

**TABLA DE CONTENIDO**

- 1. JUSTIFICACION.**
- 2. POLITICA DE SEGURIDAD.**
  - 2.1. ESLOGAN
  - 2.2. PRINCIPIOS POLITICA DE SEGURIDAD
  - 2.3. COMPROMISO DE LAS PARTES
- 3. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**
  - 3.1. OBJETIVO
  - 3.2. ALCANCE
  - 3.3. RESPONSABLE
  - 3.4. NORMATIVIDAD
  - 3.5. CONCEPTO Y DEFINICIONES
  - 3.6. EQUIPO DE GESTIÓN CLÍNICA
  - 3.7. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.
  - 3.8. FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL.
  - 3.9. MEDICION DE LA PERCEPCION Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.
  - 3.10. MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
- 4. PROCESOS SEGUROS**
  - 4.1. ETAPA 1. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.
  - 4.2. ETAPA 2. ANALISIS DE LOS RIESGOS.
  - 4.3. ETAPA 3. VALORACIÓN DEL RIESGO.
  - 4.4. ETAPA 4. MONITOREO Y EVALUACION DE LOS RIESGOS.
  - 4.5. GUIAS DE PRACTICA CLINICA.
- 5. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS BUENAS PRACTICAS APLICABLES A LA ESE BELLOSALUD**
  - 5.1. CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACION Y GESTION DE EVENTOS ADVERSOS.
  - 5.2. GESTIONAR Y DESARROLAR UNA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDE Y CUIDAN A LOS PACIENTES QUE INCLUYA DIFERENTES ENFOQUES.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

- 5.3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD.
- 5.4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.
- 5.5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES
- 5.6. GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO
- 5.7. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
- 5.8. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO, EN LOS SERVICIOS.
- 5.9. GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.
- 5.10. AUTOCUIDADO DEL USUARIO.
- 6. ACTIVIDADES DE SEGUIDAD EN LA ATENCION EN SALUD.**
- 7. BIBLIOGRAFIA.**
- 8. ANEXOS.**

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

## 1. JUSTIFICACIÓN

La Seguridad del Paciente, también llamada Seguridad Clínica, es un componente transversal crítico de la calidad asistencial. La razón de la necesidad de la seguridad reconoce el hecho de que las intervenciones médicas pueden producir daños y, por lo tanto, la calidad es la resultante de dos fuerzas opuestas, siempre presentes: los beneficios y los riesgos. Se considera entonces la seguridad clínica una prioridad en la atención asistencial, que puede generar riesgos de eventos adversos por fallas de calidad en la estructura y /o los procesos incidiendo en forma significativa en los usuarios del servicio de salud.

Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que, en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

Es necesario entonces promover la Seguridad del Paciente y la Gestión de Riesgos como uno de los principios fundamentales del Sistema de Salud, para reducir el creciente número de eventos adversos derivados de la atención y su repercusión en la vida de los pacientes.

La Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, tiene como objetivo 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.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

## 2. POLÍTICA DE SEGURIDAD

*La Empresa Social del Estado ESE Bellosalud, a fin de garantizar la seguridad del usuario y su familia, ha puesto en marcha una cultura, encaminada a prevenir todo lo posible el riesgo durante la prestación de servicios de salud, fortaleciendo el reporte y el auto control, se propone minimizar la materialización de los riesgos identificados que cause daño a los pacientes mediante la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.*

*Hace parte fundamental de la política de seguridad clínica los siguientes componentes:*

### Factores claves de la política

- Gestión de la atención segura
- Reducción de riesgos con Buenas prácticas de seguridad
- Cultura de seguridad
  
- **Política de seguridad:** comunicar la política a los funcionarios haciendo hincapié en sus contenidos sobre cultura justa y confidencialidad.
  
- **Roles y responsabilidades.** Es necesario ilustrar a todo el personal acerca de las responsabilidades en las diferentes acciones sobre seguridad del paciente y, particularmente, hacer hincapié en cómo el enfoque sistémico de la seguridad implica responsabilidades en todos los ámbitos, cargos y actividades de la institución, de manera que cada receptor de la información se sienta directamente vinculado con el tema.
  
- **Conceptos.** Si bien no se espera que los receptores de la información terminen expertos en el tema, es clave que con la sensibilización todos conozcan, al menos, los conceptos básicos adoptados, en un trabajo inicial de homologar en ellos a toda la institución y se faciliten posteriormente las comunicaciones sobre el tema.
  
- **Herramientas.** Los receptores de la información deben, por lo menos de forma somera, conocer las herramientas que se utilizarán en la institución para promover la seguridad del paciente, ya que muchos de ellos serán

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

responsables de su aplicación. Entre ellos el sistema de reporte no punitivo y acorde a la política de seguridad del usuario.

- **Retroalimentación y difusión de logros.** Más estratégico aún es difundir en los procesos de sensibilización los logros de los esfuerzos de mejoramiento en seguridad del paciente, si se cuenta con ellos

## 2.1. ESLOGAN

¡Bellosalud Seguro. ¡Un compromiso de Todos!

## 2.2. PRINCIPIOS POLITICA DE SEGURIDAD

- **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, aseguradores y la comunidad.
- **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.

## 2.2. COMPROMISO DE LAS PARTES

Se declara el compromiso de:

**La alta gerencia,** se compromete a diseñar e implantar medidas de prevención de eventos adversos, así como a la gestión de recursos e insumos necesarios para garantizar la Seguridad del Paciente en los procesos institucionales.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

**El equipo de seguridad clínica**, se compromete con el análisis y el seguimiento de los reportes de incidentes, complicaciones y eventos adversos, acorde al protocolo de Londres.

**Los funcionarios**, con una atención basada en la evidencia, una adecuada gestión y control de insumos, con la participación activa en la vigilancia y reporte de los incidentes y eventos adversos y con la implementación de los planes de mejora en pro de la seguridad del usuario.

### 3. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Programa de seguridad del paciente contempla la política de seguridad del paciente, liderada desde 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 internacionalmente.

A su vez, desde el marco de la política Nacional de Seguridad del paciente se establecen los principios que de manera transversal orientan todas las acciones a implementar en la búsqueda de atención segura, ellos son:

#### 3.1. OBJETIVO

Garantizar la gestión en los procesos asistenciales, orientada a favorecer la cultura de la seguridad clínica y del reporte, la adherencia a los procesos, protocolos y guías de manejo, basados en evidencia clínica con miras a obtener el mejoramiento que evite la recurrencia del error, prevenga y minimice todo riesgo en la salud del usuario.

#### 3.2. ALCANCE

Dirigido a todos los **procesos y procedimientos** de la Empresa Social del Estado Bello Salud

#### 3.3. RESPONSABLE

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

Se cuenta con un profesional del área de la salud asistencial (Enfermero) inscrito como referente institucional Cargo: Referente de seguridad del paciente.

### **Funciones**

- Registrar, analizar y gestionar todo suceso de seguridad que llegue al programa institucional. Recomendar y alinear las medidas preventivas para tomar acciones inmediatamente ocurrido el evento.
- Orientar a los informantes mediante la cultura del reporte en el correcto diligenciamiento del formato de reporte.
- Sensibilizar al conjunto de usuarios y potenciales deportantes del Programa, la seguridad y las buenas prácticas que favorecen la seguridad del paciente
- Ejecutar el plan de capacitación que permite fomentar la gestión del riesgo y las buenas prácticas en el desarrollo de los procesos asistenciales seguros
- Informar de manera inmediata a entes de control, todo reporte de evento o incidente adverso serio cuando es del caso en caso de tecnovigilancia y farmacovigilancia
- Enviar mensualmente informes periódicos al INVIMA o a las Secretaría Distritales de Salud, de todo reporte de evento o incidente adverso no serio, en los casos de farmacovigilancia y tecnovigilancia en apoyo con los referentes de esta línea de acción
- Elaborar acciones de mejora ante la ocurrencia de eventos serios, que disminuyan la probabilidad de repetirse

### **3.4. NORMATIVIDAD**

- Decreto 1011 de 2006 Derogado por el **Decreto 780 de 2016**.
- Resolución 0256 de 2016
- Resolución 3100 de 2019

### **3.5. CONCEPTOS Y DEFINICIONES**

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

**Evento adverso:** En el análisis de eventos adversos las instituciones enfrentan una situación interesante. Una cosa es conocer el concepto y leer los ejercicios de análisis y resolución de eventos adversos —hoy tan abundantes en la literatura sobre el tema—, y otra, enfrentarse a los casos concretos no resueltos aún.

La mejor forma de enfrentar el reto y mejorar la seguridad del paciente es abordando los análisis de posibles eventos adversos de manera metódica y sistemática. Un buen modo de iniciar este abordaje metodológico es precisando y homologando el concepto central de evento adverso.

**Daño en el paciente.** No hay evento adverso sin daño. Los daños en el paciente pueden ser de tipo físico, psicológico

**No intencionalidad.** Un segundo elemento que es parte del concepto de evento adverso es la *no intencionalidad*. Claramente, implica un daño involuntario. Cualquier análisis de evento adverso debe partir de la base de que nadie en el equipo de salud ni en la institución tiene la intención de hacerle daño al paciente.

**Rol de la atención en salud en el evento adverso:** Un tercer elemento constitutivo del concepto de evento adverso es el de *daño causado POR la atención en salud y no por la patología de base*.

**Evento adverso:** es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.

**Evento adverso no evitable:** lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.

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

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

**Evento centinela:** aquellas ocurrencias inesperadas que ocasionan la muerte o lesiones físicas o psicológicas severas, o que pusieron al paciente en riesgo de padecerlas. Específicamente se considera como serio la pérdida de un órgano o función.

**Error:** uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes.

**Incidente:** Se trata de situaciones en las cuales 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 un daño en el paciente.

**Atención en Salud Segura:** Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

**Atención Insegura:** Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**Indicio de Atención Insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

**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.

**Situación de No Calidad:** Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión

**Factores Contributivos:** Condiciones que contribuyen a que se presenten fallas de calidad y su origen

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

**Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**Evento Adverso 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 permanente o un cambio permanente de estilo de vida.

**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.

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

Otros términos utilizados en la administración de riesgos son:

**Riesgo de Reputación:** Hace referencia al desprestigio de la empresa que acarrea la pérdida de credibilidad y la confianza del público por fraude, insolvencia, conducta irregular de los empleados, rumores, errores cometidos en la ejecución de alguna operación por falta de capacitación del personal clave o deficiencia en el diseño de los procedimientos. Este riesgo puede ocasionar pérdidas como consecuencia de la disminución de la demanda, o la pérdida de negocios atribuibles al desprestigio generado.

**Riesgo Puro:** Es aquel que al materializarse origina pérdida. Tal es el caso de los incendios, inundaciones, un accidente.

**Riesgo Especulativo:** Es aquel que al materializarse presenta la posibilidad de generar beneficio o pérdida. Tal es el caso de una aventura comercial, la inversión en divisas ante la expectativa de devaluación o revaluación, la compra de acciones, el lanzamiento de nuevos productos o servicios, entre otros.

**Riesgo Estratégico:** Tiene que ver con las pérdidas ocasionadas por las definiciones estratégicas inadecuadas y error en el diseño de planes, programas, estructura, integración del modelo de operación con el direccionamiento estratégico, asignación de recursos, estilo de dirección, ineficiencia en la adaptación a los cambios constantes del entorno empresarial, entre otros.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

**Riesgo Operativo:** Consiste en la posibilidad de pérdidas ocasionadas en la ejecución de los procesos y funciones de la empresa por fallas en los procesos, procedimientos, modelos o personas que participan en dichos procesos.

**Riesgo Financiero:** Son todos aquellos que impactan los componentes financieros básicos de la creación de valor (rentabilidad, ingreso, nivel de inversión)

**Riesgo de mercado:** al ser especulativo, puede generar ganancia o pérdida a la empresa al invertir en la bolsa debido a la diferencia de precios que se registran en los mercados. También hacen parte de éste el riesgo de precios de los insumos y productos, el riesgo de la tasa de cambio y de la tasa de interés.

**Riesgo de precios de insumos y productos:** se refiere a la incertidumbre sobre la magnitud de los flujos de caja debido a posibles cambios en los precios que una empresa puede pagar por la mano de obra, materiales y otros insumos de su proceso de producción, y por los precios que puede demandar por sus bienes y servicios.

**Riesgo de Liquidez:** tiene que ver con la imposibilidad de transformar en efectivo un activo o portafolio, o la posibilidad de obtener pérdidas que pueden surgir al requerir vender activos para financiar las actividades a un costo posiblemente inaceptable, o de tener que pagar tasas de descuento inusuales y diferentes a las del mercado para cumplir con las obligaciones contractuales.

