerdo a la prestación de servicios que ofrece la institución de salud.

Asimismo, el diseño de una política de seguridad del paciente, basada en los lineamientos establecidos por el Ministerio de salud y Protección Social en la normatividad vigente y demás documentos técnicos publicados hasta la fecha, permite fortalecer el monitoreo continuo de los eventos adversos, disminuyendo en los posibles riesgos y/o complicaciones asociadas en la atención en salud.

Por parte, al crear una política de seguridad del paciente, se debe tener un proceso de detección de ocurrencia eventos adversos establecida en la resolución 1446 del 2006 como obligatorio para todos los actores del sistema obligatorio de garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos (44).

Estas estrategias establecidas como el reporte oportuno de los eventos adversos tienen una finalidad de la vigilancia de la ocurrencia de los eventos adversos que permitan generar barreras de seguridad. Además, en la Resolución 3100 del 2019, Se deben seguir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así

como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud establecidas (45).

4.3 ESTRATEGIAS PARA EL DISEÑO DE LA POLÍTICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La institución de salud de primer nivel de complejidad, en el diseño de la política de seguridad del paciente, deberá implementar estrategias y/o acciones en la búsqueda de un entorno seguro en la atención en salud, con el propósito disminuir el riesgo de la ocurrencia de los eventos adversos sean minimizados en los procesos institucionales, mediante la implementación de las barreras de seguridad, reporte de los eventos adversos, monitorización, seguimiento y evaluación ante la ocurrencia de un evento adverso, promoviendo la cultura de la seguridad.

Para lograr la adherencia del diseño de la política de seguridad del paciente, se debe garantizar acciones para el mejoramiento continuo, como la capacitación de todo el personal que labora en la institución de salud de primer nivel de nivel de complejidad, fomentar la cultura de reporte de eventos adverso, seguimiento y evaluación, creando una cultura de seguridad enfocada en los procesos institucionales en la atención de salud.

La institución de la salud de primer nivel de complejidad, se compromete en el cumplimiento e implementación de la política de seguridad del paciente como una de las estrategias con el propósito de brindar una atención segura.

4.4 POLÍTICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La institución de salud de primer nivel complejidad, se compromete en promover un entorno seguro en la atención en la salud, en donde los riesgos asociados a la ocurrencia de los eventos adversos sean minimizados a partir de los procesos de atención en salud, a través estrategias que fortalezcan las barreras de seguridad en los reportes de incidentes o la ocurrencia de un evento adverso de manera oportuna, promover la cultura de seguridad del paciente en los diferentes servicios ofrecidos

por la instituciones, permitiendo generar acciones de mejoramiento continuo y la prevención de situaciones que afecten que la seguridad del paciente.

La importancia de la implementación de esta política de seguridad del paciente, juega un papel fundamental en la obligatoriedad y responsabilidad del seguimiento y mejoramiento continuo en la calidad de la atención en salud de la institución de primer nivel de complejidad, con el objetivo de disminuir los riesgos asociados a una atención insegura generada por el profesional de la salud durante la prestación de los servicios de salud, que permitan ejercer de manera adecuadas las estrategias y la identificación oportuna de los eventos adversos en las institución de salud

4.4.2.2 OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE LA SEGURIDAD DE PACIENTE (46).

- Direcccionar 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.
- Homologar la terminología a utilizar en el país.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

4.4.2.3 PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (47).

4.4.2.4 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.

4.4.2.5 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 del área de salud, es un deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

4.4.2.6 Integración Con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos los componentes.

4.4.2.7 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.

4.4.2.8 Validez:

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

4.4.2.9 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.

4.2.2.10 Alianza con el profesional de la salud:

La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos.

4.4.2.11 ACCIONES PARA IMPLEMENTAR LA POLÍTICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (48).

- Educación continuada en: prácticas seguras, prevención de infecciones, sistema de gestión de eventos adversos, fármaco y tecnovigilancia.
- Hacer que el personal sea consciente en ofrecer al paciente un ambiente seguro, estimulando y favoreciendo la respuesta oportuna y no punitiva frente a los eventos adversos e incidentes
- La capacitación sobre eventos adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el fin de favorecer la “cultura del reporte”.
- Informar al paciente sobre sus derechos y deberes e involucrándolo en las soluciones, dentro de un ambiente de confidencialidad y confianza.
- Analizar cada evento adverso, asociándolos por causas y establecer estrategias de mejoramiento continuo gestionadas por los servicios.
- Elaborando planes de mejoramiento en cuanto: control de condiciones peligrosas en el ambiente físico, mitigación de eventos adversos, guías de manejo.
- Educación al paciente y su familia a través de folletos y cartillas en la cultura del autocuidado.

4.4.2.12 EQUIPO FUNCIONAL O LÍDER DEL COMITÉ DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El líder encargado del comité de seguridad del paciente, socializará de acuerdo a la normatividad vigente a todo el personal asistencial y administrativo sobre la política de seguridad, los hallazgos encontrados en la ocurrencia de un evento adverso en donde se realizará acciones de medición, seguimiento, análisis y evaluación a estos eventos durante la atención de salud.

4.4.2.13 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El comité de la política de seguridad del paciente, requiere de un asesor técnico-científico dentro de la institución de salud, cuya tarea principal sea sensibilizar y capacitar al personal sobre la política de seguridad del paciente, analizar, medir y evaluar las ocurrencias de un evento adverso dentro de la atención de salud, retroalimentar los resultados y gestionar los recursos necesarios para asegurar la calidad de la prestación de los servicios de salud.

4.4.2.14 FUNCIONES DEL COMITÉ DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (49).

- Diseñar nuevas estrategias de minimización del riesgo y analizar el grado de severidad, frecuencia y tipificación del evento en sí.
- Investigar e implementar las mejores prácticas existentes para el desarrollo de una cultura de seguridad de paciente al interior de la Institución.
- Diseñar acciones específicas que fomenten y promueven la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes reportados junto con el equipo operativo.
- Involucrar al personal de salud en el proceso de identificación y reporte voluntario, confidencial y de vigilancia activa.
- Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos.
- Implementar, socializar y evaluar el programa de seguridad de paciente.
- Optimizar el reporte intrainstitucional y extra institucional de eventos adversos, incidentes y eventos centinela.

