	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 1 de 45

MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO.

 una e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 2 de 45

TABLA DE CONTENIDO

1.	FUNDAMENTO	5
2.	PROPÓSITO	6
3.	ALCANCE	6
4.	INTRODUCCIÓN.....	6
5.	OBJETIVOS	7
5.1.	GENERAL.....	7
5.2.	ESPECÍFICOS.....	7
6.	ANTECEDENTES	8
7.	MARCO LEGAL.....	8
8.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	10
8.1.	SEGURIDAD DEL PACIENTE	10
8.2.	ATENCIÓN EN SALUD	10
8.3.	INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA.....	10
8.4.	FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	10
8.5.	RIESGO.....	10
8.6.	EVENTO ADVERSO	10
8.7.	MODELO EXPLICATIVO.....	11
8.8.	CASI EVENTO ADVERSO	11
8.9.	COMPLICACIÓN.....	12
8.10.	INCIDENTE	12
8.11.	ACCIÓN INSEGURA.....	12
8.12.	VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	12
8.13.	BARRERA DE SEGURIDAD	12
8.14.	SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO	13
8.15.	ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO	13
8.16.	EVENTO CENTINELA	13
8.17.	FALLA ACTIVA	13
8.18.	FALLA LATENTE	13

 e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 3 de 45

8.19.	TECNOVIGILANCIA.....	13
8.20.	FARMACOVIGILANCIA	14
8.21.	REACTIVOVIGILANCIA	14
8.22.	RONDA DE SEGURIDAD	14
8.23.	SESIONES BREVES DE SEGURIDAD	14
8.24.	PROTOCOLO DE LONDRES	14
8.25.	CONTEXTO CLÍNICO.....	15
8.26.	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	15
8.27.	CULTURA JUSTA.....	15
8.28.	ERROR USO.....	15
8.29.	EVIDENCIA CIENTÍFICA	16
8.30.	FACTOR CONTRIBUTIVO.....	16
8.31.	MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA	16
8.32.	MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	16
8.33.	INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.....	16
9.	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	16
9.1.	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	16
9.2.	IMAGEN DEL PROGRAMA.....	17
9.2.1.	Justificación del Logo Símbolo.....	17
9.3.	REFERENTE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	18
9.4.	PRINCIPIOS O PREMISAS DEL PROGRAMA.....	18
9.5.	DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ALINEADA CON LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y POLÍTICA DE CALIDAD	19
9.5.1.	Misión.....	19
9.5.2.	Visión	20
9.5.3.	Política de Calidad	20
9.5.4.	Política de Seguridad del Paciente	20
9.5.5.	Componentes de la Política de Seguridad del Paciente	21
9.6.	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	21
9.6.1.	Integrantes del Comité de Seguridad del Paciente.....	21

 e. s. e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 4 de 45

9.6.2.	Funciones	22
9.7.	ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	23
9.7.1.	Procesos Institucionales Seguros	23
9.7.2.	Procesos Asistenciales Seguros.....	27
9.7.3.	Incentivar Prácticas que mejoren la actuación de los Profesionales	32
9.7.4.	Involucrar los Pacientes, Familia y Acudientes en su Seguridad.....	32
10.	IMPLEMENTACIÓN ORGANIZACIONAL DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	33
10.1.	LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	33
10.2.	CICLO DE PLANEACIÓN Y PREPARACIÓN	33
10.2.1.	Definición del proceso y documentación del mismo	33
10.2.2.	Conformación de Equipo de Líderes de la Seguridad del Paciente	34
10.2.3.	Revisión Documental y Socialización	34
10.2.4.	Fases de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente	34
11.	PRIORIZACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS A VIGILAR EN EL HOSPITAL	34
11.1.	LISTADO INSTITUCIONAL DE EVENTOS ADVERSOS PRIORIZADOS	36
12.	REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO DE REPORTE Y GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO	38
13.	ACTIVIDADES PARA INSTITUCIONALIZAR LA CULTURA DE SEGURIDAD	38
14.	ESCUCHA DE LA VOZ DEL USUARIO.....	39
15.	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	39
16.	INFORMES E INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	40
16.1.	INDICADORES TRAZADORES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD	40
17.	BIBLIOGRAFIA.....	44
APROBACIÓN DEL DOCUMENTO.....		¡Error! Marcador no definido.

 e . s . e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 5 de 45

1. FUNDAMENTO

En sistemas tan complejos como son los de la prestación de servicios de salud, alguno o algunos de los procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Los eventos adversos se generan dentro del proceso de atención que se realizó en el paciente y son incidentes que no son parte del mismo pero cuyas consecuencias pueden afectar la salud de un paciente o la evolución de su enfermedad.

Por otra parte existen complicaciones de la atención cuando las situaciones que afectan la salud del paciente y la evolución negativa de su enfermedad se generan por la misma atención y son una consecuencia posible de la intervención realizada.

Dentro de estas situaciones se encuentran las reacciones medicamentosas las complicaciones médicas por la aplicación de un tratamiento o las complicaciones quirúrgicas por las consecuencias de un procedimiento quirúrgico.

Dentro del espectro de los riesgos de la seguridad del paciente también se encuentran las infecciones intrahospitalarias y situaciones administrativas o procedimentales que también pueden afectar la seguridad del paciente no solo desde el punto de vista de salud sino también desde el punto de vista de su intimidad o de su patrimonio.

La Normatividad vigente se basa en el concepto de seguridad del paciente el cual busca prevenir los riesgos que se generan en la atención de un paciente y que pueden conducir a eventos adversos o complicaciones de su atención.

En primer lugar el Modelo estándar de Control interno (MECI) apunta a los riesgos que se pueden generar de la gestión de una institución y que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales e introduce el concepto de la administración del Riesgo en las entidades, teniendo en cuenta a todas las organizaciones independientemente de su naturaleza, tamaño y razón de ser.

Desde la perspectiva del control el mismo interpreta que la eficiencia del control es la reducción de los riesgos, es decir: el propósito principal del control es la eliminación o reducción de los mismos propendiendo porque el proceso y sus controles garanticen, de manera razonable que los riesgos están minimizados o se están reduciendo y por lo tanto, que los objetivos de la organización van a ser alcanzados.

Dentro de los riesgos evidenciados en el MECI hay un capítulo importante de riesgos correspondientes a los definidos expresamente, o que se desprenden de los sistemas de habilitación y acreditación. Riesgos que están más enfocados en el caso del sistema de Habilitación a los riesgos dependientes de los procesos asistenciales y en el sistema de acreditación de los riesgos dependientes de la atención al individuo y de sus condiciones como ser humano.

 e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 6 de 45

Tanto en el componente de los riesgos dependientes de la Habilitación como de la Acreditación se trascienden los aspectos puramente misionales para avocar también aspectos de apoyo que están íntimamente relacionados con la prestación de servicios de salud.

2. PROPÓSITO

Desarrollar un sistema unificado para el manejo de Riesgos de Paciente que incluya los incidentes y eventos adversos de la atención, las complicaciones médicas y quirúrgicas articuladas con los sistemas de Tecnovigilancia y Farmacovigilancia y el seguimiento y manejo de las Infecciones intrahospitalarias. En el sistema se incluyen las estrategias que propendan por la identificación, análisis y seguimiento a los eventos adversos, incidentes y acciones inseguras complicaciones médicas y quirúrgicas y las Infecciones intrahospitalarias, así como la retroalimentación de los hallazgos a las diferentes áreas del Hospital y la inclusión de las acciones pertinentes y consolidación de las mismas en los planes de mejoramiento y mitigación de los riesgos.

3. ALCANCE

Este Manual aplica a todos los procesos asistenciales y administrativos relacionados con la atención integral de salud realizada en el ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO.

4. INTRODUCCIÓN

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

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

La política para seguridad del paciente se basa en lograr el desarrollo de diferentes estrategias y acciones dentro de las cuales se destacan:

- Crear las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adverso

 e . s . e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 7 de 45

- Adopción de una estrategia institucional: orientada hacia la mejora de la seguridad del paciente.
- Adopción de la Política Institucional de Seguridad del Paciente
- Adopción de Metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos, incidentes y acciones inseguras
- Adopción de Procesos para la detección de la ocurrencia de eventos adversos
- Definición de Metodologías para el análisis de los eventos adversos incidentes y acciones inseguras
- El Reporte Extra institucional

5. OBJETIVOS

5.1. GENERAL

Establecer los lineamientos y estrategias encaminadas a incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras en la atención en salud que garanticen el cumplimiento de la política de seguridad del paciente del ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, promoviendo un entorno seguro para el usuario, su familia y el personal de salud.

