

**DISEÑO DE UNA GUIA DE MANEJO EN BUENAS PRACTICAS DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE BARRANCABERMEJA, BASADO
EN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.**

ASTRID MARCELA NAVARRO FLOREZ



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECAÑICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD
BUCARAMANGA
2016**

**DISEÑO DE UNA GUIA DE MANEJO EN BUENAS PRACTICAS DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE BARRANCABERMEJA, BASADO
EN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.**

**ASTRID MARCELA NAVARRO FLOREZ
CÓD. 2158522**

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD**

**DIRECTOR
SANDRA PATRICIA MENDIVELSO MORENO
PROFESIONAL EN EDUCACIÓN ICONTEC INTERNACIONAL**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECAÑICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD
BUCARAMANGA
2016**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios el centro de mi universo el que me ha permitido estar con vida para culminar esta monografía; por haberme regalado los padres que tengo los cuales estaré eternamente agradecida por todos los esfuerzos y sacrificios que hicieron para que yo pudiera salir adelante con mi proyecto de vida.

Al maravilloso ser humano que Dios me permitió conocer a lo largo de mi especialización y tuve la fortuna de tenerla como guía en este proceso, gracias Ingeniera Sandra Mendisvelso por sus enseñanzas y aportes en este trabajo, le agradezco también a mi familia ellos también son partícipes de este proceso, me dieron mucho ánimo y apoyo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	12
1. PROBLEMA.....	14
1.1. TITULO.....	14
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	15
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	17
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	18
4. MARCO TEÓRICO.....	19
4.1. METODOLOGÍA.....	22
4.2. MARCO DE ANTECEDENTES.....	32
4.3. MARCO REFERENCIAL.....	33
4.4. MARCO CONCEPTUAL.....	34
4.5. MARCO LEGAL.....	38
5. IMPORTANCIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	45
5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.....	47
5.2. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE GARANTIZAR UNA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES?.....	49
5.3. ¿CUÁLES SON LAS FALLAS MÁS COMUNES QUE CONLLEVAN A LOS ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES?.....	49
5.4. ¿CUÁLES SON LAS PRÁCTICAS SEGURAS MÁS EFICACES PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE?.....	49
5.5. ¿CÓMO SE IMPLEMENTAN PRÁCTICAS SEGURAS PARA EVITAR ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES?.....	50
5.6. GUIA DE MANEJO DE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CONTROL DE INFECCIONES.....	52
5.7. MEDIDAS DE CONTROL.....	53

5.8. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES	
NOSOCOMIALES.....	54
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	57
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	61

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Pasos a seguir para alcanzar la acreditación en salud.....	61
Ilustración 2 Recomendaciones de la OMS ³ (Organización Mundial de Salud) para: Lavarse Correctamente Las Manos.....	62
Ilustración 3 Los cinco momentos promovidos por la OMS ⁴ /OPS ⁵	63
Ilustración 4 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.....	64

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Ilustración 1	61
Anexo B. Ilustración 2	62
Anexo C. Ilustración 3	63
Anexo D. Ilustración 4	64

RESUMEN

TITULO: DISEÑO DE UNA GUIA DE MANEJO EN BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE BARRANCABERMEJA, BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. *

AUTOR: ASTRID MARCELA NAVARRO FLOREZ**

PALABRAS CLAVES: Seguridad del paciente, evento adversos, identificación del paciente y control de infecciones.