El comité de la política de seguridad del paciente se reunirá de manera bimensual y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran.

4.4.2.15 EVENTO ADVERSO:

Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente (50).

4.4.2.16 Evento adverso grave:

Evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica (51).

4.4.2.17 Evento adverso moderado:

Si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración (52).

4.4.2.18. Evento adverso leve:

Si ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria (53).

4.4.2.19 Evento adverso prevenible

Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión (54).

4.4.2.20 LAS BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO (55).

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud.
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes.

- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología.

4.4.2.21 ¿CUÁLES SON LOS PROGRAMAS DE MONITOREO QUE CONTRIBUYEN A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LOS EVENTOS ADVERSOS?

4.4.2.21.1 Tecnovigilancia:

Teniendo en cuenta, la Resolución 4816 de 2008, tiene como objetivo fundamental garantizar la seguridad de los pacientes y operadores por medio de la identificación, recolección, gestión y divulgación de los incidentes o eventos adversos que presenten los dispositivos médicos durante su uso (56).

Para ello, la institución debe determinar los factores de riesgo con el uso de dispositivos médicos, educar a sus colaboradores para garantizar la seguridad de dicho uso, hacer seguimiento a la incidencia y frecuencia de los eventos adversos asociados e implementar las acciones de mejora necesarias con el fin de prevenir la recurrencia (57)

4.4.2.21.2 Farmacovigilancia:

Es la actividad específica que monitorea el uso de medicamentos en los pacientes, la Organización Mundial de la Salud la define como la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos (58).

Del mismo modo, cualquier medicamento que se le suministre a un paciente tiene el efecto potencial de desencadenar eventos adversos, por lo tanto, es necesario que se implementen acciones para el mejoramiento de la seguridad en su utilización y se vigile el efecto de la misma (59).

4.4.2.22 ¿CUÁLES SON LAS ACTIVIDADES QUE FACILITAN LA VIGILANCIA DE OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS?

4.4.2.22.1 Rondas de seguridad.

La ronda de seguridad, consiste en que el grupo central de ejecutivos del hospital, incluyendo al director general, el director médico, el director de calidad, el director del programa de seguridad, etc., asistan juntos a cada servicio en un periodo de tiempo determinado, usualmente una vez al mes, y en un día y hora acordados previamente con los jefes de los servicios asistenciales (60).

Dicho lo anterior, la posterior a la realización de la ronda, usualmente dentro de la semana siguiente a su terminación, el grupo de ejecutivos se reúne para analizar las oportunidades de mejora detectadas, priorizar su ejecución y acordar el día y hora de visita al servicio siguiente y así sucesivamente, hasta terminar el ejercicio con la totalidad de servicios del hospital (61).

4.4.2.23 ¿CUÁLES SON LOS INDICADORES QUE MONITOREAN LAS ACTIVIDADES QUE LA INSTITUCIÓN REALIZA PARA PREVENIR LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS?

El paquete instruccional de la seguridad del paciente y la atención segura enumera una serie de actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos, por lo tanto, los indicadores de proceso son aquellos que buscan evidenciar que tales actividades sí se hicieron bien hechas, como las practicas seguras para prevenir y reducir la ocurrencia de eventos adversos (62).

4.4.2.24. ¿CUÁLES SON LAS HERRAMIENTAS QUE FACILITAN LA MONITORIZACIÓN?

4.4.2.24.1 Lista de chequeo:

Es una herramienta valiosa para gestionar el riesgo y prevenir eventos adversos o resultados no esperados, ellas ayudan a reducir la ambigüedad sobre qué es lo que

se debe hacer, qué es lo prioritario a hacer y a clarificar los comportamientos que son más útiles (63)

Un aspecto importante del uso de listas de chequeo es que son de simple implementación y sí los datos son tabulados y analizados, de ella se obtiene información valiosa para el mejoramiento continuo (64)

4.4.2.25 FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La cultura de la seguridad del paciente es la capacidad de una organización de identificar, informar e investigar los incidentes y tomar medidas correctivas que mejoren el sistema de atención en salud, reduciendo el riesgo de la ocurrencia de los eventos adversos(65), para crear una cultura de seguridad del paciente se debe generar conciencia ante una situación que afecte al paciente y que puedan identificar las fallas de las ocurrencia de estos eventos e implementar estrategias para fortalecer la atención en salud (66).

Por consiguiente, las estrategias que se deben llevar a cabo dentro de la institución de salud, son acciones que se conviertan en oportunidades mediante sesiones pedagógicas, buscando la inclusión del paciente, sus cuidadores, el personal asistencial, administrativos quienes tienen un papel fundamental en la política de seguridad del paciente.

4.4.2.26 LA AUDITORIA EN LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, plantea que el sector salud cuenta con un sistema propio de calidad, definiéndolo como un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (67).

En el Decreto 1011 de 2006, establece la calidad de la atención en salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios"(68).

Cabe destacar, en el decreto mencionado el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud, para los prestadores de servicio de salud y entidades administradoras se despliega el siguiente componente.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad (69).

Por lo que se identifica como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación (70).

La auditoría juega un papel fundamental, deberá ser "concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superior a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación" (71).

Desde la implementación de estrategias para el mejoramiento, evaluación y seguimiento de los procesos, institucionales, la priorización de los procesos más críticos permite lograr las mejoras más inmediatas (72).

La institución de salud debe tener definida, los resultados esperados de una auditoria cumpliendo con los procesos de gestión y garantizar el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad es una herramienta para identificar las brechas entre la calidad esperada y la observada, a través de la verificación del continuo de la atención clínico-administrativa del paciente y su familia con el fin de

promover la realización de acciones de mejoramiento que busquen mejorar, mantener o incrementar la calidad de la prestación de los servicios de salud (73).

En el sistema de información para la calidad, permite estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud (74).