5.2. ESPECÍFICOS

- Promover la cultura de seguridad en todos los trabajadores del ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO.
- Implementar un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos, y acciones inseguras que permita el análisis y la gestión, con el fin de disminuir su incidencia y prevalencia.
- Desarrollar las acciones necesarias que garanticen la calidad de la atención y la seguridad del paciente desde el ingreso hasta el egreso de la institución.
- Definir e implementar los mecanismos para prevenir la aparición de los eventos adversos.
- Establecer los lineamientos, estrategias y acciones relacionados con la seguridad del paciente, ejecutadas por las diferentes instancias de la institución.
- Fomentar en los pacientes y familiares la participación activa en las prácticas de seguridad.
- Disminuir costos a la institución y al sistema de salud por eventos adversos.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad de los pacientes por causa de los eventos adversos.

 e. s. e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 8 de 45

6. ANTECEDENTES

En Colombia se han venido desarrollando adelantos en cuanto al tema de seguridad del paciente muy de la mano con el avance que se ha realizado en cuanto al sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Es así como en cabeza del Ministerio de la Protección Social en el año 2004, se comenzó puntualmente el seguimiento a los eventos adversos trazadores, por lo tanto se inició el proceso de promover a través de las entidades de control el proceso de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones

Fue entonces cuando con la colaboración del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC), como ente acreditador en salud, estableció como prerrequisito para aplicar a la acreditación en salud, que la institución desarrollara a través de procesos tangibles la vigilancia de los eventos adversos trazadores

Dos años más tarde, en 2006, se tomó la determinación de extender la estrategia de vigilancia de los eventos a todo el país, por lo que se expide la Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y se genera el listado de referencia de los eventos trazadores de Calidad los cuales contemplan la vigilancia por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y las Administradoras de Planes de Beneficios. En la actualidad la Resolución vigentes es la Resolución 256 de 2916

7. MARCO LEGAL

RESOLUCION 3100 de 2019 Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN 123 de 2012. Ppresenta los lineamientos que guiaran el proceso de Acreditación para las instituciones hospitalarias y ambulatorias y los estándares de Acreditación correspondientes, además se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los estándares para su cumplimiento. Por tratarse de un tema de crucial significancia para la atención con calidad en todos los estándares se encuentra inmersa la necesidad de identificar y controlar los eventos adversos de la organización.

RESOLUCIÓN 073 DE 2008. Por la cual se adopta la Política de Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias- IIH para Bogotá D.C.

CIRCULAR EXTERNA No. 049 del 2 de abril de 2008. La cual realizó modificación a las instrucciones generales y de remisión de información para la inspección, vigilancia y control contenidos en la circular externa no. 047 (circular única)

 e . s . e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 9 de 45

LEY 1122 del 9 de enero de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

DECRETO 1011 de 2006 (Abril 3). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 2º.- DEFINICIONES.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SOGCS-. Es el 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.

Artículo 3º. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a 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 los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

RESOLUCIÓN 256 de 2016 "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud"

LEY 715 del 21 de diciembre 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357(Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros."

DECRETO 2174 del 28 de Noviembre de 1996. En concordancia con lo dispuesto en la Ley 10190, los artículos 153 numeral 9; 154 literal c); 178 numerales 4 y 6; 186; 190 ; 199 ; 227; y 232 de la Ley 100 de 1993. El cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud

LEY 100 del 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el -sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Decreto reglamentario 1562 de 1984, estableció en el capítulo III: .Todo hospital ubicado en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, conformará su respectivo comité de infecciones intrahospitalarias.

 e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 10 de 45

8. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

8.1. 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.

Conjunto de actividades que realizan las organizaciones y sus colaboradores, con el fin de reducir hasta el máximo nivel posible, las lesiones o daños derivados de fallas organizacionales o del equipo de salud en los pacientes que atienden, por medio de un proceso continuo de identificación de peligros o incidentes y de manejo riesgos, el cual se consigue a través de la implementación de un sistema de seguridad en el paciente, denominado PPS (Programa de Seguridad del Paciente).

8.2. ATENCIÓN EN SALUD

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

8.3. INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA

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

8.4. FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

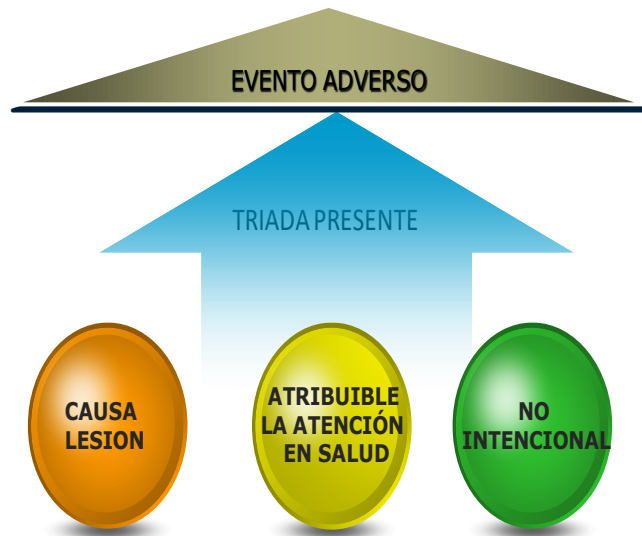
Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación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

8.5. RIESGO

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

8.6. EVENTO ADVERSO

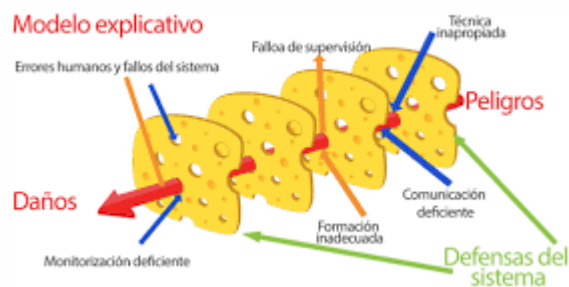
Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.



Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

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

8.7. MODELO EXPLICATIVO



8.8. CASI EVENTO ADVERSO

(“near miss” o “close call”) Situación en la que la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, pero, como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta evento adverso.

	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 12 de 45

8.9. COMPLICACIÓN

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

Aquellos resultados negativos, clínicos o quirúrgicos que no se asocian con error de las personas o de los procesos, sino que tiene que ver con la naturaleza propia de la patología del paciente y/o de su intervención o tratamiento.

8.10. INCIDENTE

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

8.11. ACCIÓN INSEGURA

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

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

- La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
- La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

- No monitorizar, observar o actuar.
- Tomar una decisión incorrecta.
- No buscar ayuda cuando se necesita.

8.12. VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

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

8.13. BARRERA DE SEGURIDAD

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

 e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 13 de 45

8.14. SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

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

8.15. ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO

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

8.16. EVENTO CENTINELA

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

8.17. FALLA ACTIVA

Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.

8.18. FALLA LATENTE

Fallas en los sistemas de soporte.

8.19. TECNOVIGILANCIA

sistema de vigilancia postmercado, constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo.

	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 14 de 45

8.20. FARMACOVIGILANCIA

Sistema que recoge, vigila, investiga y evalúa la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas, conocer su frecuencia y prevenir los daños en los pacientes (OMS).

Actividad en Salud Pública que se encarga de la detección, valoración, entendimiento y prevención de efectos adversos o de cualquier otro problema relacionado con medicamentos, que se dispensan con o sin fórmula (INVIMA).

8.21. REACTIVOVIGILANCIA

Es el conjunto de actividades que tiene por objeto la identificación y cualificación de efectos indeseados ocasionados por defectos en la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo o características que puedan estar relacionadas con estos

8.22. RONDA DE SEGURIDAD

Conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias para referirse a errores o eventos adversos que ocurren durante el proceso clínico asistencial).

8.23. SESIONES BREVES DE SEGURIDAD

Sesión donde se tratan temas de seguridad del día de un área asistencial

8.24. PROTOCOLO DE LONDRES

Es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos".

Es otro método utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. Introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio (multicausal) para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos.

	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 15 de 45

8.25. CONTEXTO CLÍNICO

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

8.26. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud. El concepto de cultura de seguridad incorpora:

- Creencia y valores compartidos
- Reclutamiento y entrenamiento con el concepto de seguridad en mente
- Compromiso organizacional para detectar y analizar lesiones en el paciente y casi eventos adversos
- Comunicación abierta
- Cultura justa

8.27. CULTURA JUSTA

- Ambiente en el que los errores no se personalizan, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable.
- Ambiente en el que quien reporta un incidente no es culpado ni castigado. Por el contrario es recompensado.
- Ambiente en el que quien no reporta es castigado, no por el incidente sino por el ocultamiento.
- Ambiente en el que se habla desprevencionalmente de los errores y se aprende de ellos.
- No se pregunta ¿quién? sino ¿qué?