**Riesgo de Crédito:** consiste en que los clientes y las partes a las cuales se les ha prestado dinero, fallen el pago

**Riesgo Legal:** este riesgo es muy propio del sector público, y se refiere a la pérdida en caso de incumplimiento de la contraparte en un negocio y de la imposibilidad de exigirle jurídicamente el cumplimiento de los compromisos adquiridos. También se presenta al cometer un error en la interpretación jurídica u omisión en la documentación, en el incumplimiento de las normas legales y disposiciones reglamentarias que pueden conducir a demandas o sanciones.

**Riesgo Tecnológico:** Contempla dos aspectos

- Riesgos que generan el uso de la tecnología como los virus en la tecnología informática; el vandalismo puro y de ocio en las redes informáticas;

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

- fraudes; intrusiones por “hackers”; el colapso de las telecomunicaciones que pueden generar el daño de la información o de la interrupción del servicio.
- Riesgo que se genera con el creciente desarrollo tecnológico sometiendo a las empresas a un constante cambio y puede ocasionar que éstas no estén preparadas para adoptarlos y responder a las necesidades de los medios, o la dependencia tecnológica con respecto a un proveedor o una tecnología específica. Ambas situaciones pueden generar mayores costos, menor eficiencia, incumplimiento en las condiciones de satisfacción de los servicios prestados a la comunidad, entre otros.

**Riesgos Laborales:** Tales como los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que pueden ocasionar daño tanto a las personas como a la misma empresa. Otros riesgos laborales que surgen de la relación de la empresa con sus empleados, asociaciones o sindicatos son las huelgas, sabotajes, etc.

**Riesgos Físicos:** Son aquellos que afectan los recursos materiales. Algunos de estos riesgos son: corto circuito, explosión física, daño en la maquinaria, daño en equipos por su operación, por su diseño, fabricación, montaje o mantenimiento; deterioro de productos y daños en vehículos.

### 3.6. EQUIPO DE GESTIÓN CLÍNICA

El equipo de gestión clínica es multidisciplinario, busca gestionar los riesgos para la seguridad del usuario y desarrollar un análisis profundo y técnico de los incidentes y eventos adversos detectados para la implementación de medidas correctivas y preventivas. Esta normatizado mediante resolución y conformado por:

- Referente de seguridad del paciente
- Odontólogo.
- Medico.
- Enfermera jefa.
- Asesor en calidad.
- Químico Farmaceuta / Regente de Farmacia.
- Bacterióloga.

Las funciones que corresponden al equipo de seguridad clínica son:

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

- Clasificar los reportes en eventos adversos prevenibles, no prevenibles, incidentes o complicaciones después de analizar su origen y consecuencias siguiendo el modelo de análisis de la empresa.
- Plantear estrategias de intervención frente a los incidentes y eventos adversos de tipo prevenible.
- Implementar prácticas seguras dentro de la institución
- Difundir y promover la cultura de seguridad del usuario
- Incentivar propuestas de mejora de seguridad del usuario
- Liderar actividades en pro de la gestión de riesgos
- Reunirse de forma mensual y dejar acta de la reunión.

El coordinador del equipo de seguridad clínica será el médico general

### **3.7. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**RESOLUCIÓN N° 059:** (febrero 16 de 2021)

#### **3.7.1. Conformación del comité de seguridad del paciente.**

El Comité de Seguridad del Paciente estará conformado de la siguiente manera:

- Gerente
- Subgerente de Servicios de Salud
- Coordinador Médico
- Enfermera servicio de urgencias y hospitalización
- Líder Promoción y Prevención
- Líder Vigilancia Epidemiológica
- Líder de vacunación
- Líder Odontología
- Líder de Seguridad y salud en el trabajo.
- Líder SIAU
- Regente de Farmacia
- Calidad
- Referente de Seguridad del paciente

#### **3.7.2. Funciones.**

El Comité de Seguridad del Paciente tendrá las siguientes funciones:

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

- Asesorar a la Gerencia en los proyectos y actividades relacionadas con la mejora de las condiciones de seguridad del paciente y que pueden ser desarrolladas dentro de la institución.
- Fortalecer el trabajo coordinado de los diferentes participantes en el Comité que potencie las acciones tendientes a mejorar la seguridad del paciente.
- Emitir recomendaciones sobre políticas, normatividad o acciones tendientes a garantizar la seguridad del paciente.
- Gestionar las acciones institucionales que garanticen y apoyen el desarrollo de la Política de Seguridad del Paciente y del Programa de Seguridad del Paciente institucional.
- Solicitar, analizar y evaluar la información clínica, estadística, epidemiológica, asistencial y de cualquier otra naturaleza producida por el Hospital y que tenga relación con los objetivos generales y específicos.
- Identificar las áreas de intervención prioritarias en todas aquellas cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y la calidad de la atención en el Hospital, efectuar una planificación de actividades relacionadas con esas áreas prioritarias e implementar las estrategias y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, del Ministerio de Salud y de los diferentes organismos certificadores con quienes se haya comprometido la Institución.
- Planificar, programar, proponer, promover, recomendar y evaluar todas aquellas actividades relacionadas con la seguridad y la calidad de la atención, en consenso con todos los integrantes del Comité.
- Colaborar en toda otra cuestión relacionada con la seguridad del paciente y la calidad asistencial que les pudiera ser específicamente encomendada por la Gerencia.

**3.7.3. Periodicidad de las reuniones.**

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

Comité se reunirá de manera ordinaria una (1) vez cada mes, y extraordinariamente cuando las circunstancias lo ameriten, previa citación del secretario técnico en ambos casos.

### **3.8. FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL.**

**Capacitación permanente a usuarios internos y externos:** Se debe involucrar a los usuarios externos en el cuidado de su seguridad a través de capacitación continuada y con enfoque al autocuidado

**Campañas de utilización de los correctos.** Normas en la administración de medicamentos para el personal de la institución

1. Medicamento correcto
2. Verificar la fecha de vencimiento del medicamento
3. Paciente correcto
4. Dosis correcta
5. Administrar el medicamento a la hora correcta
6. Vía de administración correcta
7. Preparar usted mismo el medicamento, no administre un medicamento que usted no halla preparado
8. Administrar usted mismo el medicamento
9. Registrar usted mismo el medicamento y la hora de administración en la historia del paciente
10. Tener responsabilidad de la administración del medicamento

**Programas de farmacovigilancia, reactivo vigilancia y Tecnovigilancia:** Fortalecimiento y mejoramiento de la seguridad de los pacientes en la Institución durante todo el proceso de atención, a través de la implementación de metodologías y estrategias proactivas que permitan prevenir o disminuir la ocurrencia de eventos adversos, fomentando así la implantación de una cultura de seguridad y calidad. Con este programa se gestionan los incidentes y eventos adversos presentados a partir del uso de la tecnología en la atención, los medicamentos y reactivos de diagnóstico invitro. Se incluyen estrategias para la promoción, prevención, control y gestión de la política de seguridad.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

**Sesiones breves de seguridad:** Las sesiones breves de seguridad se constituyen en una herramienta para generar conciencia acerca de asuntos de seguridad, para fomentar ambientes en los que se comparte información sin temor a represalias y para integrar información teórica con respecto a asuntos de seguridad con el día a día de la institución. Con el tiempo, las sesiones breves de seguridad contribuyen a crear cultura de seguridad, reducen el riesgo de cometer errores medicamentosos y mejoran la calidad de la atención.

¿Quiénes participan?

Contrario a lo que ocurre con las rondas de seguridad, los líderes senior no participan directamente en éstas, pero lo hacen de manera indirecta delegando su autoridad en otros miembros del personal asistencial.

¿Dónde se realizan?

Se llevan a cabo en las unidades asistenciales: pisos, unidades de cuidado intensivo, farmacia, laboratorio, radiología, etc.

¿En qué consisten?

Consisten en reunir al personal del servicio durante cinco minutos, entre tres veces por semana y dos veces diarias (principio y final de turno), para discutir cualquier tema relacionado con seguridad, entre ellos las condiciones inseguras en cuanto al uso de medicamentos, caídas, equipos e instrumentos.

También pueden utilizarse antes de comenzar procedimientos menores, para garantizar que el protocolo es claro y conocido por todos y que están todos los elementos necesarios en el momento y lugar que se requiere.

El personal debe entender que el propósito de esta actividad es generar conciencia acerca de asuntos de seguridad, nunca criticar el desempeño de los individuos, ni mucho menos detectar fallas para imponer sanciones. Debe garantizarse que la información que se está compartiendo no se grabará ni se usará de manera punitiva. Debe igualmente estimularse la participación de todos los asistentes mediante preguntas abiertas, si no hay contribuciones espontáneas.

### 3.8.1. PROGRAMA DE CAPACITACION

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

La ESE BELLOSALUD busca consolidar un Programa de capacitación y entrenamiento del talento humano asistencial y administrativo en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención, con una cobertura del 100% del talento humano asistencial y administrativo.

El programa de capacitación tiene como objetivo socializar la política de seguridad del paciente, y brindar información sobre temas relacionados que favorezca y facilite la implementación del sistema de vigilancia y monitorización de la seguridad del paciente en los cual se dé a conocer al personal previa planificación de los temas, fechas y hora de la capacitación.

Temas básicos como:

- Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente.
- Programas de Seguridad del Paciente (política, comité, referente, otras).
- Evento adverso e Incidentes y el procedimiento de reporte
- Cultura de seguridad del paciente (encuesta y rondas de seguridad)
- Método de análisis de Eventos Adversos e Incidentes: protocolo de Londres
- Buenas prácticas de seguridad del paciente: paquetes instruccionales aplicables a la institución.

La ESE BELLOSALUD con el ánimo de fomentar y fortalecer una cultura institucional sobre la seguridad del paciente desarrollara las siguientes acciones:

- La capacitación sobre Eventos Adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el fin de favorecer la “CULTURA DEL REPORTE”.
- Desarrollar el programa de Educación continuada en: Prácticas seguras, prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- Hacer que el Personal sea consiente en ofrecer al paciente un AMBIENTE SEGURO aplicando las barreras de seguridad que l los manuales definan.
- Haciendo seguimiento y vigilancia de las políticas de seguridad del paciente adoptadas por la institución mediante la implementación de las RONDAS DE SEGURIDAD.
- Informando al Paciente sobre sus Derechos y Deberes e involucrándolo en las soluciones, dentro de un ambiente de CONFIDENCIALIDAD Y CONFIANZA.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

- Analizando uno a uno cada evento, asociándolos por causas y montando estrategias de mejoramiento auto 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 auto cuidado.
- Colocando avisos educativos en salas de espera y áreas con la relación de los posibles riesgos y barreras de seguridad a lo que están expuestos los pacientes durante la atención, para la identificación de eventos adversos que puedan ocurrir, con el fin de prevenir la incidencia de incidentes y eventos adverso.

El resultado final de este proceso, es lograr que todos los funcionarios de la institución no sientan miedo de hablar de sus fallas y del reporte de los incidentes y eventos adversos ocurridos.

**3.8.2. Material logístico para educar en el programa y política de seguridad del paciente**

La ESE BELLOSALUD en su nombre la Coordinación de Calidad, han elaborado los siguientes documentos para fortalecer el proceso de educación al paciente y su familia, al talento humano y a las partes interesadas.

Estos documentos estarán disponibles en las unidades funcionales asistenciales y administrativas en medio electrónico (en la red institucional, en los correos electrónicos) y en medio físico.

Así mismo hacen y harán parte de este material logístico, los que están y todos los que se diseñen en las fechas posteriores a la socialización de este Programa y Política de Seguridad del Paciente.

- Programa y política de seguridad del paciente.
- Derechos y deberes del paciente.
- Pasos del lavado de manos asistencial.
- Cinco (5) momentos del lavado de manos.
- Manera correcta identificación del paciente.
- Cinco (5) correctos en el suministro de medicamentos.
- Riesgos al paciente, propios del procedimiento que se le va a ejecutar.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

- Plan de emergencias: rutas de evacuación, punto de encuentro, extintores, alarmas.
- Correcta segregación en la fuente de residuos hospitalarios.
- La aplicación de precauciones de aislamiento universales.
- Uso y reúso de dispositivos.

### **3.9. MEDICION DE LA PERCEPCION Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

**Encuesta de seguridad del usuario:** Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y eventos adversos que suceden en su institución

### **3.10. MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

La **ESE BELLOSALUD** evalúa trimestralmente la adherencia a las guías de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia. Establecida por el área de calidad y coordinación medica y calidad en sus cronogramas.

La **ESE BELLOSALUD** realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación. El proceso de calidad consolida los indicadores de calidad reglamentados en la resolución 256.

#### **3.10.1. RONDAS DE SEGURIDAD.**

Práctica recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes.

Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa.

Finalidad

Movilizar la factibilidad política en la implementación de las prácticas seguras

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

### Objetivo General

Fortalecer la cultura por la seguridad del paciente

### Objetivos Específicos

- Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en servicio
- Educar in situ al personal
- Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con la Seguridad de su atención
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente

### Método

Elaborar Plan y cronograma de Rondas de Seguridad (seleccionando las áreas según riesgos mayores identificados)

Aprobación del Plan por la Dirección General o Ejecutiva

Comunicación escrita a los servicios involucrados sobre realización de las Rondas de seguridad, para conocimiento, involucramiento y elaboración de informe.

Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horario diferente a la visita médica, se sugiere que tengan una periodicidad de 15 días y deben tener un promedio de duración de una hora.

La evaluación será fundamentalmente de observación y entrevista.

Las observaciones de la Ronda de Seguridad deben estar centradas en: o La evaluación de prácticas inseguras en la atención del paciente o Identificación correcta de pacientes quirúrgicos así como exámenes auxiliares, diagnósticos por imágenes, etc. o historia clínica actualizada, ordenada y legible (revisar calidad de la prescripción) o Disposición de los medicamentos (almacenamiento, orden, rotulación, fecha de vencimiento, etc.) o Disposición de residuos hospitalarios o Medidas de Bioseguridad o Higiene de manos o Identificación de otros riesgos de daño sobre el paciente

Se entrevistará tanto personal de salud como a los pacientes y sus familiares.

Las observaciones se consignan en Acta.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

Cada Ronda de seguridad debe informarse a la subdirección de atención, adjuntando el Acta y enviando copia a los servicios involucrados para cumplimiento de las recomendaciones.

Considerar la felicitación por escrito al personal que realiza prácticas seguras.

#### Recomendaciones

- La asistencia en masa a un servicio genera temor en el personal que allí labora y esto evidentemente se aleja del objetivo de la ronda. El temor en el personal dificulta la comunicación e impide un ambiente educativo, de mejoramiento y sinceridad.
- Cuando muchas personas llegan a un servicio al mismo tiempo usualmente ocupan a múltiples personas a la vez y se puede decir que “se para” la atención de los pacientes por atender a los ejecutivos. Con esto se aleja a los trabajadores del cuidado de los pacientes que es realmente lo que más se debe preservar.
- Los pacientes y sus familias pueden pensar que la razón para que tantos directivos vayan en masa a un servicio es porque allí algo malo está sucediendo y se puede generar desconfianza entre los pacientes y sus familiares.
- La verificación del cumplimiento de las condiciones de calidad de un servicio no puede ser algo coyuntural y esporádico en el tiempo.
- Por el contrario, debe ser algo, deliberado, programado y continuo

Se anexa al presente documento la lista de chequeo propuesta para las rondas de seguridad (Anexo 5)

#### 4. GESTION DE RIESGOS

Para estructurar el proceso de administración de riesgos, la E.S.E BELLOSALUD tiene en cuenta además de los procesos identificados para su funcionamiento, todos los proyectos que se estén trabajando en el momento y en el futuro para poder determinar su viabilidad o hacerles los ajustes respectivos para que sean exitosos y tengan una adecuada administración de riesgos.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

Las etapas que se proponen a continuación son las planteadas por la metodología RISICAR:

1. Identificación de los riesgos
2. Calificación de los riesgos
3. Valoración de los riesgos
4. Diseño e implementación de medidas de tratamiento de los riesgos
5. Monitoreo y evaluación de los riesgos

#### **4.1. ETAPA 1. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS**

Para la identificación de los riesgos en la E.S.E BELLOSALUD se toma como base el mapa de riesgos existentes, los estudios financieros y memoria histórica sobre acontecimientos naturales y externos ocurridos en la empresa, además del trabajo realizado con el personal de cada proceso bajo la dirección del líder respectivo.

La identificación del riesgo se realiza determinando las causas, con base en los factores internos y/o externos analizados para la entidad, y que pueden afectar el logro de los objetivos.

Una manera para que todos los servidores de la entidad conozcan y visualicen los riesgos, es a través de la utilización del formato de identificación de riesgos el cual permite hacer un inventario de los mismos, definiendo en primera instancia las causas con base en los factores de riesgo internos y externos (contexto estratégico), presentando una descripción de cada uno de estos y finalmente definiendo los posibles efectos (consecuencias).

Es importante centrarse en los riesgos más significativos para la entidad relacionados con los objetivos de los procesos y los objetivos institucionales. Es allí donde, al igual que todos los servidores, la gerencia pública adopta un papel proactivo en el sentido de visualizar en sus contextos estratégicos y misionales los factores o causas que pueden afectar el curso institucional, dada la especialidad temática que manejan en cada sector o contexto socioeconómico.

Entender la importancia del manejo del riesgo implica conocer con más detalle los siguientes conceptos:

Proceso: Nombre del proceso.

Objetivo del proceso: Se debe transcribir el objetivo que se ha definido para el

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

proceso al cual se le están identificando los riesgos.

Riesgo: Representa la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos.

Causas (factores internos o externos): Son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores que se entienden como todos los sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo.

Descripción: Se refiere a las características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado.

Efectos: Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; generalmente se dan sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales con incidencias importantes tales como: daños físicos y fallecimiento, sanciones, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño ambiental.

**4.2. ETAPA 2. ANÁLISIS DE LOS RIESGOS**

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo y sus consecuencias, éste último aspecto puede orientar la clasificación del riesgo, con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.

El análisis del riesgo depende de la información obtenida en la fase de identificación de riesgos.

Se han establecido dos aspectos a tener en cuenta en el análisis de los riesgos identificados, Probabilidad e Impacto.

Por Probabilidad se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo; esta puede ser medida con criterios de Frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo: número de veces en un tiempo determinado), o de Factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque éste no se haya materializado.

Por Impacto se entienden las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

Para adelantar el análisis del riesgo se deben considerar los siguientes aspectos:

**Calificación del riesgo y Evaluación del riesgo**

Calificación del riesgo: se logra a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.

Bajo el criterio de Probabilidad, el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones

Tabla de Probabilidad

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales.	No se ha presentado en los últimos 5 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos de 1 vez en los últimos 5 años.
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos de 1 vez en los últimos 2 años.
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos de 1 vez en el último año.
5	Casi Seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de 1 vez al año.

Bajo el criterio de Impacto, el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones:

Tabla de Impacto

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN
1	Insignificante	Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la entidad.
2	Menor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la entidad.
3	Moderado	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad.
4	Mayor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad
5	Catastrófico	Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad.

**4.3. ETAPA 3. VALORACIÓN DEL RIESGO**

Evaluación del Riesgo: permite comparar los resultados de la calificación del riesgo, con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

entidad al mismo; de esta forma es posible distinguir entre los riesgos aceptables, tolerables, moderados, importantes o inaceptables y fijar las prioridades de las acciones requeridas para su tratamiento.

Para facilitar la calificación y evaluación a los riesgos, a continuación se presenta una matriz que contempla un análisis cualitativo, para presentar la magnitud de las consecuencias potenciales (impacto) y la posibilidad de ocurrencia (probabilidad).

Las categorías relacionadas con el Impacto son: insignificante, menor, moderado, mayor y catastrófico. Las categorías relacionadas con la Probabilidad son: raro, improbable, posible, probable y casi seguro. Calificación del riesgo. En las filas se ubican los niveles de calificación de la frecuencia, y en las columnas los niveles de calificación del impacto.

Matriz de Calificación, Evaluación y Respuesta a los Riesgos

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
Raro (1)	B	B	M	A	A
Improbable (2)	B	B	M	A	E
Posible (3)	B	M	A	E	E
Probable (4)	M	A	A	E	E
Casi Seguro (5)	A	A	E	E	E
<p><b>B: Zona de riesgo Baja:</b> Asumir el riesgo</p> <p><b>M: Zona de riesgo Moderada:</b> Asumir el riesgo, Reducir el riesgo</p> <p><b>A: Zona de riesgo Alta:</b> Reducir el riesgo, Evitar, Compartir o Transferir</p> <p><b>E: Zona de riesgo Extrema:</b> Reducir el riesgo, Evitar, Compartir o Transferir</p>					

Este primer análisis del riesgo se denomina Riesgo Inherente y se define como aquél al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones por parte de la Dirección para modificar su probabilidad o impacto

La valoración del riesgo es el producto de confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles identificados, esto se hace con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y para la fijación de políticas. Para adelantar esta etapa se hace necesario tener claridad sobre los puntos

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

de control existentes en los diferentes procesos, los cuales permiten obtener información para efectos de tomar decisiones.

El procedimiento para la valoración del riesgo parte de la evaluación de los controles existentes, lo cual implica:

- a. Describirlos (estableciendo si son preventivos o correctivos).
- b. Revisarlos para determinar si los controles están documentados, si se están aplicando en la actualidad y si han sido efectivos para minimizar el riesgo.
- c. Es importante que la valoración de los controles incluya un análisis de tipo cuantitativo, que permita saber con exactitud cuántas posiciones dentro de la Matriz de Calificación, Evaluación y Respuesta a los Riesgos es posible desplazarse, a fin de bajar el nivel de riesgo al que está expuesto el proceso analizado.

El resultado obtenido a través de la valoración del riesgo, es denominado también tratamiento del riesgo, ya que se “involucra la selección de una o más opciones para modificar los riesgos y la implementación de tales acciones” así el desplazamiento dentro de la Matriz de Evaluación y Calificación determinará finalmente la selección de las opciones de tratamiento del riesgo, así:

- Evitar el riesgo, tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se genera cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas. Por ejemplo: el control de calidad, manejo de los insumos, mantenimiento preventivo de los equipos, desarrollo tecnológico, etc.
- Reducir el riesgo, implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección).
- La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles. Por ejemplo: a través de la optimización de los procedimientos y la implementación de controles.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

- Compartir o Transferir el riesgo, reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido. Por ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar, la tercerización.
- Asumir un riesgo, luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso el gerente del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo

#### **4.4. ETAPA 4. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS**

Para el monitoreo de los riesgos se deben diseñar indicadores de riesgo que muestren su comportamiento. En su defecto, se deben adoptar los que por normatividad vigente existan teniendo en cuenta que este indicador debe ser desagregado por riesgo y evento adverso, para así poder mostrar de manera individual la tendencia y la gestión del mismo.

El seguimiento a los indicadores de riesgo y evento adverso y su respectivo análisis, mostrará si éstos fueron identificados y evaluados de forma correcta en los procesos y si funcionan las medidas de tratamiento establecidas en el mapa de riesgos tanto preventivas como correctivas. En caso de que las medidas de tratamiento ya establecidas no sean las adecuadas, se deben considerar otras acciones y actualizar el mapa de riesgos para lograr una mejor administración y gestión del riesgo en los procesos.

Para diseñar los indicadores de riesgo debe diligenciarse el formato único Ficha Técnica para Indicadores elaborada para el Sistema de Garantía de Calidad de la ESE, y tener en cuenta que éstos sean comprensibles, para que las personas responsables del seguimiento los puedan entender e interpretar fácil y correctamente.

El diseño de los indicadores y la autoevaluación son efectuados por los líderes de los procesos quienes comparan el indicador frente al estándar definido para el mismo

Cuando en ocurrencia de la atención en salud se materializa uno de los riesgos

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

identificados en el servicio, debe hacerse el análisis de indicio de atención insegura, para determinar qué efecto ocasionó sobre el paciente, basado en el MODELO CONCEPTUAL DE ATENCIÓN SEGURA.

**4.5. GUIAS DE PRACTICA CLNICA.**

La **ESE BELLOSALUD** cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio, evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y realiza el mejoramiento continuo de dicha adherencia.

1. asma
2. cyd
3. cronicos hta dm
4. DISLIPIDEMIA
5. anomalia recien nacido
6.embarazo, parto y puerperio

**5. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS BUENAS PRACTICAS APLICABLES A LA ESE BELLOSALUD**

**5.1. CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACION Y GESTION DE EVENTOS ADVERSOS**

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

Los funcionarios de la Empresa Social del Estado Bello Salud, deberán estar atentos frente a cualquier situación anómala relacionada con la seguridad del usuario y realizar el reporte en el formato establecido para tal efecto, diligenciándolo en su totalidad. El reporte de eventos adversos no dará lugar sanciones, en cambio el no reporte puede originar investigaciones de tipo disciplinario.

El reporte deberá ser presentado ante el equipo de seguridad clínica quien se encargará de su análisis, dando un manejo confidencial a la información.