4.4.2.27 ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO CONTINUO, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

4.4.2.27.1 Adopción de los protocolos:

- Protocolo de lavado de manos.
- Protocolo de administración segura de los medicamentos.
- Protocolo de cateterismo vesical.
- Protocolo de administración de líquidos endovenosos.
- Protocolo de úlceras por presión.
- Protocolo de riesgo de caída.
- Protocolo de manipulación de residuos hospitalarios.
- Protocolo de esterilización.

4.4.2.27.2 Barreras de seguridad:

Capacitación de la política de seguridad del paciente que incluya al personal asistencial y administrativo, socialización para promover la cultura de seguridad a los usuarios, sensibilización del reporte de los eventos adversos una vez ocurrido.

4.4.2.27.3 Instrumentos:

Metodología para reporte incidentes y eventos adversos, metodología para el análisis de los eventos adversos y ronda de seguridad.

5. CONCLUSIONES

Se documentó la política de seguridad del paciente en una institución de primer de nivel complejidad, donde se garantiza la implementación de esta política con la participación del personal administrativo y/o asistencial, partiendo del liderazgo de la alta gerencia, los auditores de calidad de la institución que realicen una adecuada gestión de los recursos y asimismo fortalezcan la seguridad del paciente a través de la acciones correspondientes que garanticen una atención con calidad en la prestación de los servicios de salud.

Se seleccionaron estrategias o herramientas que permitan identificar, analizar y evaluar los eventos adversos que se puedan presentar en una atención en salud de un paciente que requiera la prestación de los servicios de salud partiendo de:

- La socialización del diseño de la política de seguridad del paciente al personal administrativo y/ o asistencial, que permita identificar un evento adverso realizando las pautas correspondientes.
- Realizar planes de capacitaciones al personal administrativo y/asistencial para evitar en los posible la ocurrencia de un evento adverso.
- Realizar ronda de seguridad.
- Reporte de incidente y eventos adversos.
- Retroalimentación de los análisis de un evento adverso para prevenir error en la atención en salud.

Continuar las acciones de mejoramiento continuo en la institución de salud para evitar la ocurrencia y la recurrencia de los eventos adversos y llevar a cabo estas estrategias que permiten desplegar la política de seguridad del paciente y fortalecer la calidad de la atención en salud.

6. RECOMENDACIONES

6.1. A LA INSTITUCIÓN

- Socializar la política de seguridad del paciente.
- Implementar las estrategias de la política de seguridad del paciente de una atención segura en la institución de salud de primer nivel de complejidad

6.2. A LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

- Realizar otros estudios relacionados a la política de seguridad del paciente en una institución de primer nivel de complejidad con el propósito de fortalecer esta política.
- Continuar fortaleciendo los lazos de acompañamiento por parte de la docencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [Internet]. Bogotá,2008. [citado el20 de abril de 2022]. Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/li neamientos_Implementacion_Politica_Seguridad_Del_Paciente.Pdf
2. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [Internet]. Bogotá,2008. [citado el20 de abril de 2022]. Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/li neamientos_Implementacion_Politica_Seguridad_Del_Paciente.Pdf
3. P.1
4. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, decreto 1011 Del 2006 [Internet]. Bogota,2006. [citado el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201011%20de%202006.Pdf
5. MINISTERIO DE SALUD,seguridad del paciente y la atención segura guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/G uia-Buenas-Practicas-Seguridad-Paciente.Pdf>
6. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [Internet]. Bogotá,2008. [citado el20 de abril de 2022]. Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/li neamientos_Implementacion_Politica_Seguridad_Del_Paciente.Pdf
7. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [Internet]. Bogotá, 2008. [citado el20 de abril de 2022]. Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/li neamientos_Implementacion_Politica_Seguridad_Del_Paciente.Pdf
8. P.9
9. MINISTERIO DE SALUD,seguridad del paciente y la atención segura guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/G uia-Buenas-Practicas-Seguridad-Paciente.Pdf>
10. Crisóstomo, C; González, F; González, M. costos directos asociados a eventos adversos relacionados con retiro no programado y desconexión de dispositivos médicos [Internet]. Chile 2021. [citado el 01 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.clubensayos.com/Acontecimientos-Sociales/Costos-Directos-Asociados-A-Eventos-Adversos-Relacionados/5271800.Html>

11. Gutiérrez, V. seguridad del paciente: conceptos y antecedentes [Internet].2007 [Citado el 6 de abril de 2022]; 4. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/conamed/con-2007/con072b.pdf>
12. Rodríguez, R; Losardo R. historia de la seguridad del paciente. hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio ibeas. revista de la asociación médica [Internet]. Argentina: 2018[Citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: [http:// Https://Www.Ama-Med.Org.Ar/Descargacontenido/297](http://Https://Www.Ama-Med.Org.Ar/Descargacontenido/297)
13. P.27
14. P.3
15. P.3
16. Rodríguez, R; Losardo R. historia de la seguridad del paciente. hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio ibeas. revista de la asociación médica [Internet]. Argentina: 2018[Citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: [http:// Https://Www.Ama-Med.Org.Ar/Descargacontenido/297](http://Https://Www.Ama-Med.Org.Ar/Descargacontenido/297)
17. P.4
18. P.6
19. Díaz, O; Pareja, E. diseño de programa de seguridad del paciente para la IPS sumimedical sas [Formato]. Medellín. Universidad CES; 2016.15 p
20. Álzate,C; Posada, S; Quintero, I; Rodríguez,A. diseño del modelo de seguridad del paciente en una ese de primer nivel del suroeste Antioqueño [Formato]. Medellín. Universidad CES; 2016.19 p
21. Rodríguez, R; Losardo R. historia de la seguridad del paciente. hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio ibeas. revista de la asociación médica [Internet]. Argentina: 2018[Citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: [http:// Https://Www.Ama-Med.Org.Ar/Descargacontenido/297](http://Https://Www.Ama-Med.Org.Ar/Descargacontenido/297)
22. Rodríguez, R; Losardo R. historia de la seguridad del paciente. hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio ibeas. revista de la asociación médica [Internet]. Argentina: 2018[Citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: [http:// Https://Www.Ama-Med.Org.Ar/Descargacontenido/297](http://Https://Www.Ama-Med.Org.Ar/Descargacontenido/297)
23. P.4
24. P.6
25. P.5
26. Rodríguez, R; Losardo R. historia de la seguridad del paciente. hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio ibeas. revista de la asociación médica [Internet]. Argentina: 2018[Citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: [http:// Https://Www.Ama-Med.Org.Ar/Descargacontenido/297](http://Https://Www.Ama-Med.Org.Ar/Descargacontenido/297)
27. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, decreto 780 del 2016 [Internet]. Bogotá, 2016. [citado el 13 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.Pdf