8.28. ERROR USO

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

 <p>e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</p>	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 16 de 45

8.29. EVIDENCIA CIENTÍFICA

Observación generalizable, replicable por personas diferentes, en sitios y momentos diferentes, proveniente de investigación clínica rigurosa, que sistemáticamente minimiza el error humano.

8.30. FACTOR CONTRIBUTIVO

Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

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

8.31. MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

Uso consciente, explícito y razonado de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones en el cuidado de pacientes individuales.

8.32. MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Es el referente conceptual y metodológico para implementar sistemáticamente en una institución de salud, un Conjunto articulado de Conceptos, Políticas, Estrategias y Herramientas, que se potencian para, deliberadamente; reducir los riesgos y mejorar los resultados en el paciente, brindar la atención en un entorno seguro, generar y mantener una cultura de seguridad

8.33. INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Infecciones que ocurren durante la permanencia o concurrencia de un paciente al hospital y que no estaban presentes ni se encontraban en su estado de incubación al ingreso.

9. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

9.1. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Programa de Seguridad del paciente del ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO se estableció desde el año 2009 a través de la Resolución No. 622 del 5 de octubre de 2009 con la cual se aprobó también la Política de Seguridad del Paciente y se

	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 17 de 45

conforma el comité de Seguridad del Paciente. Esta Resolución fue modificada y actualizada por la Resolución No. 0299 del 14 de marzo de 2016.

9.2. IMAGEN DEL PROGRAMA

En el año 2020, se realizó una actividad institucional para definir la imagen que representa el programa. La imagen seleccionada fue



9.2.1. Justificación del Logo Símbolo

Para el diseño del Logo de Seguridad del Paciente, se tuvo en cuenta 5 elementos que tienen relación con el paciente y la Institución.

- Una Cruz
 - Un Escudo
 - Las Manos
 - El paciente
 - Los Colores
- ✓ **La Cruz** : Que es reconocida mundialmente también como símbolo de la Medicina
 - ✓ **El Escudo**: Significa protección que se le brinda al paciente y su forma tiene similitud con un Tapaboca que es uno de los elementos de Bioseguridad que se utiliza para la protección de la propagación de las Infecciones.

 e . s . e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 18 de 45

- ✓ **La Manos:** Que sostienen el escudo significa Seguridad al Paciente, porque una de las Medidas de Bioseguridad es el Lavado de Manos, es importante realizar adecuada y oportunamente una buena asepsia y desinfección antes y después de estar en contacto con el paciente y todo lo que tiene que ver con su entorno para así evitar el contagio.
- ✓ **El paciente:** En color rojo está representado en un Fonendoscopio, además una de sus partes en forma de corazón se asemeja a la mitad del Logo del Hospital.
- ✓ **Los Colores:** Se tuvo en cuenta los colores Instituciones que representan al ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, que son: el rojo, los azules y el blanco.

9.3. REFERENTE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Gerencia designó como referente del programa al Subgerente Científico y Asistencial, quien trabajará junto con los líderes de los procesos asistenciales para lograr la organización del trabajo en todo lo relacionado con la seguridad del paciente, teniendo como prioridad: promover y divulgar la cultura de seguridad, realizar investigación y análisis de las causas de los eventos adversos, incidentes y Acciones inseguras. Para apoyar el desempeño operativo del Programa de Seguridad del paciente en el ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, se contará con un profesional de la salud

La implementación del Programa de Seguridad del Paciente, está enmarcada en la aplicación de la Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (www.minproteccionsocial.gov.co), emitida por el Ministerio de la Protección Social el día 4 de Marzo de 2010, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La guía del Ministerio brinda una serie de recomendaciones técnicas de instituciones acreditadas del país, de entidades a nivel mundial reconocidas en este campo como son la Organización Mundial de la Salud a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y la Joint Commission y recopila prácticas de la literatura que cuentan con evidencia científica o recomendadas por grupos de expertos, que incrementan la seguridad de los pacientes

9.4. PRINCIPIOS O PREMISAS DEL PROGRAMA

Se establecen los siguientes principios transversales que orientan todas las acciones a implementar.

Enfoque de atención centrada en el paciente: el resultado más importante que se desea obtener es la satisfacción del usuario y su seguridad, este es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas de la institución

 e . s . e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 19 de 45

Es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención diariamente, para analizarlas y generar una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita.

Trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.

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

Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

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

Validez: Para 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 por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

9.5. DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ALINEADA CON LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y POLÍTICA DE CALIDAD

9.5.1. Misión

Mejorar la salud de la población del Departamento del Atlántico y de la región Caribe; a través de la prestación integral de servicios de salud con altos estándares de calidad a partir de la prestación de servicios de alta complejidad, la humanización del servicio y la formación del talento humano en salud de la región.

 <p>e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</p>	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 20 de 45

9.5.2. Visión

Ser siempre, la entidad de salud pública reconocida por los atlanticenses por brindar una solución inclusiva caracterizada por su calidad, idoneidad y sostenibilidad, aportando a la mejora social de las personas, la región y el país, a partir de procesos de atención, innovación en el servicio, investigación y formación del talento humano en salud.

9.5.3. Política de Calidad

El ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO se compromete a brindar servicios de salud humanizados con calidad a través de un enfoque de mejoramiento continuo y compromiso social, enmarcados en los principios y valores institucionales, procurando generar el mínimo riesgo en la atención, para mejorar la satisfacción de nuestros usuarios, sus familias, colaboradores y otras partes interesadas

9.5.4. Política de Seguridad del Paciente

El ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO, se compromete a brindar una atención segura y humanizada, minimizando los riesgos durante la presentación de los servicios; implementando y promoviendo cultura de seguridad del paciente, fomentando estrategias de capacitación continua, fortaleciendo las prácticas seguras y haciendo gestión de los reportes que conlleve al aprendizaje organizacional y al mejoramiento continuo de los procesos, para disminuir la incidencia de los eventos adversos.

9.5.4.1. Objetivo General de la Política de Seguridad del Paciente

Promover un entorno seguro para la reducción de riesgos y la prevención de eventos adversos.

9.5.4.2. Objetivos Específicos de la Política de Seguridad del Paciente

- Crear estrategias y/o herramientas que permitan implementar prácticas seguras en la atención de pacientes en cada uno de los servicios del ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO.
- Diseñar estrategias continuas para la difusión, capacitación y/o entrenamiento a clientes internos y externos del Programa de Seguridad institucional
- Promover la cultura de seguridad y la cultura justa.
- Fortalecer el sistema de reporte y la gestión de eventos e incidentes en cada uno de los servicios ofertados.
- Identificar y minimizar las acciones inseguras que causan los eventos adversos e incidentes.
- Mitigar los efectos del evento adverso sobre los pacientes
- Seguimiento a procesos prioritarios Salud Mental

 e . s . e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 21 de 45

9.5.5. Componentes de la Política de Seguridad del Paciente

Idoneidad del personal: Idoneidad del personal: Incluye el cumplimiento a los requisitos de la normatividad vigente, cumplimiento del plan anual de capacitación, intervención del clima organizacional, programa de riesgo psicolaboral. Se debe tener en cuenta la estandarización de convenios docente asistencial.

Prácticas misionales seguras: Incluye seguimiento de: eventos adversos, incidentes y acciones inseguras, definición de riesgos, indicadores de calidad, aplicación de normas de bioseguridad, control de medicamentos, prevención de infecciones nosocomiales, medición de adherencia a guías de manejo y calidad del registro de la historia clínica.

Equipos seguros: Incluye disponibilidad de equipos, programa de mantenimiento y calibración de equipos que lo requieran, programa de Tecnovigilancia.

Infraestructura segura: Garantizar cumplimiento de requisitos de habilitación y mantenimiento de la infraestructura física.

Cuidado del usuario: Incluye enseñanza de rutas de evacuación y planes de emergencia, seguridad de los menores en la Institución, seguridad de pertenencias, extravío de usuarios y evasiones

Insumos seguros: Calidad asegurada de los insumos, análisis técnico de adquisiciones, programa de Farmacovigilancia y Reactivovigilancia.

Seguridad documental: Incluye archivo de Historia Clínica y demás documentos del usuario así como de documentos con información confidencial.