Dentro de la institución se han definido algunos eventos adversos que se encuentran incluidos en el formato de reporte con el fin de facilitar su detección:

<b>INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN PROCESOS ASISTENCIALES</b>
Pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso
Muerte perinatal
Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento
Pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnostico
Estancias prolongadas por falta de ayudas terapéuticas, insumos, disponibilidad medica
Entrega equivocada de un neonato
Infección nosocomial o intrahospitalaria
Paciente con ulcera de posición
Reingreso de usuarios a hospitalización, antes de 20 días por la misma causa
Identificación errónea de paciente
Procedimiento equivocado en sitio incorrecto o paciente no correcto
Robo o pérdida de neonato
Ulceras por presión
Fuga de paciente
Caída de usuario de cama o en baño

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

<b>INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN EN PROCESOS ASISTENCIALES</b>
Caída de equipo de entrenamiento de fisioterapia
Caída de pacientes desde silla odontológica
Caída de pacientes desde su propia altura
Desgarre de tejido sano
Perforaciones dentales radiculares, coronales
Restauraciones dentales desadaptadas
Fractura de hueso basal durante exodoncia
Fractura de instrumentos odontológicos
Fractura dentaria durante procedimiento
Luxación articulación temporo mandibular (ATM) durante procedimiento
Perdida de piezas dentarias por mal procedimiento
Error en la asignación de la cita
Mala formulación
Mal manejo posquirúrgico
Entrega errónea de exámenes de laboratorio
Inadecuado procedimiento con instrumentos corto punzantes
Quemadura de pacientes

El reporte del evento o incidente debe efectuarse de forma inmediata

### 5.1.1. ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS

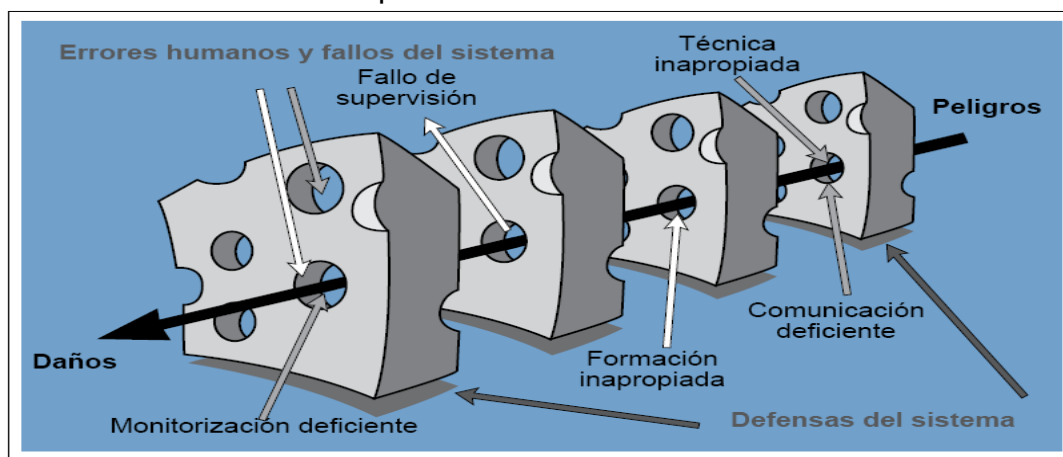
#### 5.1.1.1. Multicausalidad

Rara vez los eventos son consecuencia de un solo error, y un concepto esencial para entender la manera como se producen los eventos adversos evitables y, en consecuencia, evitar que ocurran es el de *multicausalidad*, reconocido universalmente en los procesos de seguridad. Implica que un

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

evento adverso es el resultado de una serie de circunstancias concatenadas interactuantes. A este concepto se le conoce como el modelo del queso suizo: un conjunto de fallas latentes que se activa simultáneamente durante la atención de un paciente y se representa por los agujeros de las lonjas del queso.

El Gráfico 2 ilustra el concepto.



Fuente: tomado de Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320:769.

Gráfico 2

### 5.1.1.2. Causalidad de eventos adversos y errores

De acuerdo con el modelo del queso suizo, muchos factores inciden en la secuencia de un evento adverso evitable. Por lo tanto, a efectos de evitarlos y de prevenir la presentación de los errores, es necesario explorar la causas por las cuales surgen. El objetivo no es “corregirlos”, sino identificar las causas y bloquearlas, para evitar que se vuelva al error.

Se desarrolló un modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos (*Organizational Accident Causation Model*), en el contexto del denominado *Protocolo de Londres*, que busca facilitar los análisis de errores y eventos adversos. Dentro de este protocolo se presentan los siguientes conceptos fundamentales:

**Acción insegura.** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

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.

**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.

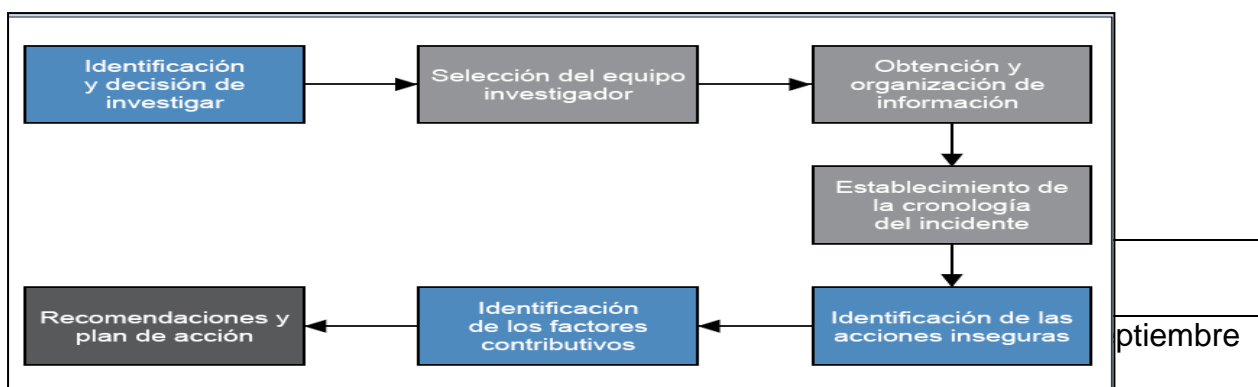
**Factor contributivo.** Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

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

## 5.1.2. Análisis de los eventos adversos

### 5.1.2.1. Análisis retrospectivo

El análisis de los eventos adversos estará dado por el protocolo de Londres, este es un modelo de investigación de los incidentes y eventos adversos. En el siguiente esquema se presenta los pasos para el análisis de los eventos adversos acorde al protocolo de Londres:



### Gráfico3

La relevancia del *Protocolo de Londres* estriba en la reflexión que induce en la búsqueda de factores contributivos y de factores organizacionales. Induce preguntas sobre por qué ocurrieron los errores.

Se anexa al documento el formato de investigación de los eventos adversos (Anexo1)

#### 5.1.2.2. Procedimiento:

Identifique si se presentó un daño en el paciente. Recordemos que los daños pueden ser físicos, psicológicos y morales. Si no hay daño en el paciente, no hay evento adverso.

Si no hay daño en el paciente, identifique si hubo riesgo de daño en el paciente. Puede tratarse de un casi evento adverso o incidente.

Si existe riesgo de daño en el paciente, analice como si fuera un evento adverso. Recordemos que la utilidad de estos eventos es su capacidad de prevención del daño, sin que existan consecuencias lamentables.

Si no existe daño ni riesgo de daño, la conclusión es que se trata de una atención en salud sin evento adverso.

Si se presentó daño en el paciente, identifique cuál es. En un mismo caso pueden coexistir varios daños. Es importante tenerlos todos en cuenta, pues cada uno de ellos puede tener causas diferentes y su análisis individual puede ayudar a prevenir diferentes eventos.

Con base en la identificación del daño, establezca una tipificación de la severidad del evento. La tipificación se realiza de acuerdo con la clasificación de eventos que haya adoptado la institución.

Identifique si el daño es o se sospecha intencional.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

Si se sospecha intencionalidad en el daño, se tipifica como posible delito y se traslada a la autoridad que se considere competente. Recordemos que un daño intencional no podrá ser abordado por las herramientas de seguridad del paciente.

Si no se sospecha intención, identifique si el daño se asocia a la atención en salud. Recordemos que para llegar a esta conclusión es necesario acudir a la evidencia científica disponible. Si la ciencia médica no cuenta con avances suficientes para la prevención del daño, estamos ante la presencia de un evento adverso no evitable.

Si el daño se asocia a la atención, establezca la tipificación del evento.

Identifique si hay un error asociado al daño. Recordemos que para llegar a esta conclusión es necesario establecer la relación de causalidad. Si no existe, puede haber un evento adverso y puede haber error, pero no hay evento adverso evitable. Si no establece la relación de causalidad, busque otro error donde sí lo haya. Si definitivamente no se encuentra un error con relación de causalidad, se trata de un evento adverso no evitable. También pueden existir varios errores. En este caso, proceda a analizar cada uno de ellos. Cada error identificado es una potencial oportunidad de prevención.

Con cada error identificado, defínalo con precisión. Establezca una tipificación de acuerdo con la clasificación adoptada por la institución.

Ante la presencia de error y relación causal, establezca el evento como evento adverso evitable.

Con cada error identificado, identifique cuál o cuáles fueron los factores contributivos. Recordemos que los factores contributivos pueden ser: paciente, tarea y tecnología, individuo, equipo de trabajo, ambiente, organización y gerencia o contexto institucional.

Con cada factor contributivo, descríbalos.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

Defina las barreras de seguridad y o el plan de mejora orientado al bloqueo de causas y la prevención de errores. Siga el modelo de 5w 1h

Defina un plan para informar al paciente y o a su familia.

Defina un plan para difundir los aprendizajes a la institución.

Alimente las bases de datos establecidas por la institución para el sistema de reporte.

### 5.1.2.3. Análisis prospectivo

Se buscan estrategias para identificar los “posibles” eventos adversos que puedan ocurrir y prevenir su ocurrencia.

La herramienta de análisis prospectivo propuesta en este modelo es el Análisis de Modo de Fallo y Efectos (AMFE), un método mediante el cual cada potencial (posible) forma de falla de un sistema se analiza para establecer su efecto o consecuencia en el sistema y clasificarla de acuerdo con su severidad. Su utilidad consiste en identificar cada potencial (posible) forma de falla de un sistema, para luego analizarla, establecer su efecto o consecuencia sobre él y, finalmente, clasificarla de acuerdo con su severidad. En esencia se basa en contestar tres preguntas:

- ¿Qué fallas pueden ocurrir en un subsistema (proceso)?
- ¿Por qué puede ocurrir la falla?
- ¿Cuáles pueden ser las consecuencias de esas fallas sobre el subsistema y sobre la totalidad del sistema (macroproceso)?

El análisis evalúa cada actividad del proceso para establecer qué puede fallar, por qué y cuáles pueden ser las consecuencias de dicha falla. Esto necesariamente implica algún grado de subjetividad e incertidumbre.

Los siguientes son los pasos para la implementación de un análisis de modo de fallo y efectos:

No	ACTIVIDAD
----	-----------

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

1	Definir procesos prioritarios de la empresa.
2	Definir el proceso prioritario a analizar.
3	Nombrar el equipo de trabajo para acción preventiva.
4	Estudiar el proceso prioritario seleccionado en su paso a paso con el fin de encontrar incumplimientos potenciales a un requisito.
5	Documentar en el formato para la aplicación de AMEF en caso de haber encontrado un incumplimiento potencial. En caso de que no se haya encontrado un incumplimiento potencial volver al paso anterior.
6	Analizar causas y efectos correspondientes al incumplimiento potencial.
7	Obtener el N.R.P, mediante cálculos de severidad, frecuencia y detección.
8	Finalizar el proceso si el N.R.P es bajo. En caso de que el N.R.P sea alto decidir y correr el modelo de mejoramiento de la calidad.
9	Definir responsables, fechas e Implementar las acciones a tomar.
10	Registrar resultados de acciones tomadas.
11	Revisar la implementación y efectividad de las acciones tomadas. En caso de que no se hayan implementado las acciones volver al paso 9 y en caso de que se hayan implementado y no hayan sido efectivas volver al paso 8. Si las acciones si fueron efectivas continuar con el siguiente paso.
12	Cerrar la Acción Preventiva.