28. P.392
29. MINISTERIO DE SALUD, seguridad del paciente y la atención segura guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
30. P.26
31. P.10
32. MINISTERIO DE SALUD, seguridad del paciente y la atención segura guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
33. P.28
34. MINISTERIO DE SALUD, seguridad del paciente y la atención segura guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
35. Yirda, A. Diseño [Internet]. concepto de definicion.2020 [citado 26 de julio del 2022]. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/Diseno/>
36. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. informe de la salud en el mundo [Internet]. 2008 [Citado el 12 de marzo del 2022];4 Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf
37. MINISTERIO DE SALUD, seguridad del paciente y la atención segura guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
38. Julio, V; Vacarezza, M; Álvarez, C; Sosa, A. archivos de medicina interna de niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud [Internet]. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423x2011000100003
39. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, decreto 1011 Del 2006 [Internet]. Bogota,2006. [citado el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Nuevo/Decreto%201011%20de%202006.pdf>
40. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 741 del 1997 [Internet]. Bogota,1997. [citado el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Sites/Rid/Lists/Bibliotecadigital/Ride/De/Dij/Resolucion-0741-De-1997.pdf>

41. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley Numero 100 de 1993. [Internet]. Bogota,1993. [citado el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-0741-de-1997.pdf>
42. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Numero 3100 Del 2019 [Internet]. Bogota,2019. [citado el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-3100-de-2019>.
43. Ministerio De Salud. Resolución 8430 De 1993. [Internet]. Bogota,1997. [citado el 01 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
44. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [Internet]. Bogotá,2008. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/lineamientos-implementacion-politica-seguridad-del-paciente.pdf>
45. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Numero 3100 Del 2019 [Internet]. Bogota,2019. [citado el 12 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-3100-de-2019>.
46. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [Internet]. Bogotá,2008. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/lineamientos-implementacion-politica-seguridad-del-paciente.pdf>
47. P.12
48. Cisneros, M. política de seguridad del paciente en la unidad de salud Universidad Del Cauca [Internet]. Bogotá,2002. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: https://unisalud.unicauca.edu.co/unisalud/sites/default/files/politica_seguridad_del_paciente.pdf
49. Cisneros, M. política de seguridad del paciente en la unidad de salud Universidad Del Cauca [Internet]. Bogotá,2002. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: https://unisalud.unicauca.edu.co/unisalud/sites/default/files/politica_seguridad_del_paciente.pdf
50. ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. organo de disfunción del centro colaborador en materia de calidad y seguridad del paciente [Internet].2015. [Citado el 28 de mayo del 2022];3, Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
51. P.3

52. ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. organo de disfunción del centro colaborador en materia de calidad y seguridad del paciente [Internet].2015. [Citado el 28 de mayo del 2022];3, Disponible en: Http://Www.Conamed.Gob.Mx/Gobmx/Boletin/Pdf/Boletin3/Eventos_Adversos.Pdf
53. P.3
54. P.3
55. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. [Internet]. Bogotá,2008. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: Https://Www.Minsalud.Gov.Co/Sites/Rid/Lists/Bibliotecadigital/Ride/De/Ca/Li neamientos_Implementacion_Politica_Seguridad_Del_Paciente.Pdf
56. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 4816 De 2008. [Internet]. Bogotá,2008. [citado el 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <Http://Www.Saludcapital.Gov.Co/Dsp/Tecnovigilancia/Resoluci%C3%B3n%204816%20de%202008.Pdf>
57. P.29
58. P.31
59. P.31
60. P.33
61. MINISTERIO DE SALUD. Evaluación De La Frecuencia De Eventos Y Monitoreo De Aspectos Claves Relacionados Con La Seguridad Del Paciente. [Internet]. [citado el 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <Https://Www.Minsalud.Gov.Co/Sites/Rid/Lists/Bibliotecadigital/Ride/De/Ca/Moni torear-Aspectos-Claves-Seguridad-Paciente.Pdf>
62. P.37
63. P.43
64. P.43
65. Pérez, F. La Seguridad Del Paciente En 7 Pasos Parte I [Internet]. meditips. 2015 [citado el 29 de abril de 2022] Disponible en: <Https://Www.Meditips.Com/2015/07/02/La-Seguridad-Del-Paciente-En-7-Pasos-Primera-Parte/>
66. P.1
67. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud [Internet]. Bogotá: 2011 [citado el 13 de mayo de 2022] Disponible en: Https://Www.Boyaca.Gov.Co/Secsalud/Images/Documentos/Cartilla_Didactica.Pdf
68. P.11
69. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud [Internet]. Bogotá: 2011 [citado el 13 de mayo de 2022] Disponible en: Https://Www.Boyaca.Gov.Co/Secsalud/Images/Documentos/Cartilla_Didactica.Pdf

70.P.12
71.P.31
72.P.33
73.P.38
74.P.12

ANEXOS

ANEXO A: ACTO ADMINISTRATIVO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD		
POLITICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	FECHA DE ELABORACIÓN	
	CÓDIGO	SP-MN-01
	PROCESO	SEGURIDAD DEL PACIENTE
	Versión 1	

RESOLUCIÓN XXX DEL 2022

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Gerente en uso de sus atribuciones legales, y en especial las que le confiere.

CONSIDERANDO

PRIMERO: Que el decreto 1011 del 2006 expedido por el Ministerio de la Protección Social, el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud SGSSS, incluye la seguridad dentro de las características requeridas para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, defendiéndola como “el conjunto de elementos estructurales, procesos instrumentales y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias”.