Esta monografía está basada en el diseño de una guía de manejo que sirva como marco referente para ser aplicada en la ESE Barrancabermeja teniendo en cuenta los lineamientos del ministerio de protección social en materia de seguridad, de esta manera no solo se beneficia la institución sino también el paciente ya que el propósito de esta guía es mejorar la calidad del cuidado de salud mediante unas buenas prácticas de seguridad del paciente enfocada en la identificación correcta del paciente y control de infecciones puesto que estudios realizados en Latinoamérica como es el estudio IBEAS arrojan como resultado que las infecciones nosocomiales son la causa más común de eventos adversos. Con esta guía se pretende generar acciones que permitan mantener y mejorar la atención de salud, referente a la correcta identificación del paciente ya que muchos de los errores en salud se deben a la realización a procedimientos, administración de tratamientos a quien no corresponde bien sea por tener nombres similares, esto muchas veces por falta de tiempo, sobrecarga laboral, o demasiada confianza en la realización de la actividades sin preguntar al paciente su nombre y apellido, de igual forma es una prioridad en la normatividad colombiana que las instituciones de salud cuenten con una política de seguridad del paciente realizando control y seguimiento continuo para evitar repetición o disminuir el riesgo de presentarse un evento adverso.

* Proyecto de Grado

** Universidad Industrial de Santander. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Especialización en gerencia integral de la calidad. Sandra Mendivelso.

ABSTRACT

TITLE: DESIGN OF A GUIDE TO MANAGEMENT IN GOOD PATIENT SAFETY PRACTICES AT ESE BARRANCABERMEJA, BASED ON THE GUIDELINES OF THE MINISTRY OF SOCIAL PROTECTION.*

AUTHOR: ASTRID MARCELA NAVARRO FLOREZ**

KEY WORDS: The patient's security, adverse event, Identification of the patient and infection control.

This paper is based on the design of a management guide that will serve as a framework relating to be applied at the ESE Barrancabermeja taking into account the guidelines of ministry of social protection in the field of security; in this way, not only would benefit the institution, but also the patient; since the purpose of this guide is to improve the quality of health care through good practices of patient safety focused on the correct identification of the patient and control of infections because studies in Latin America, as is the study IBEAS, cast as a result that the nosocomial infections are the most common cause of adverse events. With this guide is intended to generate action to maintain and improve health care, referring to the correct identification of the patient since many of the errors in health are due to the accomplishment to procedures, administration of treatments to those who do not correspond well or to have similar names, this often due to lack of time, labor overload, or too much Confidence in the accomplishment of the activities without asking the patient his name and surname, similarly is a priority in Colombian legislation that health institutions have a security policy of the patient, performing control and continuous monitoring to avoid repetition or decrease the risk of appearing an adverse event.

*Bachelor Thesis

** Industrial University of Santander. School of Industrial and Business Studies. Specialization in integral quality management. Sandra Mendivelso.

INTRODUCCION

Un reporte del instituto de medicina de Estados Unidos en 1999 publicó cifras alarmantes de muertes por errores asistenciales de al menos 44.000 a 98.000 defunciones anuales, todos ellos evitables. En la Asamblea Mundial de Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre seguridad del paciente. En el 2004 más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad.

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. Hecho en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidenció que en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención.

Por lo anterior es importante seguir los lineamientos establecidos por el Ministerio de Protección Social en torno a la seguridad de los pacientes, ya que dan orientación y cuya aplicación es de obligatorio cumplimiento tanto del sector público como privado, son un marco de referencia y una base científica sólida que nos permite estructurar y crear una guía de manejo de seguridad del paciente acorde con la información allí establecida, las instituciones de salud deben adelantar procesos de coordinación que promuevan, desarrollen y que permitan concertar acciones en seguridad del paciente que realmente alcancen logros efectivos teniendo este instructivo los trabajadores de salud de la ESE Barrancabermeja perfeccionaran sus conocimientos en seguridad del paciente entendiendo que es responsabilidad de todos, incluyendo paciente y familia.

Los profesionales de salud deben reflexionar sobre los temas de seguridad y al interior de las organizaciones, debe haber un cambio cultural. Las instituciones de salud deben promover el no castigo de la ocurrencia de un evento adverso, realizando análisis del porque ocurrió, como ocurrió, indagar con los implicados,

familiares y/o paciente posibles causas del evento y realizar análisis para concertar un plan de mejora para que no vuelva a repetirse, incentivar a los profesionales para que reporten los eventos adversos sin temor a repercusiones. Por el contrario las instituciones deberían castigar o al menos desaprobar la actitud de ocultar un evento adverso impidiendo las acciones de mejoramiento. Se propone la creación de una guía para que sea entendible, adaptable y permita brindar recomendaciones en los procesos asistenciales a los profesionales de salud en materia de seguridad del paciente, pues es una prioridad. Los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alertan sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de calidad en la atención.