#### 5.1.2.4. Clasificación de los eventos

Esta clasificación ha sido adoptada y adaptada por la institución y obedece al estudio riguroso de un grupo de expertos representantes de instituciones de salud con avances y logros importantes en el tema de **Seguridad Clínica**.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

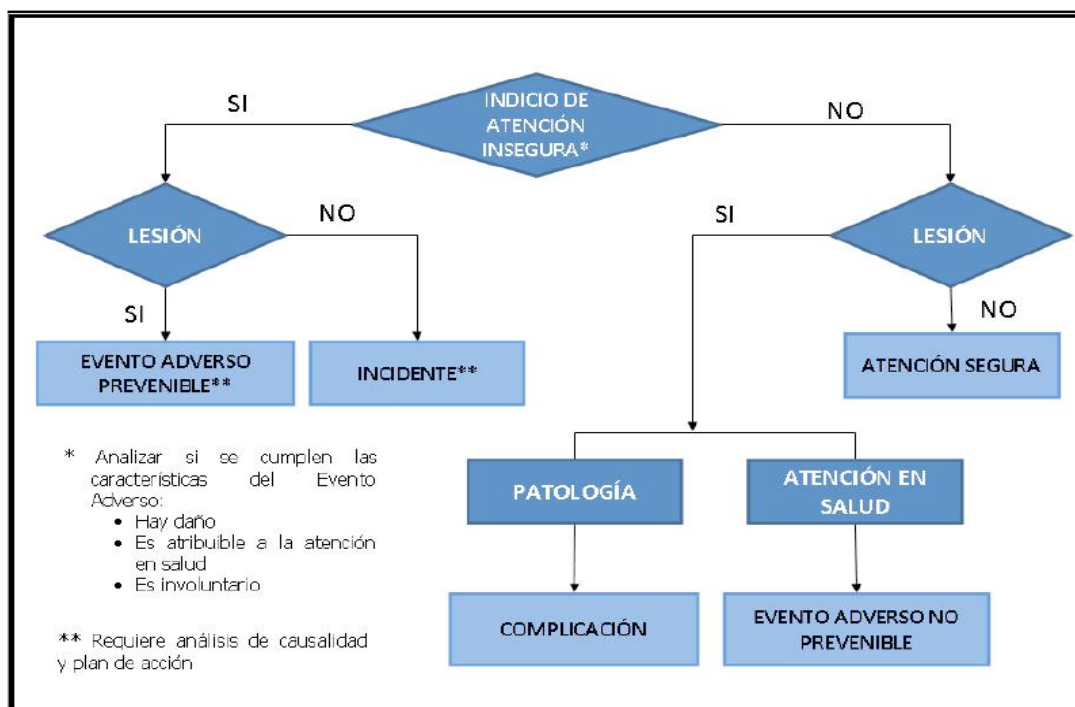


Grafico3

**5.1.2.5. 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:

**5.1.2.6. 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.

**5.1.2.7. Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

### 5.1.2.8. 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.

### 5.1.2.9. 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.

## (FORMATO ANÁLISIS PROTOCOLO DE LONDRES Anexo 1)

# ¡CULTURA! SISTEMA DE REPORTE

Los funcionarios de la ESE Bello Salud > atentos frente a cualquier situación anómala > seguridad del usuario > **reporte en el formato** > diligenciándolo en su totalidad.

El reporte de EA no > sanciones.

El no reporte > puede originar investigaciones de tipo disciplinario.

El reporte debe informarse o reportarse de forma inmediata

## SISTEMA DE REPORTE



Eventos Adversos General Farmaco

Reactivo Vigilancia


Tecno Vigilancia

El reporte con su preanálisis, una vez enviado por el aplicativo, es gestionado en el **COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** quienes se encargaran del análisis definitivo y retroalimentación al equipo de salud y, siempre, dando un manejo confidencial a la información.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

## Seguimiento Y Monitoreo

El seguimiento de la gestión de eventos adversos se realiza haciendo uso de indicadores descritos a continuación.

	<b>FICHA TÉCNICA INDICADORES</b> ESE BELLOSALUD	VERSIÓN: 01 FECHA: MARZO DE 2022 CÓDIGO: PÁGINA: 1 DE 1						
PROCESO	CALIDAD							
RESPONSABLE	SEGURIDAD DEL PACIENTE							
NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	ATRIBUTO DE CALIDAD	FORMULA (NUMERADOR / DENOMINADOR)	UNIDAD DE MEDICION	PERIODICIDAD	TENDENCIA ESPERADA / META	FUENTE INFORMACION NUMERADOR	FUENTE INFORMACION DENOMINADOR
Vigilancia de eventos adversos	Medir la gestión de incidentes y eventos adversos con el fin de medir la eficacia de con que la organización desarrolla acciones de mejora continua en pro de la seguridad del paciente.	Seguridad	(Número total de incidentes o eventos adversos gestionados)  /Número total de incidentes o eventos adversos reportados	Número	Mensual	100%	Reporte de incidentes y eventos adversos, actas de comité, acciones de mejora continua	Reporte de incidentes y eventos adversos, actas de comité, acciones de mejora continua

*Grafico4*

### 5.2. GESTIONAR Y DESARROLLAR UNA ADECUADA COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE ATIENDE Y CUIDAN A LOS PACIENTES QUE INCLUYA DIFERENTES ENFOQUES.

- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- Identificar los factores contributivos o fallas en la atención que favorecen la ocurrencia de los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- Incentivar la generación de acciones administrativas y políticas que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de los problemas de comunicación entre las personas que interactúan durante la atención a los pacientes.
- Estandarizar el proceso de la comunicación intrainstitucional e interinstitucional como barrera y defensa de seguridad eficaz para evitar la ocurrencia de eventos adversos asociados a la comunicación.
- Identificar las fallas más comunes en la atención relacionados con brechas en la circulación de la información que originan eventos adversos

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

- Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica que se presentan por problemas de comunicación entre las personas que participan en el proceso de atención a los pacientes, que cuidan y atienden a los pacientes.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.

La ESE implementa las siguientes acciones:

### 5.2.1. Manejar de la comunicación

Manejar adecuadamente la comunicación no verbal para lograr una comunicación efectiva.

A continuación, se relacionan algunas recomendaciones a tener en cuenta en el manejo de la comunicación no verbal.

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

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

- Posición abierta: el usuario tiene una postura relajada y sin defensa.
- Posición cerrada: la postura es de defensa (cruce de brazos y piernas)
- Posición de huida, representa un deseo de finalizar el encuentro y no vinculación con la relación.
- En cada caso el personal de salud tomará una actitud proactiva y entablará una comunicación efectiva con el paciente logrando ofrecer de forma clara y personalizada el mensaje al usuario.
- Realizar un adecuado uso de los gestos, la mirada, los silencios deben demostrar el interés que se tiene en el proceso de comunicación con el usuario.
- Manejar adecuadamente la comunicación Verbal con el fin de lograr una comunicación efectiva
  - ✓ Hablar despacio
  - ✓ Utilizar las frases cortas
  - ✓ Utilizar términos comprensibles
  - ✓ Pronunciar con seguridad
  - ✓ Evitar validaciones o cambios bruscos de tema
  - ✓ Al dar información relevante en la conversación como despacho de una fórmula médica, recomendaciones de autocuidado, explicación de tratamiento médico, solicitud de laboratorios, explicación de procesos administrativos, el personal de salud debe asegurarse que el usuario comprendió el mensaje, para lo cual puede preguntar al usuario el proceso que explicó con frases como: “favor me comenta qué cuidados va a tener en casa”
- Manejar adecuadamente la comunicación escrita en los registros clínicos. El personal médico, de odontología y enfermería deberá diligenciar la historia de forma correcta y completa, codificar correctamente las patologías del CIE 10, cero tachones y enmendaduras.
- Evaluar y realizar seguimiento al proceso de comunicación efectiva a través de los resultados de las encuestas de satisfacción al usuario donde se indaga al usuario sobre la información recibida por parte del

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

personal que lo atendió mediante el formato, el comité de seguridad del paciente retroalimentará a las diferentes áreas los resultados.

## 5.2.2. Barreras y defensas

### 5.2.2.1. Paciente

#### Interferencias cognitivas:

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

#### Interferencias emocionales:

- En caso de que el paciente muestre una conducta agresiva y ésta esté relacionada con información que requiere el paciente, el personal de salud mostrará sus habilidades de comunicación sugiriéndole al paciente que vuelva a la calma y le dará una información precisa y resolutive sobre su solicitud. Si se identifica un comportamiento patológico relacionado con trastorno mental se dará aviso al personal médico para que realice la respectiva valoración y atención médica.
- Intervención del Comité de Seguridad del Paciente en caso de identificar que un miembro del personal de salud manifiesta

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

comportamientos ofensivos, grotescos, o irrespetuosos en el proceso de comunicación con los pacientes, realizará proceso de mejora con el funcionario con el fin de evitar otros incidentes.

**5.2.2.2. Individuo**

- Verificar la comprensión por parte del paciente y familia de las órdenes médicas verbales y escritas.
- Instaurar comunicación preventiva con el registro en la historia clínica de la actividad.
- Invitar al paciente a preguntar e indagar sobre su condición.
- Generar una comunicación oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.
- Dedicar tiempo extra a explicar a los pacientes la información en un lenguaje no técnico.
- Usar guías con ilustraciones para la explicación de la información.
- Preparar resúmenes e informes con datos y documentos, no de memoria.
- Asegurar conocimiento de preferencias del paciente para cuidados terminales.

**5.3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD.**

**Prevención de infecciones:** Enfocada a detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención de pacientes.

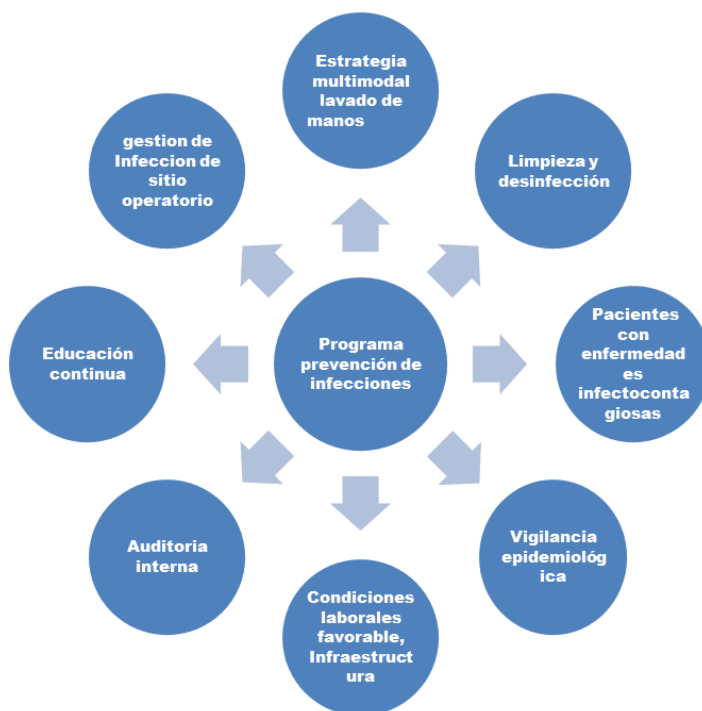
Requiere:

- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición del riesgo infecciones asociadas a la atención del paciente.

La ESE implementa las siguientes acciones:

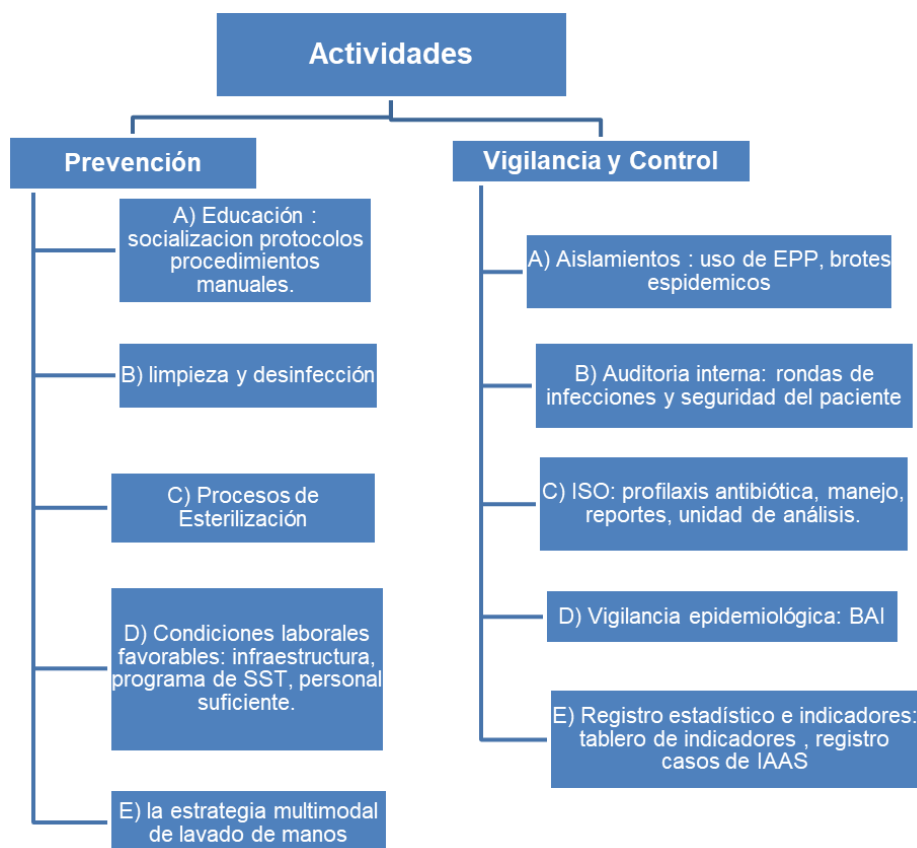


El Comité de Infecciones Intrahospitalarias estará conformado de la siguiente manera:

1. Subgerente de Servicios de Salud,
2. Coordinador Médico.
3. Referente de seguridad del paciente, quien lo presidirá.
4. Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo.
5. Enfermera servicio de urgencias y hospitalización
6. Líder Promoción y Prevención
7. Líder de Farmacia.
8. Líder de Laboratorio clínico.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

9. Líder Odontología
10. Líder Vacunación.
11. Líder Vigilancia Epidemiológica



- Definición de guías de atención basadas en la evidencia
- Protocolos de asepsia y lavado de manos
- Asegurar que la información en la historia clínica sea completa y correcta mediante auditorias
- Coordinación con el equipo multidisciplinario
- Procesos y procedimientos actualizados y con seguimiento
- Aplicación de rondas de seguridad
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento de indicadores de monitoreo
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento frente a los eventos adversos
- Realización de auditorías a procesos y de adherencia a guías de práctica clínica.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

- Capacitación continuada al personal asistencial y a usuarios de la institución.