SEGUNDO: Que la resolución 1446 del 2006 también por el Ministerio de la Protección Social, por lo cual se define el sistema de información para la calidad y se adopta los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad” establece los niveles de operación del sistema de información para la calidad,

señalando que en el nivel de monitoria interna “es obligatorio hacer monitoria de indicadores de calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos”.

TERCERO: Que la Ley 100 de 1993, en su artículo 153 en el numeral 9º indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

CUARTO: Qué la resolución No.091 de 24 de abril de 2008, por el cual se adopta el decreto 1599 de 2005, establece como obligatorio la implementación del Modelo Estándar de Control Interno.

QUINTO: Que se hace necesario incorporar y establecer todos los elementos enunciados en el anexo técnico al Sistema de Control Interno de la entidad, con el fin de ajustarlo a las nuevas normas y tendencias de control, para que este sea efectivo, eficiente y eficaz.

SEXTO: Que la resolución 1445 de 2006, implanta los estándares de acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos.

Que, en virtud de lo anterior, se hace necesario adoptar la política de seguridad del paciente, como directriz que oriente el conjunto de estrategias y acciones tendientes a controlar y mejorar la prestación de servicio en la institución de primer de nivel de complejidad.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ART 1. ADOPCION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Adoptar dentro del Sistema de Obligatorio de Garantía de la Calidad, Sistema de Gestión de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno, una política de seguridad de paciente que direcciona todas las acciones de la institución de primer nivel de complejidad, en lograr la prestación del servicio bajo condiciones que permitan el control y mitigación de los riesgos propios de la atención en salud y logren un sistema de salud en forma segura y altamente confiable.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD.

La institución de salud de primer nivel complejidad, se compromete en promover un entorno seguro en la atención en la salud, en donde los riesgos asociados a la ocurrencia de los eventos adversos sean minimizados a partir de los procesos de atención en salud, a través estrategias que fortalezcan las barreras de seguridad en los reportes de incidentes o la ocurrencia de un eventos adversos de manera oportuna, promover la cultura de seguridad del paciente en los diferentes servicios ofrecidos por la instituciones, permitiendo generar acciones de mejoramiento continuo y la prevención de situaciones que afecten que la seguridad del paciente.

La importancia de la implementación de esta política de seguridad del paciente, juega un papel fundamental en la obligatoriedad y responsabilidad del seguimiento y mejoramiento continuo en la calidad de la atención en salud de la institución de primer nivel de complejidad, con el objetivo de disminuir los riesgos asociados a una atención insegura generada por el profesional de la salud durante la prestación de los servicios de salud, que permitan ejercer de manera adecuadas las estrategias y la identificación oportuna de los eventos adversos en las institución de salud.

ART 1. DEFINICION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, maximizar la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias. De igual forma, se incluyen todas las acciones encaminadas a la detección de incidentes que eventualmente puedan conducir a eventos adversos y el seguimiento a sus posibles consecuencias a fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.

ART 2. OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- Direccionar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad hacia la obtención de resultados tangibles y medibles, mostrando un claro impacto en un frente específico de trabajo.
- Disminuir la ocurrencia de los eventos adversos.
- Mejorar la efectividad de las acciones en salud
- Incrementar las barreras de seguridad, para establecer un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar las diferentes acciones del sistema hacia la obtención de resultados.
- Educar a los pacientes en su auto cuidado y promoción de la seguridad.
- Educar en las diferentes áreas del Hospital tanto al personal asistencial como el administrativo acerca de la importancia de trabajar sobre la seguridad del paciente.
- Crear una cultura organizacional de seguridad de paciente.
- Reducir los costos por la falta de calidad a la ocurrencia de un evento adverso.

ART 3. FUNCIONES DEL COMITÉ DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Diseñar nuevas estrategias de minimización del riesgo y analizar el grado de severidad, frecuencia y tipificación del evento en sí.
- Investigar e implementar las mejores prácticas existentes para el desarrollo de una cultura de seguridad de paciente al interior de la Institución.

- Diseñar acciones específicas que fomenten y promuevan la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes reportados junto con el equipo operativo.
- Involucrar al personal de salud en el proceso de identificación y reporte voluntario, confidencial y de vigilancia activa.
- Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos.
- Implementar, socializar y evaluar el programa de seguridad de paciente.
- Optimizar el reporte intrainstitucional y extra institucional de eventos adversos, incidentes y eventos centinela.

El comité de la política de seguridad del paciente se reunirá de manera bimensual y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran.

ART 4. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

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.

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 del área de salud. Es un deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

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

La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos los componentes.

MULTICAUSALIDAD:

El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

VALIDEZ:

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

ALIANZA CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA:

La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

ALIANZA CON EL PROFESIONAL DE LA SALUD:

La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos.

ART 5. ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA TRABAJAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Definir la seguridad del paciente como prioridad estratégica y transformación cultural.
- Involucrar a todos los actores críticos: Junta directiva, personal asistencial y administrativo, paciente y su familia.
- Implementar programas de educación continuada que capaciten y sensibilicen a todo el personal que labora en el Hospital sobre Seguridad de Paciente. A través del proceso de Gestión de Talento Humano se gestionará, organizará y coordinará un programa de capacitación permanente que permita crear una cultura de seguridad de paciente al interior del Hospital, orientado a la prevención de los principales eventos adversos y sus complicaciones. Así como la importancia de la captación y prevención de los incidentes y seguridad de paciente.

ART 6. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El comité de la política de seguridad del paciente, requiere de un asesor técnico-científico dentro de la institución de salud, cuya tarea principal sea sensibilizar y capacitar al personal sobre la política de seguridad del paciente, analizar, medir y evaluar las ocurrencias de un evento adverso dentro de la atención de salud, retroalimentar los resultados y gestionar los recursos necesarios para asegurar la calidad de la prestación de los servicios de salud.

ART 7. EQUIPO FUNCIONAL O LIDER DEL COMITÉ DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El líder encargado del comité de seguridad del paciente, socializará de acuerdo a la normatividad vigente a todo el personal asistencial y administrativo sobre la política de seguridad, los hallazgos encontrados en la ocurrencia de un evento adverso en donde se realizará acciones de medición, seguimiento, análisis y evaluación a estos eventos durante la atención de salud.