Por tanto es importante entregar a disposición de todos los profesionales de la salud de la ese Barrancabermeja ésta herramienta desarrollada de forma metódica, para asistir en la toma de decisiones sobre atención de salud orientada a prácticas seguras.

1. PROBLEMA

1.1. TITULO

DISEÑO DE UNA GUIA DE MANEJO DE BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ESE BARRANCABERMEJA.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La necesidad de seguridad es la segunda escala que establece Abraham Maslow dentro de la jerarquía de necesidades, una vez se han suplido las necesidades fisiológicas. Esta necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, sino hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que primero es satisfacer antes que cualquier otra necesidad la seguridad. Si el individuo se siente seguro, estará en un escalón superior de la pirámide de Maslow.

Por consiguiente los actos inseguros en la atención de salud conllevan a eventos adversos, bien sea estos por desconocimiento, violación de las normas establecidas en la institución para la realización de procedimientos, esto trae como consecuencia daño a la integridad del paciente, en casos severos incluso la muerte. Desde luego no debe olvidarse las consecuencias que conllevan dichos eventos adversos. Se estima que 15% de las infecciones contraídas en los hospitales podrían evitarse. En muchas clínicas y hospitales de Colombia no reportan eventos adversos, por tanto solo se estiman subregistros de la información. Se desconoce cifras exactas de ocurrencia en nuestro país, no obstante, hoy se puede decir que hace falta documentar más las evidencias científicas sobre la proporción que tales eventos adversos han alcanzado, debido a la reticencia del personal sanitario para notificar dichos errores, por miedo a

que se interprete como negligencia en el cuidado y sea la base para posteriores demandas a causa de la mala práctica en salud, ya que los trabajadores de salud temen a una evaluación del desempeño individual, estar involucrados en procesos disciplinarios y retaliaciones, lo cual ocurre muy frecuente en nuestro sistema de salud. Por esto es importante implementar una guía de manejo de buenas prácticas de seguridad en el paciente en la ESE Barrancabermeja, promoviendo la identificación y reducción de errores, con el propósito de mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de salud que se brinda.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo alinear el marco de referencia nacional con las prácticas asistenciales en materia de seguridad del paciente en la ESE Barrancabermeja de manera que permita dar orientación a los profesionales de salud acorde con los lineamientos establecidos por el Ministerio de protección social?

1.4. JUSTIFICACIÓN.

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto. La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad. La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los

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

Las Guías de práctica clínica son un conjunto de recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir a los profesionales de la salud en la toma de decisiones apropiadas sobre el cuidado de la salud, en circunstancias clínicas específicas. Las guías se diseñan para ayudar a asimilar, evaluar y aplicar la mejor evidencia y opinión en la práctica, para la toma de decisiones no solo por parte del profesional sino por el paciente.

Esta guía se propone como un instructivo que permitan dirigir todas sus actividades en miras a dar orientación a los profesionales de salud en materia de seguridad del paciente. Las guías tienen el potencial de mejorar la calidad de la atención y la utilización racional de los recursos en el cuidado clínico, fomentan la toma de decisiones clínicas bien informadas con base en la evidencia científica y permiten mejorar los resultados en salud de los pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar una guía de buenas prácticas de seguridad del paciente para el personal asistencial en la ESE Barrancabermeja, la cual puede ser consultada en la web, teniendo como marco de referencia los 2 lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud: Identificación de los usuarios y control de infecciones para la política de seguridad en la institución.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer, implementar y armonizar una guía de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución y por los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente
- Promocionar una cultura de seguridad promoviendo un entorno no punitivo

3. ALCANCES Y LIMITACIONES.

Esta propuesta del proyecto puede estar limitada la información contenida es solo un instructivo el cual se adapta a las necesidades de la institución, basándose en los lineamientos: identificación del paciente y control de infecciones.