**Una atención limpia, una atención segura:** Campaña dirigida al cumplimiento de las normas de asepsia enfocada al lavado de manos

**Aislamiento:** Se dispone de guías para el manejo de pacientes en los cuales se identifica o sospecha una enfermedad infecciosa que sugiera peligro de contaminación del personal de la salud y el medio hospitalario. La es conocida por el personal asistencial y de apoyo y su aplicación es de carácter obligatorio.

**Comité de Vigilancia epidemiológica:** Seguimiento a Infecciones Asociadas a la atención en Salud este comité realiza prevención, búsqueda activa, control y gestión a las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

**Aceptadas (ver anexo)**

**5.3.1. Barreras de Seguridad.**


- Educación continuada de los manuales y protocolos establecidos para la atención.
- Evaluar semestral la adherencia a los manuales y protocolos asistenciales.
- Realizar trimestralmente rodajes y encuestas de seguridad para evaluar la aplicación del procedimiento de lavado de manos.
- Realizar lista de chequeo para el cumplimiento del lavado de manos tanto la parte asistencial como el correcto funcionamiento de los dispensadores, contar siempre con suministro de jabón en los dispensadores y la aplicación del protocolo para lavado de manos.
- Desarrollar profilaxis a través de la higiene de manos con el uso de alcohol glicerinado.
- Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado de las manos.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios.
- Aplicación de los 5 momentos recomendados por la OMS en el lavado de manos

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

### 5.3.2. Seguimiento Y Monitoreo

El seguimiento de la gestión de IASS se realiza haciendo uso de indicadores descritos a continuación.

#### **Anexo Incidencia endometritis**

	FICHA TÉCNICA INDICADORES						VERSIÓN: 01	
	ESE BELLOSALUD						FECHA: MARZO DE 2022	
							CÓDIGO:	
							PÁGINA: 1 DE 1	
PROCESO	HOSPITALIZACIÓN							
RESPONSABLE	Maribel Duque Osorio							
NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	ATRIBUTO DE CALIDAD	FORMULA (NUMERADOR / DENOMINADOR)	UNIDAD DE MEDICION	PERIODICIDAD	TENDENCIA ESPERADA / META	FUENTE INFORMACION NUMERADOR	FUENTE INFORMACION DENOMINADOR
Incidencia de endometritis	Medir los casos de de endometritis presentados en el servicio en un periodo de tiempo	Pertinencia, Seguridad	Número de parto atendidos en el mes  Maternas con endometritis	Número	Mensual	0	Historia clínica DINAMICA, reportes eventos adversos	Libro certificados de nacido vivo servicio de hospitalización

*Grafico4 INCIDENCIA ENDOMETRITIS*

### 5.4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Dirigida a desarrollar, fortalecer destrezas y competencias para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos.

Requiere:

- Definir mecanismos para prevenir errores en la administración de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).
- Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.
- Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos
- Identificar los medicamentos de alto riesgo.
- Definir procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

- Definir procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.

La ESE implementa las siguientes acciones:

- Definición de guías de atención basadas en la evidencia
- Protocolo para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia --- actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias.
- Protocolo para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización- actualización no debe ser superior a los 5 años. - Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales.
- Cuentan con protocolo para el uso racional de antibióticos la actualización no debe ser superior a cinco años.
- Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios LASSA
- Procesos y procedimientos actualizados y con seguimiento
- Aplicación de rondas de seguridad
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento de indicadores de monitoreo
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento frente a los eventos adversos
- Aplicación de normas de bioseguridad
- Realización de auditorías a procesos y de adherencia a guías de práctica clínica.
- Capacitación continuada al personal asistencial y a usuarios de la institución.
- Identificación de medicamentos de alto riesgo

**5.4.1. Barreras de seguridad.**

- Aplicación del medicamento por personal con la competencia técnica suficiente.
- Evitar el uso de abreviaturas.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024


- Aplicación del procedimiento 5 Correctos en la administración del medicamento.
- Gestionar condiciones adecuadas de almacenamiento.
- Aplicación de protocolo de administración de medicamento.

### 5.4.2. Seguimiento Y Monitoreo

- Programa de Farmacovigilancia y tecnovigilancia.
- Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora.
- Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia.
- Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora.
- Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente.
- Registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios.
- Registro de administración de medicamentos en la historia clínica.

El seguimiento de la gestión de seguridad en el uso de medicamentos se realiza haciendo uso de indicadores descritos a continuación.

### E.A Adam Medicamentos Hospitalización

	FICHA TÉCNICA INDICADORES						VERSIÓN: 01	
	ESE BELLOSALUD						FECHA: MARZO DE 2022	
							CÓDIGO:	
							PÁGINA: 1 DE 1	
PROCESO	HOSPITALIZACIÓN							
RESPONSABLE	Maribel Duque Osorio							
NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	ATRIBUTO DE CALIDAD	FORMULA (NUMERADOR / DENOMINADOR)	UNIDAD DE MEDICION	PERIODICIDAD	TENDENCIA ESPERADA / META	FUENTE INFORMACION NUMERADOR	FUENTE INFORMACION DENOMINADOR
Proporción de eventos adversos por error en la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización	Identificar y gestionar los eventos adversos presentados en el servicio de hospitalización	Seguridad	Total de eventos adversos por error en la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización Número total de egresos vivos en el periodo	Número	Mensual	0	Reporte de consolidado de eventos adversos de seguridad del paciente	Reporte de egresos del servicio

*Gráfico 5*

### E.A Adm Medicamentos urgencias

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

	FICHA TÉCNICA INDICADORES					VERSIÓN: 01		
	ESE BELLOSALUD					FECHA: MARZO DE 2022		
						CÓDIGO:		
						PÁGINA: 1 DE 1		
PROCESO	CALIDAD							
RESPONSABLE	SEGURIDAD DEL PACIENTE							
NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	ATRIBUTO DE CALIDAD	FORMULA (NUMERADOR / DENOMINADOR)	UNIDAD DE MEDICION	PERIODICIDAD	TENDENCIA ESPERADA / META	FUENTE INFORMACION NUMERADOR	FUENTE INFORMACION DENOMINADOR
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias.	Seguridad	Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.  Total de personas atendidas en urgencias.	Por 100 (%)	Mensual	0%	seguridad del paciente	Estadísticas

*Gráfico 6*

## 5.5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

dirigida a Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la identificación de pacientes, para que no se presenten errores en la atención y disminuir así la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionados. Requiere:

- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica relacionados con fallas en la identificación del paciente.
- Identificar los factores contributivos que favorecen los errores en la identificación del paciente

Acciones implementadas en la ESE:

- Identificación del usuario con brazalete desde su llegada por hospitalización o partos
- Verificación de datos del paciente en el momento de la realización de procedimientos y tratamientos.
- Identificación de los pacientes por medio de datos personales: Nombres y apellidos completos, documento de identificación
- Realización de auditorías a procesos
- Capacitación continuada al personal asistencial y a usuarios de la institución

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

Para este efecto los procesos organizacionales deben incluir elementos esenciales para la identificación correcta y segura del paciente, como se menciona a continuación:

- La definición de los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en la institución, seguida del proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos preanalíticos, analíticos y post-analíticos. Este procedimiento debe ser conocido y adoptado por todos quienes intervienen en el proceso de atención.
- La participación activa del paciente durante los procesos de identificación y validación de la información del paciente. En este caso, es de importancia relevante la utilización de un lenguaje culturalmente accesible.
- La comunicación oportuna y eficaz entre el equipo de salud involucrado.

Acciones implementadas en la ESE:

- Documentación de procesos y procedimientos
- Auditoria a los mismos
- Verificación de la identidad de los pacientes por parte de los profesionales encargados de la atención
- Identificación de los pacientes y muestras por medio de datos personales: Nombres y apellidos completos, documento de identificación
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento de indicadores de monitoreo
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento frente a los eventos adversos

**5.5.1. Barreras de seguridad**

- Realizar una adecuada identificación del paciente, tomando todos los datos completos, teniendo en cuenta siempre en la identificación los dos nombres y los dos apellidos, además del número de documento de identificación.
- Diligenciamiento total de identificación en el formato de la historia clínica.
- La atención en la consulta externe verificar la información con el paciente y

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

la historia clínica, realizando el llamado con los 2 nombres y 2 apellidos completos del paciente.

- Se revisarán semestral a través de la observación y con encuestas al paciente, para verificar el cumplimiento en el proceso de identificación.

### 5.5.2. Monitoreo Y Seguimiento

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

### 5.6. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS

Encaminada a desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir la frecuencia de caídas. Requiere:

- Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución
- Que contemplen como mínimo la siguiente información:
- Antecedentes de caídas
- Identificación del paciente:
  - Que está agitado
  - Funcionalmente afectado
  - Necesita ir frecuentemente al baño
  - Tiene movilidad disminuida
  - Pacientes bajo sedación
- Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente

La ESE implementa las siguientes acciones:

- Valoración del riesgo de caída y clasificación de los pacientes
- Diseño de instrumento de valoración y clasificación de los pacientes.
- Capacitación y entrenamiento al personal asistencial en la aplicación del instrumento de valoración de riesgo de caídas
- Supervisión de la adherencia a la valoración del riesgo de caídas

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

- Reporte, análisis y plan de mejoramiento frente a los eventos adversos
- Aplicación de normas de bioseguridad
- Realización de auditorías a procesos y de adherencia a guías de práctica clínica

### 5.6.1. Barreras de seguridad

- Implementación y aplicación de la lista de chequeo para identificar condiciones de riesgos del paciente, esta se realizará cada seis meses.
- Aplicación de escala de JH DOWTON
- Ubicar un aviso reflector cuando el piso este mojado.
- ✓ No tener obstáculos en área de circulación.
- ✓ Indagar en la recepción al paciente sobre las patologías asociadas a caídas para darle manejo durante la atención, lo cual los pacientes que por su patología tienen un alto riesgo de caídas serán identificados y acompañados por parte del personal al área de consulta.
- ✓ Dar atención prioritaria a los pacientes de riesgo alto.
- ✓ Realizar acompañamiento a pacientes de riesgos altos durante la atención cuando no tengan acompañante.
- ✓ La atención a estos pacientes se hace de inmediato, lo cual se tomará la información por el familiar y/o acompañante para el diligenciamiento inicial de la historia clínica.


### 5.6.2. Monitoreo y seguimiento.

Porcentaje de incidentes o eventos adversos asociados a caídas de pacientes en los servicios asistenciales.