Cadena de custodia: salvaguarda de pertenencias del usuario que pueden servir como pruebas en eventos de seguimiento judicial o similar.

9.6. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se actualiza la constitución del comité de Seguridad del Paciente con la Resolución No. 0299 del 14 de marzo de 2016

El Comité de Seguridad del paciente es una instancia de carácter de asesor técnico científico dentro de la institución, cuya finalidad principal es sensibilizar y capacitar al personal de la IPS en seguridad del paciente, analizar las situaciones adversas que se presenten en los usuarios durante la atención en salud, retroalimentar los resultados y diseñar estrategias para asegurar la calidad de la prestación del servicio mediante la adopción de medidas de prevención y control de los incidentes y los eventos adversos prevenibles mediante la puesta en marcha del Programa de Seguridad para el Paciente.

9.6.1. Integrantes del Comité de Seguridad del Paciente

- Gerente y/o su delegado
- Subgerente Científico
- Subgerente Administrativo

 <p>e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</p>	<p>ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 22 de 45

- Jefe de Control interno
- Jefe Oficina Jurídica y Control Disciplinario
- Jefe Oficina Garantía de la Calidad
- Profesional Especializado Grupo Funcional Gestión Humana
- Profesional Especializado Grupo Funcional Recursos Físicos
- M.E.G.F Asistenciales- Hospitalización, Cirugía, UCIS y Consulta Externa y Neurociencias
- Químico Farmaceuta
- Trabajadora Social de Oficina de Atención al Usuario
- Profesional Especializado Docencia e Investigación

Parágrafo Uno: Podrán ser invitados los servidores públicos y contratistas que se requieran para el debido análisis, evaluación o aclaración de conceptos o temas específicos y técnicos, quienes contarán con voz pero sin voto.

Parágrafo Dos: Este Comité será presidido por el Funcionario Jefe de la Oficina de Garantía de la Calidad y obrará como secretario el encargado del Programa de Seguridad del Paciente.

9.6.2. Funciones

- Formular las políticas institucionales relacionadas con gestión de riesgos que garanticen la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud, tomando como referente las políticas expedidas por del Ministerio de la Salud y de la Protección Social respecto del tema, de manera articulada con el Programa de Seguridad institucional
- Establecer las directrices sobre el modelo organizacional para el análisis de las situaciones adversas que se presenten durante la atención y controlar su cumplimiento estricto.
- Organizar y coordinar los programas de educación continua sobre seguridad del paciente a todos los niveles de la IPS
- Analizar con los líderes de los procesos, las posibles fallas que puedan presentarse en la atención del paciente, el potencial efecto adverso sobre el paciente, las causas de las fallas y las actividades de control que se desarrollan en la institución para detectarlas con el fin de establecer acciones preventivas que eviten su ocurrencia
- Sensibilizar a todo el personal del Hospital en la importancia del reporte de las situaciones adversas que se presenten durante la atención
- Realizar un proceso regular y continuo de recolección, procesamiento, análisis, evaluación y control permanente de los reportes de situaciones adversas derivadas de la atención.

	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 23 de 45

- Analizar la información de importancia para la seguridad del paciente, obtenida por diferentes fuentes de información:
 - ✓ Registros de consulta y egresos
 - ✓ Rondas de seguridad
 - ✓ Ficha de reporte de eventos adversos
 - ✓ Informe de análisis y seguimiento de eventos adversos
- Evaluar los eventos adversos y los incidentes detectados en la institución, analizarlos y proponer acciones para eliminar su aparición y mitigar las consecuencias que de estos se derivan, formulando acciones preventivas para evitar que vuelvan a ocurrir.
- Hacer seguimiento al tratamiento dado al paciente que ha sufrido un evento adverso durante la atención
- Elaborar y realizar el análisis pertinente a los indicadores de seguridad en la prestación de servicio, tanto institucionales como los requeridos por entes de vigilancia y control
- Evaluar las actividades de prevención y control de los eventos adversos que afecten a los usuarios presentes en la sede y al personal mismo que trabaja en ella.
- Hacer seguimiento a la implementación de programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia, tomando como referente los estándares y la normatividad emanada del Ministerio de la Protección Social y del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)
- Hacer seguimiento y análisis a los resultados de las acciones formuladas para controlar los factores que contribuyen a la presencia de atenciones inseguras o fallas en la atención y que están generando eventos adversos prevenibles o incidentes en los pacientes.

9.7. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO adopta de la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente, los siguientes paquetes instruccionales:

9.7.1. Procesos Institucionales Seguros

9.7.1.1. Seguridad del paciente y la atención segura

El Programa de Seguridad del Paciente cuenta con el apoyo de la alta gerencia para su implementación y desarrollo del programa, lo cual se convierte en una fortaleza

- Establecimiento y cumplimiento de procesos de inducción a funcionarios y personal en formación, reinducción y capacitación a los colaboradores.

 <p>e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</p>	<p>ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 24 de 45

- Aseguramiento de las competencias del personal teniendo en cuenta educación, formación, experiencia y habilidades.
- Socialización y evaluación del nivel de entendimiento de la política de seguridad del paciente por parte de los funcionarios de la institución.
- Capacitación en seguridad del paciente al personal asistencial, administrativo y de apoyo.
- Implementación de encuesta de clima de seguridad del paciente.
- Estandarización y Difusión de guías y protocolos de la atención de los pacientes por servicio.
- Medición y análisis de la adherencia a guías y protocolos de la atención de los pacientes.
- Implementación de la Historia Clínica Electrónica para toda la institución.
- Establecimiento, Cumplimiento y Difusión del Plan de emergencias Hospitalario.
- Conformación y funcionamiento de la Brigada de Emergencias.
- Establecimiento y cumplimiento del Plan de Mantenimiento Hospitalario y Calibración de equipos
- Establecimiento, Cumplimiento y Difusión del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS).
- Funcionamiento del Comité de Infecciones.
- Gestión segura de la tecnología biomédica con la implementación del Programa de Tecnovigilancia.
- Educación en Seguridad del paciente: a través del desarrollo de cronograma de actividades educativas dirigidas a todo el personal asistencial, dos veces en el año.
- Capsulas de seguridad: Reuniones de 10 minutos con el personal asistencial en los diferentes servicios, donde se conversará de un tema de seguridad del paciente para suministrar información relacionada con una práctica segura
- Gestión segura del uso de medicamentos con la participación activa y directa de la química farmacéutica y la implementación de procedimientos a cada una de las etapas del manejo de los medicamentos y el programa de farmacovigilancia
- Implementación de las metas globales de seguridad del paciente
- Involucramiento del paciente y la familia en su seguridad
- Mecanismos de reporte de eventos adversos
- Establecimiento de herramientas para la construcción de cultura de seguridad, a través de la participación del equipo interdisciplinario, con un enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine la conciencia del error cometido, motivación y afianzamiento de la cultura de seguridad desde sus puestos de

 e . s . e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 25 de 45

trabajo. Se impulsa un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables, para generar en todos los funcionarios una cultura justa, educativa y no punitiva que fomente la responsabilidad y el autocontrol.

- Búsqueda activa de los riesgos que puedan desencadenar eventos adversos con la realización de las rondas de seguridad.

9.7.1.2. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente

Estrategias implementadas para facilitar la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos y la identificación de riesgos

- Rondas de Seguridad algunos integrantes del comité de seguridad del paciente, visitaran un servicio sin aviso previo, esto para que se mantengan preparados en todo momento; durante la ronda se aplicaran una lista de chequeo, una encuesta al personal asistencial y una encuesta al paciente. Se recolectará toda la información obtenida en la ronda de seguridad en los respectivos registros, donde quedará por escrito los compromisos y la realización del plan de mejoramiento por parte del líder del proceso.
- Se realiza posteriormente una visita de seguimiento en la cual se verifica el cumplimiento de los compromisos
- La monitorización de la evolución del programa se hace con uso de listas de chequeo y seguimiento de Indicadores:
 - ✓ Adherencia a Guías de Práctica Clínica
 - ✓ Adherencia al Manual de Bioseguridad Adherencia al Lavado de manos
 - ✓ Proporción de Gestión de los Eventos Adversos reportados
 - ✓ Tasa de Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)
 - ✓ Porcentaje de Errores de Medicación
 - ✓ Proporción de Caídas del Paciente
 - ✓ Proporción de úlceras de presión
 - ✓ Proporción de intento de suicidio del Paciente
 - ✓ Proporción de agresión entre Pacientes
 - ✓ Proporción de Evasión de Pacientes
 - ✓ Proporción de Consumo de sustancias psicoactivas en la institución

9.7.1.3. Investigación y análisis de eventos adversos e incidentes

El Hospital cuenta con el Manual del sistema de Reporte y Gestión de eventos ML-SP-004 V4, el cual tiene dentro de sus objetivos:

- Fomentar la cultura de reporte de incidentes y eventos adversos.