La guía está dirigida al personal clínico asistencial que brinda cuidados a la población del régimen subsidiado (médicos familiares, médicos generales, médicos rurales, profesionales de Enfermería y otros profesionales de la salud). También se dirige, indirectamente, a quienes toman decisiones administrativas, tanto en el medio hospitalario como en las aseguradoras, pagadores del gasto en la salud y en la generación de políticas de salud. Pretende lograr acciones de prevención y promoción de atención segura evitando eventos adversos.

4. MARCO TEÓRICO

SOGC

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

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

COMPONENTES DEL SOGCS.

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

¿QUÉ ES EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN EN SALUD?

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.¹

¹EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficio: Son las responsables del aseguramiento, afiliación y registro de los afiliados y del recaudo de sus aportes.

Los Prestadores de Servicios de Salud, realizan autoevaluación de las condiciones exigidas para habilitación para constatar su pleno cumplimiento en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

Luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del formulario de inscripción. A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados. La inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente. Los prestadores de servicios de salud una vez se cumpla la vigencia de su habilitación podrán renovarla, de acuerdo con los lineamientos que defina el

Ministerio de Protección Social. Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando éste pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado.

Las Entidad Departamental o Distrital de Salud deberán diligenciar el "Formulario de Reporte de Novedades". La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, así como los procesos de investigación en curso y las medidas de seguridad impuestas y levantadas. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia. Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables de la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Corresponde al Ministerio de la Protección Social conformar y mantener actualizada para el ámbito nacional, la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada a partir de los reportes que envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social. Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de la Protección Social o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en convenio con alguna entidad educativa la cual será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento.

4.1. METODOLOGÍA

- PLAN DE VISITAS.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

- CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las

Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

- REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

- INFORMACIÓN A LOS USUARIOS.

Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

- RESPONSABILIDADES PARA CONTRATAR.

Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo

informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

TIPOS DE ACCIONES.

El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

- ÉNFASIS DE LA AUDITORÍA SEGÚN TIPOS DE ENTIDAD.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.
2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos

- RESPONSABILIDAD EN EL EJERCICIO DE LA AUDITORÍA.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

¿QUIÉNES SE BENEFICIAN CON LA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD?

Se benefician todos los colombianos usuarios de los servicios de salud así como su familia, quienes recibirán una atención de alta calidad, segura y pertinente. Otros beneficiarios son las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS públicas y privadas, las Entidades Promotoras de Salud EPS, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales ARL y las Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, quienes encontrarán en los estándares de acreditación un reto para la mejora continua de la calidad en la atención en salud.

Las Direcciones Territoriales de Salud alcanzarán el nivel superior de calidad con la certificación de la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000² facilitando a la Superintendencia Nacional de Salud la desconcentración de sus funciones de inspección y vigilancia en aquellas entidades departamentales o distritales de salud que ya estén certificadas con la NTCGP 1000² o que lo alcancen en el corto plazo.

El país en su conjunto se beneficia porque con servicios de salud de calidad obtienen un posicionamiento a nivel internacional y fortalece la exportación de servicios de salud.

¿CUÁLES SON LAS FORTALEZAS QUE EL NUEVO DECRETO DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN INCORPORA?

La expedición del Decreto de Acreditación en salud permite fortalecer el Sistema de Salud en los siguientes puntos:

Fortalece la rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

Crean un consejo asesor conformado por el Ministro de Salud y Protección Social para brindarle un apoyo en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud.

². NTCGP 1000 COLOMBIA. NTC GP 1000 – Gestión de la calidad del sector público es el estándar de gestión dirigido hacia la evaluación del desempeño de las instituciones en términos de calidad y satisfacción social durante la prestación de los servicios por parte de las entidades estatales. Corresponde con un modelo de gestión basado en u modelo de procesos de la norma ISO 9001, con algunas aplicaciones específicas dirigidas al sector público, como uno modelo estándar de control interno.