### Proporción de caídas del paciente

		FICHA TÉCNICA INDICADORES				ESE BELLOSALUD			
						<small>VERSIÓN: 01</small> <small>FECHA: MARZO DE 2022</small> <small>CÓDIGO:</small> <small>PÁGINA: 1 DE 1</small>			
PROCESO		CALIDAD							
RESPONSABLE		SEGURIDAD DEL PACIENTE							
NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	ATRIBUTO DE CALIDAD	FORMULA (NUMERADOR / DENOMINADOR)	UNIDAD DE MEDICION	PERIODICIDAD	TENDENCIA ESPERADA / META	FUENTE INFORMACION NUMERADOR	FUENTE INFORMACION DENOMINADOR	
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Es un estimador de las caídas de pacientes en urgencias en un mes de seguimiento.	seguridad	$\frac{\text{Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo.}}{\text{Total de personas atendidas en urgencias en el periodo}}$	Por 1000 personas atendidas en urgencias	Mensual	0%	seguridad del paciente	Estadísticas	

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

	FICHA TÉCNICA INDICADORES						VERSIÓN: 01		
	ESE BELLOSALUD						FECHA: MARZO DE 2022		
PROCESO		CALIDAD						CÓDIGO:	
RESPONSABLE		SEGURIDAD DEL PACIENTE						PÁGINA: 1 DE 1	
NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	ATRIBUTO DE CALIDAD	FORMULA (NUMERADOR / DENOMINADOR)	UNIDAD DE MEDICION	PERIODICIDAD	TENDENCIA ESPERADA/ META	FUENTE INFORMACION NUMERADOR	FUENTE INFORMACION DENOMINADOR	
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Es un estimador de las caídas de pacientes en consulta externa en un mes de seguimiento.	seguridad	<small>Numero total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo.</small> Total de personas atendidas en consulta externa	<small>Por 1000 personas atendidas en consulta externa</small>	Mensual	0%	seguridad del paciente	Estadística	

*Gráfico 7*

## 5.7. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Requiere

- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica que favorecen la aparición de escaras en los pacientes.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición de escaras en la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de escaras en el paciente.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de escaras en los pacientes dentro de la institución

La ESE implementa las siguientes acciones:


- Definición de guías de atención basadas en la evidencia y protocolos
- Identificación de usuarios propensos de ulcera por presión
- Procesos y procedimientos actualizados y con seguimiento
- Aplicación de rondas de seguridad
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento de indicadores de monitoreo
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento frente a los eventos adversos
- Realización de auditorías a procesos y de adherencia a guías de práctica clínica.
- Capacitación continuada al personal asistencial y a usuarios de la institución.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

**5.7.1. Monitoreo y seguimiento.**

Porcentaje de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la incidencia de úlceras por presión.

**E.A ULCERAS**

	FICHA TÉCNICA INDICADORES						VERSIÓN: 01	
	ESE BELLOSALUD						FECHA: MARZO DE 2022	
							CÓDIGO:	
							PÁGINA: 1 DE 1	
PROCESO	HOSPITALIZACIÓN							
RESPONSABLE	Maribel Duque Osorio							
NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	ATRIBUTO DE CALIDAD	FORMULA (NUMERADOR / DENOMINADOR)	UNIDAD DE MEDICION	PERIODICIDAD	TENDENCIA ESPERADA / META	FUENTE INFORMACION NUMERADOR	FUENTE INFORMACION DENOMINADOR
Proporción de eventos adversos úlceras por presión	Identificar y gestionar los eventos adversos presentados en el servicio de hospitalización	Seguridad	$\frac{\text{Total de eventos adversos úlceras por presión en el servicio de hospitalización}}{\text{Número total de egresos vivos en el periodo}}$	Número	Mensual	0	Reporte de consolidado de eventos adversos de seguridad del paciente	Reporte de egresos del servicio

*Gráfico 8*

**5.8. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DE LA GESTANTE Y EL RECIÉN NACIDO, EN LOS SERVICIOS.**

La atención segura e integral requiere:

- Atender a la gestante independientemente de las dificultades administrativas.
- Asegurar la atención del Parto y el puerperio por persona Calificada; reconociendo que todos los embarazos están expuestos a potenciales riesgos
- Disponer, conocer y utilizar de acuerdo a las guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como:
  - Antibióticos
  - Anticonvulsivantes
  - Antihipertensivos
  - Oxitócicos
  - Líquidos

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

- Asegurar previamente, que tenga un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible, que además no puede ser resuelta en este nivel.

La ESE implementa las siguientes acciones:

- Definición de guías de atención del parto basadas en la evidencia
- Remisión oportuna de usuarias cuando la emergencia no pueda ser resuelta en el primer nivel de complejidad
- Atención oportuna e integralmente al recién nacido desde la sala de partos según el procedimiento y guía establecida en la ESE
- Elaboración de partograma a toda materna en trabajo o labor de parto
- Identificación de todo recién nacido y la madre mediante manilla
- Aplicación de procedimiento de egreso de la institución y verificación de identificación
- Aplicación de rondas de seguridad
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento de indicadores de monitoreo
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento frente a los eventos adversos
- Aplicación de normas de bioseguridad
- Realización de auditorías a procesos y de adherencia a guías de práctica clínica.
- Capacitación continuada al personal asistencial y a usuarios de la institución.

**5.9. GARANTIZAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS**

Requiere:

- Promover la cultura del consentimiento informado
- Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
- Asegurar su registro en la historia clínica.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

- Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.
- Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.

La ESE implementa las siguientes acciones:

- Promover a través de capacitaciones que el profesional asistencial que use un lenguaje apropiado para dar la información al paciente.
- Registro en la historia clínica, verificado mediante auditorías a las historias clínicas
- Diligenciamiento correcto del consentimiento informado mediante formatos establecidos e instructivos de diligenciamiento del consentimiento informado
- No verificación de los procedimientos de consentimiento informado
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento de indicadores de monitoreo
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento frente a los eventos adversos
- Realización de auditorías a procesos
- Capacitación continuada al personal asistencial y a usuarios de la institución

**7.8.1 Monitoreo y seguimiento.**

Consentimiento informado	JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DIECIEMBRE	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Consentimientos Desarrollados												
Adecuado diligenciamiento												

**5.10. AUTOCUIDADO DEL USUARIO**

dirigida a desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para involucrar a los pacientes y su familia en su seguridad. Requiere:

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

- Identificar las barreras y defensas durante el Autocuidado y la Autonomía en los pacientes, mejorando su seguridad.
- Detectar cuales son los errores o fallas en el autocuidado, que pueden contribuir a la aparición de problemas de seguridad del paciente.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la ocurrencia de problemas en el autocuidado y la Autonomía en el cuidado de la salud del paciente
- Implementar buenas prácticas (administrativas, políticas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por involucrar al paciente y sus allegados en el Autocuidado y la Autonomía para su seguridad.

La ESE implementa las siguientes acciones:

- Motivación del paciente con el autocuidado de su salud a través de la capacitación y actividades de promoción y prevención
- Ilustración del paciente acerca del autocuidado de su seguridad. En particular se enseña a interrogar, sobre aspectos como:
  - ¿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?
- Realización del consentimiento informado y retiro voluntario mediante explicación amplia y suficiente de los procedimientos a efectuar.
- Establecimiento de canales de comunicación entre el personal de salud y con los usuarios a través de las oficinas de atención al usuario y el modelo de escucha activa
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento de indicadores de monitoreo
- Reporte, análisis y plan de mejoramiento frente a los eventos adversos
- Realización de auditorías a procesos y de adherencia a guías de práctica clínica.
- Capacitación continuada al personal asistencial y a usuarios de la institución.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

## 6. ACTIVIDADES DE SEGURIDAD EN LA ATENCION EN SALUD

Las estrategias de implementación de la seguridad del usuario están dirigidas a:

**Actualización de guías basadas en la evidencia, protocolos y procedimientos.** Como parte de la estrategia de seguridad está la revisión y actualización de la documentación según el modelo de elaboración de guías basada en la evidencia.

**Auditoria a guías y a procesos:** buscan el mejoramiento continuo y se realizan acorde a lo establecido en el manual de procesos y procedimientos institucionales

**Adopción e implementación de las alertas de seguridad en los servicios de urgencias y hospitalización:** Como parte fundamental del enfoque a riesgos y la identificación de necesidades del usuario para su proceso de atención, la ESE tiene establecido un sistema de identificación para los riesgos asociados a caídas, medicamentos y úlceras por presión, riesgos que se deben controlar en los pacientes durante su internación en los servicios de urgencias y hospitalización. Esta estrategia tiene un enfoque preventivo y busca controlar situaciones de riesgos detectadas en el paciente desde su ingreso, para minimizar la ocurrencia de incidentes o eventos adversos

**Cirugía segura para el proceso de odontología:** El programa busca garantizar la seguridad en todas las fases de la intervención quirúrgica y su objetivo principal es asegurar la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio (órgano o lado) correcto.

**Seguridad anestésica:** Teniendo en cuenta que las complicaciones anestésicas pueden ser prevenibles y no prevenibles, se tiene adoptado un guía para manejo anestésico en el primer nivel de atención, el cual establece

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

acciones que al aplicarse garantizan la atención segura de los pacientes que deben ser sometidos a anestesia durante su manejo clínico.

**Prevención de fuego y quemaduras durante el proceso de atención:** El personal es entrenado en lineamientos para prevenir y reducir el riesgo de incendios y quemaduras originadas a partir del proceso de atención.

**Plan de Emergencias y desastres:** Desde allí se realizan actividades de formación, entrenamiento, simulación y evaluación, para la preparación del personal a la respuesta a emergencias internas y externas

**Revisión de procesos con metodología AMEF:** la organización revisa sistemáticamente los procesos para detectar y/o corregir fallas potenciales con actividades de control que favorecen los resultados de seguridad dentro de los mismos. Se encuentra vinculado a los mapas de riesgo asistenciales.

**Implementación del PAMEC:** Desde este programa se planea y realiza de manera sistemática, la evaluación de adherencia a los procesos, donde se evalúa con especial cuidado el cumplimiento de la política de seguridad y el modelo de gestión de riesgos y eventos adversos y el cierre de ciclos de mejoramiento.

**Gerencia de la información como apoyo a la seguridad del paciente:** La institución tiene establecido un modelo de sistemas de información el cual tiene como eje central la historia clínica la cual es parametrizada teniendo en cuenta condiciones y alertas que se deben tener en cuenta para la seguridad en el proceso de atención. Adicionalmente desde la gerencia de la información se gestionan software, herramientas y aplicativos informáticos que favorezcan la seguridad en los procesos de atención.

**Guías basadas en la evidencia científica:** El modelo soporta las intervenciones del equipo de salud en los lineamientos establecidos en las guías clínicas y protocolos de atención basadas en evidencia científica; frente a las cuales se realiza evaluación y actualización periódica para garantizar la pertinencia, efectividad y seguridad en la atención de los pacientes. En atención a los lineamientos del sistema único de habilitación Resolución 2003

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

de 2014, la primera elección para la adopción y adaptación de guías clínicas basadas en la evidencia científica, serán las guías del Ministerio de salud y protección social.

**Búsqueda activa de TRIGGER TOOLS:** Como búsqueda activa de eventos adversos la ESE tiene implementada la Metodología de TRIGGER TOOLS, la cual consiste en la identificación de indicios de atención insegura a partir de la revisión de historias clínicas.

Requiere:

- Búsqueda en historias tomadas al azar de ciertas pistas (“gatillos”) que podrían llevarnos o no a la ocurrencia de un evento adverso.

La ESE implementa las siguientes acciones:

- Para servicios de urgencias y hospitalización TRIGGER TOOLS:
  - Administración de medicamentos para el tratamiento de alergias: Adrenalina, Hidroxicina, Difenhidramina, Hidrocotizona
  - Activacion de equipo de respuesta de codigo azul.
  - ACV durante la internación
  - Glucosa menor a 50 mg/dl
  - Administracion de vitamina K
- Para perinatales TRIGGER TOOLS:
  - Administración de agentes oxióticos (como oxitocina, metil ergonovina 015 metil-prostaglandina en el [SEP] post-parto inmediato)
  - Administración de medicamentos como Sulfato de Magnesio, Nifedipino
  - Recuento de plaquetas menor a 50.000

**Detección de evento centinela:** ocurrencias inesperadas que ocasionan la muerte o lesiones físicas o psicológicas severas, o que pusieron al paciente en riesgo de padecerlas. Específicamente se considera como serio la pérdida de un órgano o función. La incorporación del frase “o el riesgo de padecerlas” incluye a cualquier variación en los procesos cuya recurrencia tendría una alta

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

chance de llevar a un resultado adverso serio. Los eventos son considerados “centinela” porque señalan la necesidad de una inmediata investigación y respuesta.

Concentrar el programa de seguridad en la prevención de los “never events” o eventos centinela puede tener el beneficio indudable de dar a la seguridad del paciente una alta prioridad dentro de la organización. Su identificación depende del reporte

**EVENTOS CENTINELA**

**MEDICACIÓN**

- Inyección de una medicación de alto riesgo mal preparada
- Mala administración de soluciones con potasio
- Error de medicación
- Mala administración de insulina
- Sobredosis de Midazolam en sedación consciente
- Inapropiada administración diaria de Metrotexate oral

**SALUD MENTAL**

- Suicidio utilizando cortinas o grifería no colapsable.
- Escape de un prisionero transferido por la policía.