 <p>e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</p>	<p>ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 26 de 45

- Analizar todos los incidentes y eventos adversos reportados.
- Cuantificar y calificar los eventos en cuanto a su severidad.
- Cuantificar y calificar los factores de riesgo y grupos de riesgo.
- Definir las barreras de seguridad necesarias para prevenir la recurrencia de eventos e incidentes adversos.

A continuación se relaciona el contenido del Manual del sistema de Reporte y Gestión de eventos ML-SP-004 V4:

- Procedimiento para el reporte y gestión de eventos relacionados con la atención del paciente.
- ¿Qué hacer ante un indicio de atención insegura, incidente o evento adverso?
- ¿Qué se debe reportar?
- ¿Quién debe reportar?
- ¿Cuándo reportar?
- ¿Cómo reportar?
- ¿A quién se reporta?
- ¿Cómo se asegura la confidencialidad del reporte?
- ¿Qué hacer con los reportes recibidos?
- ¿Cómo se analiza el evento?
- ¿Qué información debemos tener para el análisis?
- ¿Quién analiza el evento?
- ¿Cuáles son los roles y responsabilidades del equipo unidad de análisis eventos relacionados con la atención en salud?
- Elaborar plan de mejoramiento

Para la investigación y análisis se utiliza el modelo multi-causal que considera diferentes factores contribuyentes como son los del paciente, de la institución, de la gerencia, de la tarea y tecnología, del ambiente, del individuo y del trabajo en equipo.

Uno de los escenarios de análisis es el comité de seguridad del paciente, el cual se desarrolla en los siguientes pasos:

- Invitación al comité a los miembros permanentes y las personas relacionadas con el evento.
- Lectura del resumen de la investigación realizada por el líder del proceso donde sucedió el evento o incidente
- Se realiza el análisis indagando a los participantes del comité ¿cómo cada factor contributivo predispuso o no a la presencia de la falla activa o acción insegura?, uno por uno.
- Registro de los factores en el Protocolo de Londres ubicándolos en la estructura de espina de pescado de los factores contributivos que los participantes identifiquen, no solo que contribuyeron a la presencia de la falla activa

 <p>e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</p>	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 27 de 45

del caso o casos objetos del análisis, si no que en un futuro podrían contribuir a la generación del mismo tipo de falla y por ende al daño

- Priorización de los factores a trabajar. Los criterios de priorización definidos por la institución son la probabilidad y el impacto. Luego se lee cada factor escrito en el Protocolo de Londres o en el proceso de análisis de cada factor contributivo y se reflexiona sobre el impacto del factor en la institución
- Definición de plan de mejoramiento.

9.7.2. Procesos Asistenciales Seguros

9.7.2.1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención

- El Hospital cuenta con la guías para el manejo de infecciones nosocomiales o asociadas al cuidado de la salud GM-SP-001 donde se definen los lineamientos institucionales
- Seguimiento por parte del comité de infecciones a los procedimientos y a las acciones dirigidas al personal de salud y a la participación de los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- Fortalecimiento de la práctica del lavado de manos a través de educación continua en el lavado de manos donde se impulsa los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:
 - ✓ Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
 - ✓ Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
 - ✓ Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
 - ✓ Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
 - ✓ Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.
 - ✓ Medición una vez al año de los niveles de adherencia al lavado de manos
 - ✓ Aplicar las técnicas de asepsia en todos los procedimientos que se realicen durante la prestación de la atención en salud.
 - ✓ Aplicación correcta del manual de asepsia y antisepsia por parte del personal profesional, técnico y operativo.
 - ✓ Inclusión de los ejes temáticos del manual de asepsia y antisepsia en el programa de educación continua.
 - ✓ Seguimiento del nivel de adherencia al cumplimiento del manual de asepsia y antisepsia con la aplicación de listas de chequeo.
 - ✓ Manejar adecuadamente los desechos peligrosos.

	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 28 de 45

- ✓ Aplicación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares - PGIRHS - por parte de la comunidad hospitalaria.
- ✓ Inclusión del - PGIRHS - en el programa de educación continua
- ✓ Seguimiento del nivel de adherencia al - PGIRHS – y al comportamiento de los indicadores.
- ✓ Gestionar la disposición de desechos hospitalarios
- ✓ Optimizar el lavado y desinfección de áreas
- ✓ Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas)
- ✓ Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria
- ✓ Prácticas de bioseguridad.
- ✓ Cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas en el manual de asepsia y antisepsia por parte de todos los funcionarios.
- ✓ Seguimiento del cumplimiento a través de la aplicación de listas de chequeo y auditoria de los protocolos de seguridad del paciente
- ✓ Fortalecimiento del sistema de Seguridad y Salud en el trabajo
- ✓ Vacunación a todos los miembros del equipo de Salud para los riesgos biológicos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por la institución y área geográfica.
- ✓ Aplicación de las medidas de aislamiento de manera oportuna a los pacientes que lo requieren.
- ✓ Educación a usuarios, Familiares y Comunidad.

9.7.2.2. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

- El Hospital cuenta con el programa de farmacovigilancia ML-GM-005 donde se definen los lineamientos institucionales.
- Seguimiento a los lineamientos del Programa de Farmacovigilancia
- Implementación de procedimientos e instructivos para disminuir al mínimo la ocurrencia de los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, para cada una de las etapas del proceso de los mismos: Selección y Adquisición de Medicamentos y Dispositivos Médicos Almacenamiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos y Manejo de Muestras médicas, Distribución de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Gestión del Servicio Farmaceutico, Administración Segura de Medicamentos, Devolución Intrahospitalaria Medicamentos y Dispositivos Médicos, Conciliación Medicamentosa, Manejo de Derrames de Medicamentos y otros Residuos Peligrosos, Manejo de Carro de Paro, Formulación MIPRES, Control de Factores Ambientales de Almacenamiento, Reporte de Efectos

Indeseados Reactivos de Diagnostico "in vitro" RDIV, Reporte de Evento e Incidente Adverso asociado al uso de un Dispositivo Medico Reporte de Sospecha de Eventos Adversos a Medicamentos (FOREAM)

- Seguimiento por parte del Químico farmacéutico en los procesos de prescripción, distribución, preparación, dispensación, despacho y administración de los medicamentos, en la recepción de los medicamentos y la verificación de las órdenes de compra para evitar el ingreso de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.
- Dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de re empaque y re envase dentro del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria; realización de controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos.
- Aplicación por parte del personal de enfermería del procedimiento Administración segura de Medicamentos, con énfasis en las diez reglas de oro o correctos en la administración los medicamentos con el fin de prevenir errores en el procedimiento:
 - ✓ Administrar el medicamento correcto
 - ✓ Administrar el medicamento al paciente correcto,
 - ✓ Administrar la dosis correcta,
 - ✓ Administrar el medicamento por la vía correcta,
 - ✓ Administrar el medicamento a la hora correcta,
 - ✓ Conocer todos los medicamentos que el paciente recibe,
 - ✓ Investigar si el paciente padece alergias a medicamentos,
 - ✓ Conocer las posibles interacciones farmacológicas,
 - ✓ Informar e instruir al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo,
 - ✓ Registrar todos y cada uno de los medicamentos administrados.
- Implementación de procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza al personal asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.
- Implementación de procedimiento de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.
- Establecimiento de mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes poli medicados y/o con estancia hospitalaria prolongada.

 <p>e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</p>	<p>ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 30 de 45

- Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria: Por re empaque o re envase y marcaje adicional del medicamento a utilizar.