Cambia el modelo de un solo acreditador al modelo de varios acreditadores y se hacen más exigentes los requisitos de las entidades para acreditar en Colombia. Se tendrán en cuenta los requisitos que implican que la entidad esté acreditada por la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud (ISQUA), organismo sin ánimo de lucro, de carácter independiente, y referente mundial para acreditar a las instituciones que desarrollan procesos de evaluación externa basados en estándares de acreditación en salud y que tengan una experiencia igual o superior a cinco años en procesos de acreditación en el país. Fortalece la información que recibe el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con el progreso de la acreditación en salud en Colombia por cada entidad acreditadora, al tener datos online, a través del Registro Especial de Acreditadores en Salud (REAS). Controla el ingreso de “entidades acreditadoras” que han venido comercializando el otorgamiento de sellos de calidad en el país, al margen del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y con estándares inferiores a los adoptados para el Sistema Único de Acreditación en Colombia.

Fortalece el uso de los Manuales de Acreditación en Salud adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social y se posibilita el ingreso de nuevos manuales de estándares siempre y cuando los mismos estén acreditados por ISQUA, entidad que garantiza que dichos requisitos están a la altura de los estándares de talla internacional.

Todo lo anterior fortalecerá el mejoramiento de la calidad de la atención en salud con enfoque en la seguridad y la excelencia clínica, aumentando el número de las entidades acreditadas en Colombia.

PRINCIPIOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

1. Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas.

2. Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

- ENTIDAD ACREDITADORA.

El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación.

- MANUAL DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

La Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB¹, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

- OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB¹ y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB¹ y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Gradualidad. La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

2. Sencillez. La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

3. Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB₁ y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. Validez y confiabilidad. La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

4.2. MARCO DE ANTECEDENTES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”

Autores: MARITZA ROA G. Coordinadora del Grupo de Garantía de Calidad Dirección General de Calidad de Servicios, FRANCISCO RAÚL RESTREPO P. Consultor de la Dirección General de Calidad de Servicios Miembro del Consejo Técnico de la USN, MARIA ISABEL RIACHI G Consultora de la Dirección General de Calidad de Servicios Secretaría Técnica de la USN, JORGE ALBERTO ORDOÑEZ S. Profesional Especializado Grupo Garantía de Calidad Dirección General de Calidad de Servicios, LORENZA OSPINO R. Consultora Dirección de Salud Pública.

Objetivo: La presente Guía Técnica en Salud establece las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos que buscan: - Obtener procesos institucionales seguros - Obtener procesos asistenciales seguros - Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad - Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA.

Autores: ALEJANDRO GAVIRIA URIBE Ministro de Salud y Protección Social, FERNANDO RUIZ GÓMEZ Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ Viceministro de Protección Social, GERARDO BURGOS BERNAL Secretario General, JOSÉ FERNANDO ARIAS DUARTE Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria²

²MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” 2010,

Objetivo: Lograr que el lector identifique de forma ágil y dinámica los componentes fundamentales de un programa institucional de seguridad del paciente y el paso a paso para la implementación práctica en su institución.

4.3. MARCO REFERENCIAL

La ESE Barrancabermeja fue tomada como base para la realización de esta guía puesto que es importante que el personal asistencial tome conciencia de su responsabilidad a la hora de realizar los procedimientos tales como identificación del paciente específicamente en los servicios de urgencias y control de infecciones en todos los puestos de salud.

4.3.1. Localización.

La ESE Barrancabermeja se encuentra ubicada en la calle 47 N° 22– 49 del Barrio Iscredial en el municipio de Barrancabermeja en el departamento de Santander.