ART 8. EL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Se implementará e instaurará un comité dirigido a definir, analizar y establecer lineamientos en materia de seguridad de paciente.

- Estará integrado por un equipo base: subgerente científico, coordinador médico, enfermera de cada servicio auditor médico, y asesora de calidad, químico farmacéutico, estos integrantes a su vez realizaran invitaciones periódicas a miembros tanto asistenciales como administrativas del hospital dependiendo del tema a tratar.
- Cada uno de los integrantes deberá analizar, investigar, clasificar la gravedad del evento o incidentes reportados a través del formato “reporte de eventos adversos”.

- El análisis se fundamenta en la exposición del caso, la revisión de la historia clínica, el análisis con base en los mejores reportes existentes con el asesoramiento de pares (Según el caso) y con el único fin de evitar la reincidencia del evento adverso.

El comité de seguridad se reunirá mensualmente y realizará las siguientes actividades:

- Revisar, analizar, concluir el tipo de evento presentado y las acciones de mejoramiento a desarrollar.
- Diseñar nuevas estrategias de minimización del riesgo, controlar los eventos adversos y analizar el grado de severidad, frecuencia y tipificación del evento en sí.
- Investigar e implementar las mejores prácticas existentes para el desarrollo de una cultura de seguridad de paciente en la institución.
- Diseñar acciones específicas que fomenten y promueven la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes reportados.
- Establecer el perfil de riesgo institucional debidamente tipificado, clasificado, servicio involucrado.
- Implementar la vigilancia a eventos adverso/incidente/evento centinela un evento adverso se define como: cualquier lesión no intencional causada por la atención en salud, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente. Los eventos adversos son secundarios a la concatenación de diferentes errores en los distintos procesos y que finalmente produce daño al paciente. 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.

ART 9. ACCIONES PARA IMPLEMENTAR LA POLITICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Educación continuada en: prácticas seguras, prevención de infecciones, sistema de gestión de eventos adversos, fármaco y tecnovigilancia.
- Hacer que el personal sea consciente en ofrecer al paciente un ambiente seguro, estimulando y favoreciendo la respuesta oportuna y no punitiva frente a los eventos adversos e incidentes.
- La capacitación sobre eventos adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el fin de favorecer la “cultura del reporte”.
- Informar al paciente sobre sus derechos y deberes e involucrándolo en las soluciones, dentro de un ambiente de confidencialidad y confianza.
- Analizar cada evento adverso, asociándolos por causas y establecer estrategias de mejoramiento continuo gestionadas por los servicios.
- Elaborando planes de mejoramiento en cuanto: control de condiciones peligrosas en el ambiente físico, mitigación de eventos adversos, guías de manejo.
- Educación al paciente y su familia a través de folletos y cartillas en la cultura del autocuidado.

ART 10. IMPLEMENTAR LAS RONDAS DE SEGURIDAD:

Consiste en un mecanismo a través del cual, el nivel directivo del hospital, realiza rondas en la cuales únicamente se revisan y discuten temas de seguridad.

Las rondas de seguridad se realizarán en la periodicidad establecida por la Gerencia y con una duración promedio de una hora de acuerdo a cronograma establecido por la Gerencia. El objetivo de las rondas de seguridad es:

- Demostrar compromiso con la seguridad desde la alta dirección.
- Fomentar el cambio cultural frente a la seguridad.
- Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad.

- Establecer líneas de comunicación acerca de seguridad entre líderes, directivos y personal asistencial.
- Comprobar mejoramientos de la seguridad de los pacientes.
- Analizar fallas, errores y eventos adversos que han ocurrido o que estuvieron a punto de ocurrir durante la semana. Establecer las causas y formular medidas correctivas que se implementen y a las cuales se les realizará seguimiento.

ART 11. LAS BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

ART 12. FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La cultura de la seguridad del paciente es la capacidad de una organización de identificar, informar e investigar los incidentes y tomar medidas correctivas que mejoren el sistema de atención en salud, reduciendo el riesgo de la ocurrencia de los eventos adversos, para crear una cultura de seguridad del paciente se debe generar conciencia ante una situación que afecte al paciente y que puedan identificar las fallas de las ocurrencia de estos eventos e implementar estrategias para fortalecer la atención en salud.

Por consiguiente, las estrategias que se deben llevar a cabo dentro de la institución de salud, son acciones que se conviertan en oportunidades mediante sesiones pedagógicas, buscando la inclusión del paciente, sus cuidadores, el personal asistencial, administrativos quienes tienen un papel fundamental en la política de seguridad del paciente.

ART 13. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y modifica cualquier oficio administrativo anterior.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
GERENTE.**

ANEXO B: FORMATO DE ACTA DE REUNIÓN

		SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD					
		FORMATO: ACTA DE REUNIÓN				UNIDAD FUNCIONAL GESTIÓN DE CALIDAD	
		VERSIÓN					

	FECHA DE VIGENCIA		CÓDIGO	GCA-FO-01	PÁGINA	1 DE 1
--	--------------------------	--	---------------	------------------	---------------	---------------

ACTA N°.	LUGAR	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN
1				

TEMA:								
TIPO:	COMITÉ		SIAU		MEJORAMIENTO CONTINUO		OTRO	
ELABORADA POR:			CONVOCADA POR:			ANEXA ASISTENCIA	SI	NO
OBJETIVO:								
ASISTENCIA								
NOMBRE COMPLETO			UNIDAD FUNCIONAL / EMPRESA			FIRMA		
N°.	AGENDA: (ORDEN DEL DÍA)							
DESARROLLO DE LA REUNIÓN								
TAREAS O COMPROMISOS ACORDADOS			RESPONSABLE			FECHA DE ENTREGA		