9.7.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

- El Hospital cuenta con guía de manejo para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas GM-SP-032, donde se definen los lineamientos institucionales para Implementación de Sistema de Clasificación e Identificación de Riesgo de Caídas al ingreso para todos los pacientes que se hospitalicen en la institución (Riesgo Bajo, Medio, Alto) y establecimiento de plan de cuidados de acuerdo al riesgo.
- Uso de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas.
- Uso de camillas y camas con Barandas.
- Verificar que la cama esté en posición baja y con el freno puesto, por turno.
- Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante los traslados y desplazamientos
- Mantenimiento de buena iluminación tanto diurna como nocturna en los servicios asistenciales.
- Facilitar oportunamente los dispositivos de ayuda utilizados por el paciente (bastones, caminador, gafas, audífonos, etc.).
- Mantener ordenada la habitación aseada, retirando todo el material que pueda producir caídas Evitar deambular cuando el piso esté mojado (respetar señalización).
- Facilitar que el baño esté accesible y con asideros.
- Solicitar el acompañamiento a los familiares de los niños, adultos mayores y personas con movilidad reducida
- Promover el uso de calzado cerrado con suela antideslizante.
- Mantener al paciente en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensión ortostática y brindarle educación al respecto •
- Orientar en cada turno sobre el espacio y ambiente físico de la unidad en la que se encuentra.
- Educar al paciente y/o cuidadores sobre las normas y recomendaciones del hospital.
- Al ingreso informar al paciente, familia y/o cuidador, sobre la importancia de la prevención de caídas, y diariamente recordarle dichas recomendaciones.
- Todos los pacientes que han sido calificados de alto riesgo deben recibir educación sobre el riesgo de caídas, en cada turno involucrar al paciente, familia y/o cuidador en los cuidados.
- Todo el personal asistencial, el administrativo y de apoyo debe incluirse en la prevención de las caídas.

 e . s . e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 31 de 45

9.7.2.4. Prevenir úlceras por presión

El Hospital cuenta con el programa de piel sana y la guía clínica para la prevención, manejo y tratamiento de las úlceras por presión GC-SP-001 donde se definen los lineamientos institucionales del Sistema de Clasificación e Identificación de Riesgo de úlceras por presión desde el ingreso para todos los pacientes que se hospitalicen y se establecen el plan de cuidados de acuerdo al riesgo.

9.7.2.5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales

El Hospital cuenta con la guía de manejo para la identificación del paciente GM-SP-005, donde se definen los lineamientos institucionales para minimizar los riesgos durante la atención a los pacientes:

- Corroboración verbal con el paciente y acompañante de los datos de identificación antes de cualquier atención.
- Identificación correcta y segura en los procedimientos pre analíticos, analíticos y pos analíticos de las muestras de laboratorio clínico.
- Identificación correcta y segura en los estudios radiológicos y de imágenes diagnósticas
- Implementación del procedimiento de identificación del paciente con sistema de manillas.

9.7.2.6. Gestionar los riesgos asistenciales específicos en la institución

Por la naturaleza de los pacientes que se atienden en la sede de Salud Mental del ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO se han identificado una serie de Riesgos inherentes que surgen durante la atención de pacientes con patologías mentales, los cuales se gestionan desde el ingreso del paciente realizando la identificación temprana hasta definir rutinas y procedimientos de actuación en caso de que dichos riesgos se llegaren a presentar.

La Institución ha identificado los siguientes riesgos, para lo cual ha desarrollado los mecanismos de prevención y seguimiento al riesgo a través de los siguientes documentos:

- Riesgo de caídas: GM-SP-032
- Riesgo de Evasión: FT-SP-032
- Riesgo de Suicidio: PL-SM-006
- Riesgo de infección asociada a la atención en salud: GM-SP-001
- Riesgo de Heteroagresión: FT-SP-043

 e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 32 de 45

9.7.3. Incentivar Prácticas que mejoren la actuación de los Profesionales

El Hospital cuenta con estrategias hacen parte de las acciones orientadas a fortalecer las prácticas seguras a través de las cuales la institución trabaja en gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.

- Establecimiento y cumplimiento de procesos de inducción, reinducción y capacitación a los colaboradores.
- Aseguramiento de las competencias del personal teniendo en cuenta educación, formación, experiencia y habilidades.
- Adherencia a las guías, protocolos y procedimientos de atención.
- Procedimiento de Recibo y Entrega de turno por médico y enfermería en los servicios de Urgencias y Hospitalización
- Asignación de médico responsable de cada una de las salas del servicio de Hospitalización.
- Establecimiento del proceso docente asistencial en el que se definen responsabilidades éticas y legales entre las partes; debe incluir procesos de seguridad del paciente y programa de inducción a docentes y estudiantes.
- Reuniones periódicas de los equipos interdisciplinarios de los servicios
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.

9.7.4. Involucrar los Pacientes, Familia y Acudientes en su Seguridad

La institución trabaja en el día a día para educar al paciente en temas relacionados con el autocuidado para su seguridad Para lo cual diseña estrategias de Educación continua a usuarios y familiares, incentivándolos a preguntar al equipo y conocer acerca de su enfermedad, su autocuidado y los riesgos asociados a la atención y cómo participar en su seguridad.

Dentro de los temas dirigidos a los usuarios, familia y comunidad con temas relacionados con:

- Deberes y derechos de los pacientes.
- La importancia de aspectos tales como:
 - ✓ El lavado de manos
 - ✓ Manejo de los residuos sólidos
 - ✓ La vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamentos.
 - ✓ Manejo de la agitación psicomotriz
 - ✓ El consentimiento informado.
 - ✓ Qué es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento.

 <p>e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO</p>	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 33 de 45

- ✓ Su participación activa en la seguridad en el ámbito hospitalario.
- ✓ Autocuidado
- ✓ Temas de seguridad que respondan a las siguientes preguntas:
 - ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?)
 - ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?)
 - ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene?
 - ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención?

10. IMPLEMENTACIÓN ORGANIZACIONAL DEL MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

10.1. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

- Implementación articulada con las demás políticas y procesos institucionales. Particularmente con la política de calidad y con los procesos de gestión de talento humano
- Involucrar al paciente y su familia en la cultura de seguridad.
- Manejo confidencial de información de análisis de errores y eventos adversos, y de ambiente no punitivo.
- Definición del equipo de seguimiento y análisis de riesgos de atención de paciente
- Estandarización de procesos involucrando las barreras de seguridad.
- Estandarización del Análisis de los reportes de eventos adversos e incidentes, Infección Intrahospitalaria y complicaciones médicas y quirúrgicas.
- Estandarización de la retroalimentación de los eventos relacionados con la seguridad de paciente y la elaboración de planes de mejoramiento y acciones correctivas para eliminar o mitigar estos riesgos.

10.2. CICLO DE PLANEACIÓN Y PREPARACIÓN

10.2.1. Definición del proceso y documentación del mismo

Se estableció el marco teórico y normalizado del proceso de seguridad del paciente con la reformulación del manual de seguridad integrando los diferentes tipos de riesgo del paciente con énfasis en aquellos que están normalizados como los de la infección intrahospitalaria y las complicaciones médicas y quirúrgicas, incluyendo los indicadores de seguimiento e informes a producir en el proceso.

Actualización de responsables del proceso y canales de integración de acuerdo al tipo de riesgos a controlar.

Revisión y actualización de la metodología de análisis y formatos del seguimiento de riesgos.

 e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 34 de 45

10.2.2. Conformación de Equipo de Líderes de la Seguridad del Paciente

Se designan representantes de todas las áreas que propendan por la implementación, despliegue y monitoreo de las acciones a desarrollar en cuanto a la seguridad de nuestros usuarios durante la atención de salud.

10.2.3. Revisión Documental y Socialización

De acuerdo con el avance de los diferentes temas que se involucran en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente institucional, se desarrollaran estrategias para realizar la socialización de conceptos tales como; Definiciones, Propósito del Sistema, Objetivo de la Dirección, entre otros.

10.2.4. Fases de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente

- Fase de Desarrollo:
 - ✓ Formulación de la Política
 - ✓ Revisión
 - ✓ Aprobación
- Fase de Implementación
 - ✓ Comunicación
 - ✓ Cumplimiento
 - ✓ Excepciones
- Fase de Mantenimiento
 - ✓ Concientización
 - ✓ Monitoreo
 - ✓ Garantía del cumplimiento

11. PRIORIZACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS A VIGILAR EN EL HOSPITAL

La institución como insumo el listado de Eventos Adversos propuesto en su momento por la Resolución 1446 de 2006, ejecuto un plan de trabajo, con varias fases, con el fin de definir los eventos adversos a priorizar para su vigilancia, entendiendo que dichos eventos no son el único foco del Programa de seguridad del paciente

Esta actividad se inició a partir de la consolidación de los principales aspectos a vigilar, analizar, y monitorear, para así lograr el control de los principales riesgos potenciales y mitigando las posibles secuelas de la consolidación de los mismos.

Como ya se mencionó para definir los eventos adversos priorizados, se llevaron a cabo las siguientes fases

- **Fase Diagnóstico Actual**

 e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 35 de 45

En esta primera fase se realizó análisis de los eventos, incidentes y acciones inseguras que en los históricos de la institución han sido reportados por cada una de las áreas

Dentro de estos reportes se seleccionaron inicialmente aquellos de mayor ocurrencia y que son considerados como eventos adversos.