4.3.2. Puestos de salud

- DANUBIO URGENCIAS Tranvs. 47ª N° 57-29 16
- DANUBIO C. EXTERNA Tranvs. 47ª N° 57-29 8
- CASTILLO Calle 30 N° 48-14 16
- CENTRO Corregimiento El centro 12
- FLORESTA Carrera 30 N° 74-16 8
- CDV Calle 54 N° Carrera 36E 8
- CAMPIN Carrera 55 N° 44-45 8
- CARDALES Calle 46 N° 15-50 Barrio Buenos Aires
- VERSALLES Calle 56 N° 40ª-84

- LLANITO Corregimiento El Llanito
- FORTUNA Corregimiento La Fortuna

4.3.3. Razón social

La Empresa Social del Estado E.S.E. BARRANCABERMEJA es una institución prestadora de servicios de salud del primer nivel de atención, creada mediante Acuerdo Municipal 072 del 29 de Diciembre de 1999, como entidad pública del orden municipal, con autonomía administrativa y financiera.

4.3.4. Descripción de la organización

Los servicios que ofrece son: atención de urgencias, consulta médica externa, consulta odontológica, acciones de detección temprana y protección específica, hospitalización, ayudas diagnósticas, consulta social, apoyo terapéutico, transporte de pacientes y atención al cliente.

4.4. MARCO CONCEPTUAL

4.4.1. Vocabulario de los términos y siglas

Atención En Salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Calidad de Atención Médica: Es el grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios: Teniendo en cuenta que el párrafo del Artículo 4o. del Decreto 1018 de 2007 “Se entiende por

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB1) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud”.

Error: Falla en completar una acción planeada como era la intención, o uso de un plan incorrecto para alcanzar el objetivo.

Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Factores Contributivos: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- Paciente: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.

- Tarea y tecnología: toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuyen al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.

- Individuo: el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica. - Equipo de trabajo: todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).

- Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.

Falla De La Atención En Salud: una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.⁴

Fallas Activas o Acciones Inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).⁵

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

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.

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

Prestadores De Servicios De Salud: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

REAS: Registro Especial de Acreditadores en Saludes la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social en la que, se registran las entidades que cumplen los requisitos definidos para operar el Sistema Único de Acreditación en Salud.

4.4.2. Definición seguridad del paciente

Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o de mitigar sus consecuencias.

Son las acciones sobre aquellos aspectos de la atención, en los cuales las fallas de calidad pueden llevar a que el paciente sufra consecuencias indeseables atribuibles a la ineffectividad de las acciones de atención en salud y las cuales sean prevenibles a través de la mejora de la calidad.

La herramienta metodológica más importante que nos permite evaluar las condiciones de seguridad del paciente es la vigilancia de la aparición de los eventos adversos.

4.5. MARCO LEGAL

4.5.1. Normatividad

El 27 de octubre de 2004 se puso en marcha el proyecto de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS con el lema “ante todo no hacer daño”. La Alianza se crea para coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo a través de la formulación de políticas y fomento de prácticas adecuadas, propiciando la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los estados miembros de la OMS y su secretaría, los expertos técnicos, los consumidores, profesionales y los grupos industriales.

Colombia se acogió a la estrategia mundial de seguridad del paciente y la enmarcó dentro del ***Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema***

General de Seguridad Social en Salud, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (Art. 2 y 25).

En el 2006, el Ministerio de la Protección Social expidió el Decreto 1011 por el cual se establece el SOGC de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social, la resolución 1446 por la cual se define el Sistema de Información para Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del SOGC de la Atención en Salud; con estas normas se extiende la estrategia a todo el país.

El 3 de agosto de 2007, se expide la resolución 2679 por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud.

La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de acciones que garanticen la seguridad de los pacientes.

En el 2014 con la expedición de la Resolución 2003 que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, eleva la seguridad del paciente a requisito mínimo de funcionamiento por parte de las IPS del país.