ANEXO C: FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD Y MECI		
REGISTRO: REPORTE DE EVENTO ADVERSO	FECHA DE ELABORACIÓN	
	CÓDIGO	SP-RG- 02
	PROCESO	SEGURIDAD DEL PACIENTE
	VERSIÓN	
EVENTO ADVERSO		
NUMERO:		
NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA:		
FECHA:		
HORA:		
APELLIDOS COMPLETOS:		
NOMBRES COMPLETOS:		
EDAD:		
SEXO:	FEMENINO:	MASCULINO:
LUGAR DONDE SE PRESENTÓ EL EVENTO:		
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN IDENTIFICO EL EVENTO:		
EVENTO ADVERSO:		
N°	NOMBRE	
OTRO - ¿CUÁL?		
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:		

ANEXO D: PLAN DE CAPACITACIONES.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	FORMATO: PLAN DE CAPACITACIONES	UNIDAD FUNCIONAL GESTIÓN DE CALIDAD
		VERSIÓN

TEMAS	FECHA	POBLACIÓN	RESPONSABLE
Socialización de la política de la seguridad del paciente			
Sistema de reporte de un evento adverso			
Taxonomía de la política de la seguridad del paciente			
Buenas practica de la seguridad del paciente			
Ronda seguridad			
Socialización de protocolo antirrábico			
socialización protocolo de administración segura de medicamento			
Socialización de protocolo de atención del embarazo y el parto y el RN - examen físico del RN			
Socialización de protocolo en salud pública – DENGUE			
Socialización de protocoló de clasificación de Triage			
Valoración inicial y secundaria del PCT poli-traumatizado			
Técnicas de movilización y traslado de PCT. Movilización y transporte del PCT poli- traumatizado			
Socialización de protocolo de violencia sexual			
Socialización de protocolo de ingreso y egreso del paciente.			
Protocolo de manejo de código azul			
Protocolo de manejo de código rojo			
Socialización de protocolo de identificación del paciente.			
Aplicación de escala de Morse y Braden			
Protocolo de bioseguridad			
Consentimiento informado			
derechos y deberes del usuario			
RESPONSABLE:			

ANEXO E: TABLERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.



ISO 9001
icontec
Internacional

CAMA

NOMBRE: _____

ENTIDAD: _____

MEDICO TRATANTE: _____

AUXILIAR DE ENFERMERIA: _____

RIESGO DE UPP		RIESGO DE CAIDA	
BAJO		BAJO	
MEDIO		MEDIO	
ALTO		ALTO	

ALERGIAS

HE AQUÍ QUE YO LES TRAERÉ SANIDAD; LOS CURARÉ Y LES REVELARÉ ABUNDANCIA DE PAZ Y DE VERDAD: Jeremías 33:6

ANEXO F: ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD Y MECI			
	REGISTRO: ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS	Fecha de Elaboración	
		Código	SP-Rg- 02
		Proceso	Seguridad del Paciente
		Versión	

ANÁLISIS DE EVENTO ADVERSOS		
EVENTO ADVERSO NÚMERO:		
FECHA DE REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS		
PARTICIPANTE 1:		
PARTICIPANTE 2:		
PARTICIPANTE 3:		
POSIBLES CAUSAS		
CONDICIONES DEL PACIENTE	EQUIPO DE SALUD	MÉTODO- PROCEDIMIENTO
1.Edad	1.relaciones interpersonales	1.No existencia de procesos documentados
2.Discapacidad física o cognitiva	2. cansancio, sobrecarga laboral, estrés.	2.No adherencia a los procesos documentados
3.Alteración del estado de conciencia	3.Falta de capacitación	3.Documentacion no entendida o comprometida
4.No informar adecuadamente del estado de salud o alergias previas	4.Otras	4.Inadecuada comunicación en el equipo de trabajo5
5.Otras		5.Historia clínica mal diligenciada o incompleta
EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS	AMBIENTE
1.Falta de un equipo o accesorio	1.No disponibilidad de medicamentos o dispositivos médicos	1.Iluminacion
2.Inadecuado mantenimiento preventivo o correctivo de equipos	2.Medicamentos vencidos o deteriorados	2.Ruidos
3.Falta de conocimiento y entrenamiento en el uso del equipo	3. Mal uso de medicamentos o dispositivos médicos	3.Espacios no cómodos para circulación o maniobra
	4.Otras	4.temperatura ambiente
		5.Otras

ANEXO G: LISTA DE CHEQUEO DE SEGURIDAD DE LOS SERVICIO DE URGENCIA

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD Y MECI						
REGISTRO: LISTA DE CHEQUEO DE SEGURIDAD DE LOS SERVICIO DE URGENCIA		Fecha de Elaboración				
		Código			SP-Rg- 02	
		Proceso			Seguridad del Paciente	
		Versión				
No	CRITERIOS EVALUADOS	SI	NO	N/A	OBSERVACION	
1	Se realiza saludo y presentación al usuario.					
2	El personal socializa los derechos y deberes a los usuarios y familiares de acuerdo a la ruta establecida.					
3	Se cuenta con estrategias adicionales (mínimo 2) para la socialización de derechos y deberes.					
4	Se al usuario por los dos nombres y los dos apellidos claramente, si no responde se llama nuevamente.					
5	Se atendió oportuna, prioritariamente y sin barrera a la gestante, discapacitado, niño y anciano					
6	Se realizó manejo oportuno del dolor del paciente según historia clínica.					
7	Se brindó información oportuna al paciente o acudiente, por parte del médico tratante sobre su estado de salud y definición de su conducta.					
8	Se le brindo información al paciente o acudiente sobre sus derechos y deberes, orientado de acuerdo a su condición de salud y nivel educativo.					
9	El paciente y su familia manifiestan que el trato dado por el profesional médico y de salud fue respetoso, atento, amable, cordial y humano.					
10	La actitud del personal asistenciales humanizada y adecuado con los usuarios					
11	Existen los respectivos cuadros de turnos médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, personal (TAB).					
12	Si hay cambio de personal en el turno respectivo, están registrado y firmados los cambios.					
13	El personal está completo e ingresa puntual a laborar.					
14	La personal asistencia porta vestimenta adecuada de acuerdo a las normas de bioseguridad como también el uniforme y carne correctamente					
15	La ronda de entrega de turno se realiza con todo el equipo de trabajo.					
16	El personal de enfermería tiene conocimiento de los usuarios que están en el servicio.					
17	El personal aplica de las normas de bioseguridad necesarias durante la atención de los pacientes (lavado de mano, según los 10 correcto, normal de aislamiento, entre otros)					
18	El personal asistencial utiliza las medidas de protección pertinentes (guantes, tapabocas, etc.)					
19	La venopunción cumple con la correcta identificación, fijación y condiciones de bioseguridad.					
20	Este certificado el equipo asistencial de código azul.					
21	El carro de paro se encuentra limpio y sellado.					
22	La carpeta de verificación diaria de carro de paro contiene: el formato debidamente diligenciado, lista de chequeo carro de paro y acta de revisión de carro de paro.					
23	Se encuentra el formato de apertura de carro de paro debidamente diligenciado acta de la apertura de carro de paro.					
24	Funcionan correctamente los monitores.					
25	Los dispositivos de oxígeno se encuentran adecuadamente ubicada y asegurada.					
26	El servicio cuenta con insumos médicos quirúrgicos necesarios para su funcionamiento.					