**ATENCIÓN GENERAL**

- Caídas desde ventanas de libre acceso<sup>[L]<sub>SEP</sub>]</sup>
- Atrapamiento en barandas<sup>[L]<sub>SEP</sub>]</sup>
- Error en la identificación de pacientes<sup>[L]<sub>SEP</sub>]</sup>
- Quemaduras graves al bañar al paciente
- Lesión o muerte vinculada a la inmovilización
- Evento relacionado a falla de equipo
- Evento relacionado con infecciones<sup>[L]<sub>SEP</sub>]</sup>
- Fuga de paciente
- Caída de paciente<sup>[L]<sub>SEP</sub>]</sup>
- Lesión o muerte vinculada a la inmovilización
- Asalto/violación/homicidio

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

**MATERNIDAD**

- Muerte materna
- Muerte o pérdida de función perinatal
- Sífilis congénita
- Robo de bebés. Entrega a familia equivocada

**Control de Cambios**

Versión	Fecha	Cambio
01	Noviembre de 2011	Documento nuevo
02	Diciembre de 2012	Incorporación estrategias de seguridad
03	Diciembre 2014	Cambio de documento incorporación de la gestión del riesgo y AMEF
03	Marzo 2015	Incorporación de TRIGGER TOOLS, eventos centinela. Incorporación de estrategias de seguridad.
03	Marzo 2018	Revisión sin cambios
03	Mayo de 2020	Actualización de normatividad Cambio de logo
03	Noviembre 2022	Estructura.
03	Febrero 2023	Estructura.
04	Septiembre	Estructura. Cambio de logo Integrantes comité seguridad del paciente.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

## 7. BIBLIOGRAFÍA

### **LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.**

Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Dirección General de Calidad de Servicios. Año 2008

**SEGURIDAD DEL PACIENTE: un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud.** Centro de Gestión Hospitalaria. Año 2009

**PROTOCOLO DE LONDRES.** Consultado en pagina web [http://www.seguridadclinica.tk/descargas/pdf/Protocolo\\_de\\_Londres.pdf](http://www.seguridadclinica.tk/descargas/pdf/Protocolo_de_Londres.pdf) Junio 28 de 2011

**RONDAS DE SEGURIDAD.** Consultado en pagina web <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite10/rondas%20seguridad.pdf> Junio 28 de 2011

**ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.** Consultado en pagina web <http://culturaseguridadpaciente.umh.es/Encuesta%20seguridad%20FIS.pdf>

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

**8. ANEXO 1 FORMATO ANÁLISIS PROTOCOLO DE LONDRES**

**ANÁLISIS CONVOCADO POR** (Nombre, cargo):

**NOMBRE DEL EVENTO ADVERSO:**

**FECHA DEL ANÁLISIS**




Día

Me

Año

s

**FECHA DEL CASO**




Día

Me

Año

s

**CÓDIGO DEL EVENTO ADVERSO**

**EQUIPO INVESTIGADOR:**

<b>Integrante – Perfil</b>	<b>Nombre - Cargo</b>
Autoridad Administrativa (Se recomienda coordinador del Servicio)	
Medico General	
Integrantes unidad asistencial no involucrado directamente: (Se recomienda Auditor)	

**1. TIPO DE EVENTO ADVERSO**

Asociado a medicamentos	
Asociado a dispositivos biomedicos	
Asociado a atención en partos	
Infección asociada a la atención en salud	
Asociado a la atención hospitalaria	
Asociado a la atención ambulatoria	
Otro tipo de evento:	

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

**2. LUGAR DE OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO**

Extra institucional	
Hospitalización	
Consulta externa	
apoyo diagnóstico	
apoyo terapéutico	
Áreas administrativas	
Otro lugar de ocurrencia:	

**3. INFORMACIÓN ADICIONAL:**

Nombre genérico del medicamento involucrado en el evento adverso (no incluya el nombre comercial)	
Nombre del dispositivo médico involucrado en el evento adverso (no incluya referencias, ni seriales, ni lotes, ni marcas)	

**4. DATOS DEL PACIENTE**

Género	
Edad:	
Régimen de afiliación	
Instituciones de atención previa	
Lugar residencia	
Estado civil	
Escolaridad	
Ocupación	
Otro	

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024

**5. CLASIFICACIÓN INICIAL DEL CASO:**

<b>MORTALIDAD (marque X)</b>	<b>MORBILIDAD (marque X)</b>
Muerte Materna	Discapacidad permanente
Muerte perinatal	Morbilidad obstétrica severa
Muerte quirúrgica	Complicación quirúrgica
Muerte de urgencias	Complicación anestésica
Muerte por infección nosocomial	Re intervención quirúrgica
Muerte sujeta a vigilancia epidemiológica	Otro:
Muerte inesperada	

**6. INVESTIGACIÓN**

**6.1 Fuentes de Información Utilizadas para la Investigación del Caso:**

No	Fuente	Descripción
1	Historia clínica	
2	Resumen de historia clínica	
3	Guías de atención:	
4	Entrevistas con personal participante en la atención (nombre, cargo)	
5	Observación de circunstancias	
6	Registros (ejemplo: cuadro de turno, hojas de vida de equipos, asistencia a capacitación, etc.):	
7	Otra	

**6.2 Problemas Relacionados con Medicamentos**

<b>Por necesidad</b>	PRM 1	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita (no se le indicó o se niega a tomar)	
----------------------	-------	--	--

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

	PRM 2	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita (automedicación irresponsable)	
<b>Por efectividad</b>	PRM 3	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación (defectos de elaboración)	
	PRM 4	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación (dosis insuficiente)	
<b>Por seguridad</b>	PRM 5	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento (alergia)	
	PRM 6	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento (sobredosis)	

**6.3 Lesiones Sufridas Durante la Atención:**

DIAGNOSTICO DE LA LESIÓN	ATRIBUIBLE A: Selección única	
	PATOLOGÍA	ATENCIÓN

**6.4 Estado Del Usuario Al Egreso**

Muerte	
Incapacidad permanente mayor	
Incapacidad temporal o permanente menor con alto grado de inconformidad por parte del paciente	

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

Lesión o daño de fácil corrección y su impacto sobre el paciente fue mínimo	
El paciente no lo notó y su estado al egreso fue satisfactorio	

## 7. ANÁLISIS CAUSAL DETALLADO

### 7.1 Cronología Del Evento

---



---



---



---



---



---



---



---

### 7.2 Identificación de Acciones Inseguras Específicas y/o Fallas en Barreras (Por acción o por omisión):

#### 7.2.1 Acciones inseguras que contribuyeron a que se presentara la lesión

1	
2	
3	
4	

#### 7.2.3 Otras acciones inseguras que se encontraron y no determinaron la lesión

5	Olvido
6	No hay registro inmediato de la aplicación del tratamiento (se espera a finalizar el turno para realizar esta actividad)
7	Falta de adherencia a la guía de administración de medicamentos

### 7.3 Identificación de Factores Contributivos (Selección múltiple)

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

FACTORES CONTRIBUTIVOS		X	DESCRIPCIÓN	No DE ACCIÓN INSEGURA A LA QUE CORRESPONDE
<b>Paciente:</b>	Complejidad y gravedad			
	Lenguaje y comunicaciones			
	Personalidad y factores sociales			
<b>Tarea y tecnología</b>	Ausencia o errores en el diseño de protocolos o procedimientos del proceso de atención asociado al evento adverso			
	Disponibilidad y confiabilidad de la pruebas dx			
	Ayudas para toma de decisiones			
	Barreras de seguridad específicas que hubieran evitado el evento adverso			
	Incumplimiento de protocolos, procedimientos o barreras de seguridad existentes			
<b>Individuo que participa en la prestación</b>	Desconocimiento por parte del equipo de salud de los protocolos, procedimientos o barreras de seguridad			
	Ausencia o insuficiencia de la competencia, formación, experiencia o habilidades del equipo de salud para la ejecución del proceso o			

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

FACTORES CONTRIBUTIVOS		X	DESCRIPCIÓN	No DE ACCIÓN INSEGURA A LA QUE CORRESPONDE
	procedimiento asociado al evento adverso			
	Omisiones o descuidos involuntarios en la aplicación de procedimientos, protocolos o barreras de seguridad			
	Condiciones especiales del miembro del equipo de salud (cansancio, turnos consecutivos, uso de psicoactivos prescritos o no, etc.)			
<b>Equipo de trabajo:</b>	Deficiencias en las comunicaciones entre los miembros del equipo de salud o entre áreas o procesos institucionales (órdenes verbales, condiciones del paciente conocidas y no comunicadas entre los responsables del paciente, etc.)			
	Deficiencias en los procesos de supervisión o apoyos a los miembros del equipo de salud o estructura del equipo (supervisión a personal en entrenamiento, ausencia			

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

FACTORES CONTRIBUTIVOS		X	DESCRIPCIÓN	No DE ACCIÓN INSEGURA A LA QUE CORRESPONDE
	de valoraciones por disciplinas clave, etc.)			
<b>Ambientales:</b>	Factores asociados al entorno del equipo de salud (suficiencia de personal, mezcla de habilidades, cargas de trabajo, patrones de turnos, clima laboral, etc.)			
	Tecnología o equipos biomédicos (mantenimiento, disponibilidad)			
	Suministros, insumos, dispositivos (disponibilidad, fallas del elemento)			
	Soporte administrativo o gerencial			
	Ambiente físico (luz, espacio, ruido, etc.)			
	Organizacionales o gerenciales, recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas institucionales, estándares y metas, prioridades y cultura organizacional)			
	Contexto institucional (procesos de aseguramiento,			

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

FACTORES CONTRIBUTIVOS	X	DESCRIPCIÓN	No DE ACCIÓN INSEGURA A LA QUE CORRESPONDE
autorizaciones, restricciones en recursos desde pagadores, políticas nacionales o de autoridades sectoriales, normatividad, contactos externos)			
Otro			

**8. CONCLUSIÓN:**

SE presentó lesión no intencional atribuible a la atención <b>Y SE</b> encontraron prácticas inseguras:	EVENTO ADVERSO PREVENIBLE	
SE presentó lesión no intencional atribuible a la atención <b>Y NO</b> se encontraron prácticas inseguras:	EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE	
Se presenta intervención asistencial que 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 un daño en el paciente.	INCIDENTE	
SE presentó lesión atribuible a la Patología <b>Y NO</b> se encontraron prácticas inseguras:	COMPLICACIÓN	

**9. PLAN DE MEJORA (5w 1h)**

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024

**ANEXO 2 INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE AMEF**

- 1. PROCESO:** Nombre del proceso a analizar.
- 2. ACTIVIDADES:** Nombre de la actividad donde hay una falla posible.
- 3. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:** Breve ampliación del desarrollo de la actividad.
- 4. INCUMPLIMIENTO POTENCIAL A UN REQUISITO:** Describir brevemente el incumplimiento o falla que podría ocurrir.
- 5. POSIBLES CAUSAS:** Determinar las más probables causas de la falla.
- 6. EFECTOS:** Determinar la principal consecuencia asociada a cada causa.
- 7. SEVERIDAD:** Escribir la calificación dada a la gravedad de la falla o incumplimiento potencial. Ver anexo No 3. Análisis de Modo y Efecto de Falla.
- 8. FRECUENCIA:** Escribir la calificación dada a qué tan repetitiva se presenta la falla, según tabla del anexo No 3.
- 9. GRADO DE DETECCIÓN:** Escribir la valoración a la probabilidad de detectar la falla antes que afecte el proceso siguiente, según tabla del anexo No 3.
- 10. NIVEL DE PRIORIDAD DE RIESGO:** Escribir el resultado de multiplicar las columnas 7,8 y 9. Dicho resultado indica el orden de prioridad para resolver el problema:
  - **125:** Es muy importante establecer acción preventiva, para evitar el incumplimiento potencial.
  - **80 a 124:** Iniciar acciones preventivas, hacia la disminución del N.P.R.
  - **<80:** estudiar acciones preventivas, una vez se solucionen fallas con N.P.R alto.
- 11. ACCIÓN PREVENTIVA:** Acción a tomar para eliminar la causa o causas de un incumplimiento potencial.

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024	Fecha: septiembre 2024



## PROGRAMA Y POLITICA SEGURIDAD PACIENTE

Código:	Versión: 03	Fecha: febrero 2023	Página 75 de 75
---------	-------------	---------------------	-----------------

Elaboró Equipo de calidad	Revisó: Comité de seguridad	Aprobó: Gerente
Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024	Fecha: Fecha: septiembre 2024