4.5.2. Cumplimiento en la ese Barrancabermeja

DECRETO O LEY	ENTE QUE EMITE	FECHA DE EXPEDICIÓN	CUMPLIMIENTO
DECRETO NUMERO 1011 Por el	MINISTERIO DE LA	3 ABRIL 2006	La Empresa Social del Estado Barrancabermeja ofrece: atención de urgencias,

cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud	PROTECCION SOCIAL		consulta médica externa, consulta odontológica, acciones de detección temprana y protección específica, hospitalización, ayudas diagnósticas, consulta social, apoyo terapéutico, transporte de pacientes y atención al cliente. Servicios debidamente habilitados por la dirección seccional de salud de Santander bajo el código 6808100707.
DECRETO NUMERO 1018	MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	30 MARZO DE 2007	Aseguramiento y acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.
La resolución 1446	Ministerio de Protección Social	8 de Mayo de 2006	Establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos. En la Ese Barrancabermeja

			están reportando el 100% de los eventos adversos notificados.
Ley 100	<i>Congreso de la República</i>	1991	Enmarcó la calidad en salud en sus artículos 48, 49 y 365 donde garantizó el acceso a la salud bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad. También estableció que el estado es el responsable de dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, con el fin de mejorarlos continuamente.
Ley 100	Congreso de la República	de 1993	Los artículos 173,180,185, 186 y 227 de la ley 100 de 1993 establecieron la creación de un Sistema de Garantía de la Calidad y de Acreditación en salud, y el artículo 153, numeral 9, instituyó la calidad como regla rectora del Sistema General de Seguridad Social en Salud: <i>El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua</i>

			<i>y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.</i>
--	--	--	---

4.5.3. Leyes y normas que son de obligatorio cumplimiento en una entidad de salud

DECRETO O LEY	Lineamientos para la implementación de la política seguridad del paciente.
FECHA	Junio de 2008
EMITIDO POR	Ministerio de la Protección Social
DESCRIPCION	La política de seguridad del paciente se da como consecuencia del desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. la institución tiene La libertad de adoptar su estructura organizacional, no se recomienda tener oficinas de calidad y separadas de ellas áreas de seguridad del paciente ya que es necesaria la necesaria colaboración y coordinación. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la práctica médica. Pretendemos minimizarlos y prevenirlos, por lo tanto, el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad al paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza.
DECRETO O LEY	Resolución 1446

FECHA	Mayo 8 de 2006
EMITIDO POR	Ministerio de la Protección Social
DESCRIPCION	“Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”
DECRETO O LEY	Resolución 2679 Por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud.
FECHA	Agosto 3 de 2007
EMITIDO POR	Ministerio de la Protección Social
DESCRIPCION	Que es necesario dotar al sistema obligatorio de garantía de calidad de una instancia sectorial que favorezca que las acciones de monitoreo y seguimiento del comportamiento de la calidad de la atención en salud se traduzca en acciones conjuntas, sinérgicas y efectivas en beneficio del usuario.

4.5.4. Otros

- Circular 030 del 2006: indicadores de obligatorio cumplimiento
- Circular 049 del 2006: reporte indicadores de calidad a superintendencia
- Circular 056 del 2009: envío de indicadores de obligatorio cumplimiento por los aseguradores
- Circular 009 del 2012: actualización indicadores de obligatorio cumplimiento
- Resolución 2679 de agosto del 2007: establece el Comité Regional de Calidad y Seguridad
- Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia de junio de 2008

- Guía Técnica Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud del Ministerio de la protección Social.

5. IMPORTANCIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

Los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas.

Florence Nightingale, en el Barrack Hospital del 32% al 2% disminuyó las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos, las experiencias de Semmelweis en Viena con similares resultados. En ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, sin intención de hacer daño por el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos.

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

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

Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud en muchas ocasiones se señala como culpable, sin detenerse a analizar que no ha habido intención de daño, o la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

LAS METAS INTERNACIONALES. (VER ANEXOS FIGURA N° 4)

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

Las estadísticas internacionales muestran que una de las diez causas más frecuentes de inseguridad hospitalaria es la identificación del paciente, debido al factor tiempo, es más fácil abreviar para ahorrar tiempo. Esta práctica propicia equivocaciones y da lugar a la ocurrencia de eventos adversos tales como: nombres y apellidos iguales o similares en los pacientes.