27	Se realiza verificación de fechas de vencimiento del stop de medicamentos del servicio.					
28	Se da cumplimiento al procedimiento de referencia y contrarreferencia (remisión oportuna (máximo 4 hojas), diligenciamiento de c25 y TAB.					
29	Los recipientes corto-punzantes (guardianes) están debidamente fijados, los rótulos están debidamente diligenciados y no contienen agujas refundidas.					
30	El jabón quirúrgico, tiene fecha de cambio y posee fecha de apertura.					
31	Otros re-ensados (enziger, quiruger, gel conductor) poseen fecha de aperturas y de cambio.					
32	Los medicamentos se encuentran almacenado de forma adecuada, por paciente, carro de medicamentos o gavetas se encuentran en un lugar con temperatura regulada, refrigerados (en los que apliquen), en su empaque original con fecha de apertura (en los casos de multidosis)					
33	Los medicamentos que estén preparado se encuentran rotulados correctamente (nombre del medicamento, fecha, hora, identificación del usuario, concentración y fecha de vencimiento.					
34	Los dispositivos y paquetes de materiales estériles presentan fechas vigentes.					
35						
36	Los equipos biomédicos y de cómputo se encuentran conectados a redes eléctricas seguras (toma naranja o blanco según aplique)					
38	El personal de entrenamiento (estudiantes, internos y aprendices) se observa debidamente supervisado.					
38	El personal verifica que no hay sobrantes en el servicio y notifica oportunamente de los mismos.					
30	Los equipos biomédicos presentan guías rápidas u otro tipo de instrucciones de uso, los cuales son conocidos por el personal.					
40	Se está revalorando presentes de acuerdo a los parámetros institucionales.					
41	El manejo de los pacientes que se encuentran en observación es pertinente de acuerdo a la patología que presentan.					
42	Se evidencia una gestión oportuna de los pacientes que se encuentran en revisión.					
43	Se evidencia manejo de los tiempos de triage con los tiempos institucionales.					
44	Todos los pacientes atendidos cuentan con historia clínica sistematizada.					
45	Las órdenes médicas para la realización de procedimientos o administración de medicamentos están descritas.					
46	Todos los procedimientos realizados por el personal de enfermería son soportados con órdenes médicas y registradas en la historia clínica.					
47	Los procedimientos realizados se encuentran registradas en las notas de enfermería.					
48	Los procedimientos pendientes por realizar quedan registrados en las notas de enfermería.					
49	El Kardex de enfermería se encuentra actualizado y completamente diligenciado.					
50	Se está realizando de forma oportuna el reporte de falla de calidad y eventos adversos					
51	El personal utiliza y aplica las listas de chequeo divulgadas por la institución (entrega de turno, entre otras.)					
52	Se verifica el no uso de dispositivos de un solo uso.					
53	Acompañamiento de pacientes especiales (menores de edad, ancianos, discapacitados, etc.)					
54	Barandas de arriba, escalerillas en todos los pacientes, freno de camillas, adecuado e inmovilización de pacientes.					
55	En caso de existir obras de construcción, la institución ha implementado mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del usuario durante su proceso de atención y cerramientos necesarios para impedir la diseminación del polvo y otros contaminantes,					
56	La señalización para la evacuación en caso de emergencia es clara y consiente con las rutas correspondientes.					
57	La señalización para la evacuación de los residuos es clara y se respeta.					

58	Los extintores están correctamente ubicados, señalizados, con carga reglamentaria la fecha vigente e instrucciones de uso.					
59	Las zonas de acceso restringidos se encuentran debidamente demarcadas (cuartos de residuos, cuartos de almacenamiento de equipos, u otros espacios que generen riesgos).					
60	Se aplican las medidas tendientes a impedir el cruce entre los residuos, la ropa contaminada y la alimentación destinada a los pacientes.					
61	Adecuada disposición de residuos.					
62	Adecuado lavado e manos.					
63	Adecuado estado de equipos biomédicos.					
64	Mantenimientos preventivos de los equipos biomédicos					
65	El área se encuentra en óptimas condiciones de aseo y limpieza (habitaciones de usuarios, estancia de enfermería, cuarto limpio, cuarto sucio, cuarto de ropa, etc.)					
66	Las paredes, techos, muros, ventanas y otros elementos de infraestructuras se encuentran en buenas condiciones de mantenimiento.					
67	Se cuenta con recipientes necesarios para la gestión de los residuos y cumplen con las características reglamentarias.					
68	Se observan una correcta segregación de los residuos en los diferentes recipientes.					
TOTAL DEL CUMPLIMIENTO:						
HALLAZGOS						
EVALUACIÓN						
OPTIMA			MAYOR DEL 95%			
ADECUADA			85% A 95%			
ACEPTABLE			70% A 85%			
DEFICIENTE			55.1% A 70%			
INACEPTABLE			MENOR DEL 55%			
NOMBRE DEL EVALUADOR:						
PERSONAL QUIEN RECIBE LA INFORMACION:						