- ✓ Infecciones
- ✓ Mortalidad
- ✓ Cancelación de Cirugía
- ✓ Caída
- ✓ Heteroagresion
- ✓ Reingresos
- ✓ Lesiones por presión
- ✓ Flebitis química y mecánica
- ✓ Retiro de dispositivo

- **Fase de Construcción del listado de Eventos Adversos a vigilar**

Se realiza análisis de los posibles eventos adversos que podrían presentarse los cuales fueron identificados por cada una de las unidades funcionales, de lo anterior se consolida un listado inicial de 101 posibles eventos adversos a reportar, los cuales se someten a discusión del equipo de trabajo, este listado es revisado en consenso y depurado hasta identificar los 30 eventos adversos que serán de obligatorio reporte y vigilancia en el Hospital.

- **Fase de construcción y aprobación de Herramientas de Notificación y Análisis de los Eventos Adversos**

Para la notificación al Programa de seguridad del paciente con el aval de la gerencia y el comité de seguridad, se establece la utilización del reporte a través de google drive/data estudio, donde se encuentra un formato establecido para el reporte de fácil diligenciamiento y gestión por la líder de seguridad del paciente.

Metodología que facilita la notificación, permitiendo la captura de la información para que la persona responsable de seguridad del paciente inicie el procedimiento de gestión del evento.

Por otro lado también se elaboró y aprobó la utilización del formato FT-SP-003 en físico, para ser utilizado excepcionalmente y solo como plan de contingencia en caso de fallo de la tecnología o irregularidades en la red por razones involuntarias.

Los formatos que se definan para ser utilizados dentro del proceso de notificación y análisis de eventos adversos, se presentan al comité de historias clínicas ya que aunque estos formatos no hacen parte de la historia clínica como tal, si contiene información pertinente a la atención de salud, luego de esta aprobación los documentos deben ser codificados por el Sistema de gestión de Calidad.

	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 36 de 45

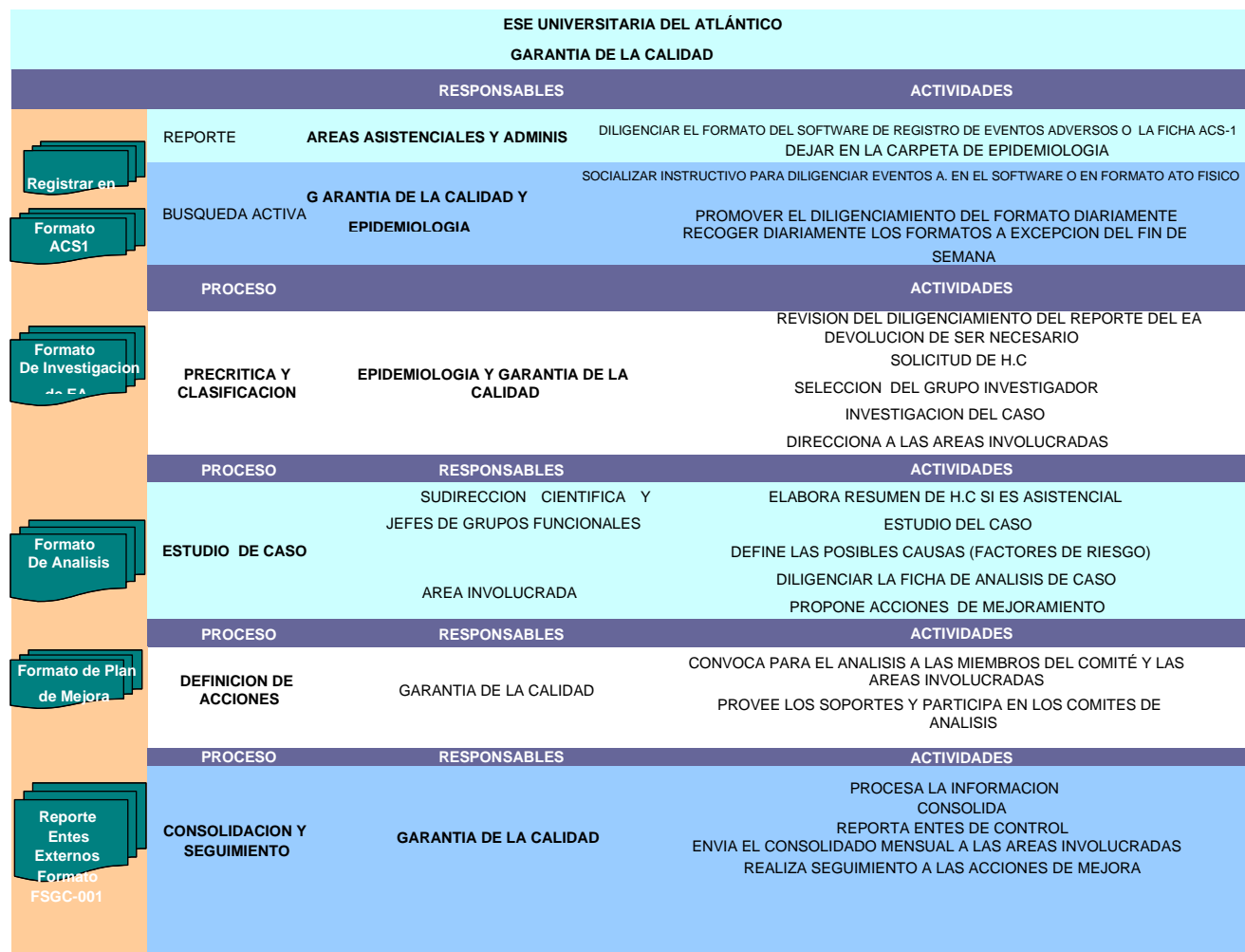
11.1. LISTADO INSTITUCIONAL DE EVENTOS ADVERSOS PRIORIZADOS

- Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales
- Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación
- Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia
- Pacientes con neumonías bronco aspirativas en pediatría o UCI neonatal
- Pacientes con lesiones por presión
- Distocia inadvertida
- Shock hipovolémico post – parto
- Maternas con convulsión intrahospitalaria
- Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado
- Pacientes con hipotensión severa en post - quirúrgico
- Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico
- Reingreso al servicio por misma causa antes de 72 Horas
- Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días
- Entrega equivocada de un neonato
- Robo intra – institucional de niños
- Fuga de pacientes hospitalizados
- Suicidio de pacientes internados
- Consumo intra - institucional de psicoactivos
- Caídas desde su propia altura intra - institucional
- Retención de cuerpos extraños en pacientes internados
- Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio
- Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
- Utilización inadecuada de elementos con otra indicación
- Flebitis en sitios de venopunción
- Ruptura prematura de membranas sin conducta definida
- Entrega equivocada de reportes de laboratorio

	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 37 de 45

- Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación
- Luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera
- Accidentes postransfusionales
- Asalto sexual en la institución
- Neumotórax por ventilación mecánica
- Asfixia perinatal
- Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento
- Secuelas post - reanimación
- Pérdida de pertenencias de usuarios
- Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico

12. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO DE REPORTE Y GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO



13. ACTIVIDADES PARA INSTITUCIONALIZAR LA CULTURA DE SEGURIDAD

Entendiendo la cultura de seguridad como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización que implica un modelo mental compartido, que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, concepto que se podrá alcanzar con la implementación del Programa de Seguridad del Paciente en el ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO se definen de manera general las actividades que se deben llevar a cabo para institucionalizar la Cultura de seguridad del paciente. Se describen a continuación algunas de estas actividades.

 una e.s.e UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 39 de 45

- Difundir y socializar conceptos, políticas y planes de seguridad del paciente
- Evaluar la cultura de seguridad
- Definir herramientas de construcción de cultura de Seguridad
- Conformar y entrenar al equipo
- Levantar el proceso
- Implementar el análisis de modo de falla y efectos
- Implementar el sistema de reporte
- Diseñar e implementar planes de mejoramiento
- Estandarizar con base en resultados
- Difundir resultados para aprendizaje organizacional
- Involucrar y comunicarse con pacientes y público

14. ESCUCHA DE LA VOZ DEL USUARIO

Las Quejas, reclamos, sugerencias presentados por los usuarios o sus familiares ante la institución, en el momento de su análisis se deben evaluar desde el punto de vista de la seguridad del paciente y en caso que la comunicación recibida tenga elementos que evidencien evento adverso, infección intrahospitalaria o complicación, el funcionario del oficina de atención al usuario deberá realizar la notificación a la Oficina RESPONSABLE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La queja o reclamo correspondiente será tratada de acuerdo al procedimiento normal para estos casos. La Notificación deberá ser en el mismo día de recepción de la queja o reclamo.

15. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

HALLAZGO FACTOR CONTRIBUTIVO	ACCIÓN MEJORA PROPUESTA	DE RESPONSABLE	RECURSOS REQUERIDOS	FECHA SEGUIMIENTO	CIERRE
------------------------------------	-------------------------------	-------------------	------------------------	----------------------	--------

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.

 e.s.e. UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 40 de 45

- Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

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

En ese orden de ideas se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, subgerencia / servicio/ roles de autoridad al interior de la organización gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

Las conclusiones que generen aprendizaje organizacional deberán ser expuestas en el comité de Calidad y Seguridad del Paciente para que sean retroalimentadas al interior de la institución.

16. INFORMES E INDICADORES DE GESTIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La oficina de Seguridad del paciente será responsable de la consolidación de la información y del análisis comparativo para evaluar la tendencia que el programa de Seguridad del Paciente presente en la institución, así como del registro y seguimiento a los resultados obtenidos en los indicadores de gestión propuestos, esta información deberá ser enviada a la Oficina de Garantía de la Calidad mensualmente como parte de la medición de los resultados, además esta información hará parte del informe de gestión institucional y será presentada al comité de calidad en la periodicidad allí definida

16.1. INDICADORES TRAZADORES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD

NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR
INDICADORES GENERALES	
SEGUIMIENTO A LA POLITICA DE SEGURIDAD	
Proporción De Eventos Adversos Analizados	# Eventos adv. Gestionados/total de eventos en el mes* 100

Tasa De Eventos Adversos	Numero de eventos adversos en el mes/total de egresos en el mes * 100
Porcentaje de pacientes hospitalizados capacitados	Número de pacientes capacitados/ Número total de pacientes egresados en el periodo *100
Cobertura de la socialización de programa de seguridad del paciente	Número de personas capacitadas /Total de recurso humano a capacitar
% De interiorización de las capacitaciones realizadas	Evaluación Inicial /Evaluación Final *100
% De Cumplimiento De Planes De Mejora	Número de planes de mejora cumplidos/ Número total de planes de mejora planteados *100
Cobertura De Reporte De Los Casos De Eventos Adversos	Número de eventos adversos notificados/Número de eventos adversos identificados *100
INDICADORES CONTROL DE INFECCIONES	
TASA DE INFECCION HOSPITALARIA	Número de Infecciones Intrahosp./ total de egresos en el periodo *100
Tasa de infección del torrente sanguíneo asociado al uso de catéter central	Número de infecciones asociadas al uso de catéter central/ Número de días de exposición al uso de catéter central * 100
Tasa de infección por Neumonías asociadas al uso de ventilador mecánico	Número de infecciones por neumonía asociadas al uso de ventilador mecánico/ Numero de días de exposición al uso de ventilador mecánico en el periodo * 100
Tasa de infección urinarias asociada al uso de sonda vesical	Número de infecciones urinarias asociadas al uso de sonda vesical en el periodo/ Numero de días de exposición al uso de sonda vesical *100
Tasa de infección por neumonías asociadas al cuidado de la salud en el periodo	Número de infecciones por neumonía asociadas al cuidado de la salud/ egresos hospitalarios en el periodo por 100

Tasa de infecciones por infección del sitio operatorio	Número de infecciones asociadas al sitio operatorio en el mes/ total de cirugías programadas en el mes * 100
Tasa De Neumonías Broncoaspirativas En Pediatría	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas en el mes/ total de egresos pediátricos en el mes* 100
INDICADORES DE PROGRAMA PIEL SANA	
Tasa De Ulceras Por Presión Intrahospitalaria	Numero de Ulceras por presión Intrahosp en el mes/ Total de egresos en el mes * 100
Porcentaje De Pacientes Hospitalizados Capacitados En Cuidados De La Piel	Número de pacientes capacitados/ Número total de pacientes egresados en el periodo *100
Distribución De Localización Anatómica De Ulceras Por Presión Intrahospitalarias	Distribución de úlceras por presión por sitio de aparición
Porcentaje de Adherencia a la Guía de Prevención de Úlcera por presión	Porcentaje de adherencia a la guía por parte de los profesionales de la salud/ total de profesionales capacitados en la guía de adherencia
INDICADORES PROGRAMA CIRUGIA SEGURA	
% De Pacientes Con Listas De Chequeo Preoperatorias Completas	Número de pacientes auditados con listas de chequeo completas en el mes/ total de pacientes auditados programados para cirugía en el mes * 100
% De Cirugías Programadas Canceladas Por Causas Prevenibles	Número de cirugías programadas canceladas de causa prevenible/ total de cirugías programadas en el mes * 100

% De Pacientes Con Consentimiento Informado Diligenciado Correctamente Antes De Cirugías Programadas	Número de pacientes auditados con consentimiento informado diligenciado correctamente en el mes/ total de pacientes auditados programados para cirugía en el mes * 100
Tasa De Eventos Adversos Relacionados Con El Acto Quirúrgico	Numero de eventos relacionados con el acto quirúrgico/ total de cirugías realizadas en el periodo * 100
Proporción De Pacientes Con Quemaduras En Cirugía Por Electrocauterio	Número de pacientes con quemadura por electrocauterio/ total de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el mes *100
% De Cumplimiento De Planes De Mejora	Número de planes de mejora cumplidos/ Número total de planes de mejora planteados *100
INDICADORES DE FARMACOVIGILANCIA	
Tasa De Flebitis	Numero de flebitis/ total de pacientes canalizados por vía periférica en el mes * 100
Tasa De Eventos adversos relacionados con Medicamentos	Numero de errores relacionados con medicamentos en el periodo/total de egresos en el mes * 100
% De Reacciones Adversas A Medicamentos (RAMS)	Numero de RAMS en el periodo
Distribución de RAMS de acuerdo a la gravedad de la reacción	Numero de Reacciones Adversas a medicamentos de acuerdo a la siguiente clasificación: Leve, moderada y Severa
Distribución de RAMS por causalidad	Numero de causas según algoritmo de la OMS: Posible, no evaluable, probable, no probable, definitiva, condicional
Distribución de RAMS según su Evitabilidad	Numero de RAMS Evitable Numero de RAMS No Evitable
Distribución de RAMS según medicamentos	Frecuencia de RAMS de acuerdo a los diferentes medicamentos

Proporción de Eventos adversos relacionados con errores en la Prescripción, dispensación y administración de medicamentos	Porcentaje de eventos adversos relacionados con la prescripción, la dispensación y administración
% De Cumplimiento De Planes De Mejora	Número de planes de mejora cumplidos/ Número total de planes de mejora planteados *100
INDICADORES DE TECNOVIGILANCIA	
Tasa de eventos adversos relacionados con dispositivos médicos	Numero de Eventos relacionados con dispositivos médicos/ egresos hospitalarios *100
Distribución de Eventos relacionados con dispositivos médicos según tipo de dispositivo	Frecuencia de RAMS de acuerdo a los diferentes medicamentos
% De Eventos relacionados con Dispositivos médicos	Numero de Eventos relacionados con dispositivos médicos en el mes
Distribución de Eventos adversos relacionados con dispositivos médicos de acuerdo a la gravedad de la lesión en el paciente	Numero de lesiones causadas por dispositivos médicos de acuerdo a la siguiente clasificación: Leve, moderada y Severa
Distribución de Eventos relacionados con dispositivos médicos por causalidad	Numero de causas según algoritmo de la OMS: Posible, no evaluable, probable, no probable, definitiva, condicional
Distribución de Eventos relacionados con dispositivos médicos según su Evitabilidad	Numero de Eventos adversos Evitable Numero de eventos Adversos No Evitable
% De Cumplimiento De Planes De Mejora	Número de planes de mejora cumplidos/ Número total de planes de mejora planteados *100

17. BIBLIOGRAFIA

- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008.
- “Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamerica” Informe final. Octubre 2008.

	ESE UNIVERSITARIA DEL ATLÁNTICO MANUAL INTEGRADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CODIGO: ML-SP-001
		VIGENCIA: Noviembre 2021
		VERSION: 01
		Página 45 de 45

<http://www.minsalud.gov.co/DocumentosyPublicaciones/ProtocolodeLondresInvestigaciónyanálisisdeincidentesclínicos.pdf>. Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”
 (www.minproteccionsocial.gov.co)