La identificación incorrecta de los pacientes puede generar errores graves tales como: administración de medicamentos en horario y dosis equivocada,

transfusiones sanguíneas sin verificación de compatibilidad de grupo y Rh, toma de muestras de laboratorio a pacientes equivocados, entrega de recién nacido a familias equivocadas, entre otras. El antecedente internacional es que, entre noviembre de 2003 y julio del 2005, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido denunció 236 incidentes relacionados con la pérdida de brazalete o brazalete con información incorrecta. Para la Joint Commission, la identificación incorrecta del paciente fue causa de 13% de los errores quirúrgicos y 67% en la transfusión de productos sanguíneos.

Por tanto el diseño de una guía de manejo de buenas prácticas de seguridad del paciente está enfocada a la prevención de infecciones y a la identificación correcta de los pacientes ya que son de mayor prevalencia y son prioridad a nivel internacional.

5.1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

¿Qué hacer?

Informar al paciente o al familiar sobre la importancia del brazalete de identificación, antes de su colocación. Si el paciente y/o familiares se niegan la enfermera debe escribir en las notas de enfermería que el paciente o familiar no acepta este dispositivo a pesar de informar su importancia.

Identificar al paciente a su ingreso al centro de salud, con dos dispositivos que contengan al menos: nombre completo y documento de identidad. Estos dispositivos son “pulsera o brazalete” y la tarjeta para cabecera de la cama o camilla.

- ✓ Efectuar la identificación inmediata de los recién nacidos de parto múltiple con dispositivo que incluya apellidos de la madre, sexo, y hora de nacimiento.

- ✓ Colocar el dispositivo de identificación, en la extremidad superior derecha. Y cuando no es posible por sus condiciones físicas o tratamiento, se colocará en el lado contrario o en tobillo.
- ✓ Colocar la tarjeta de la cabecera cuando no sea posible colocárselo en ninguna extremidad debido a las condiciones del paciente. (politraumatismo, quemaduras, edema o negación de la colocación del brazalete).
- ✓ Será responsabilidad de la persona que retire el dispositivo de identificación al realizar algún procedimiento, colocarlo nuevamente al finalizar el mismo y si el procedimiento continua en el siguiente turno, será responsabilidad del personal que lo recibe, verificar la portación del mismo.
- ✓ Explicar al paciente o familiar que durante su estancia en el establecimiento de salud, deberá portar el dispositivo de identificación en un área visible y no retirarlo por ningún motivo.
- ✓ Reemplazar el dispositivo de identificación cuando no exista legibilidad en la información contenida en el brazalete.
- ✓ Comprobar la identificación del paciente en las siguientes situaciones: antes de la administración de todo tipo de medicación; transfusión de hemoderivados, o toma de laboratorios.
- ✓ Retirar y desechar el dispositivo de identificación en caso de alta hospitalaria y/o defunción del paciente.
- ✓ Identificar al paciente como estrategia complementaria, especialmente porque puede estar con alteración del estado mental o por su incapacidad para responder, tal es el caso de los niños y adultos de la tercera edad.
- ✓ Solicitar siempre que sea posible la participación del familiar, en la identificación del paciente en las diferentes áreas donde se encuentre éste.

El brazalete de identificación es un indicativo del grado de riesgo de caída, o de riesgo de presentar úlcera por presión, alergias entre otros de acuerdo al establecimiento de salud el color varia para cada caso.

5.2. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE GARANTIZAR UNA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES?

La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores, la Comisión conjunta, en Estados Unidos de América, ubicó la identificación del paciente en el primer lugar de sus objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003 y éste continúa siendo un requisito para la acreditación.

5.3. ¿CUÁLES SON LAS FALLAS MÁS COMUNES QUE CONLLEVAN A LOS ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES?

A lo largo de la atención de salud, la identificación incorrecta debe considerar fallas como captura incompleta de datos, ausencia de identificación en los pacientes con urgencia vital, manillas con información incorrecta, similitud de nombres y datos inexactos, traslados del paciente con inadecuado proceso de identificación, ausencia de manillas, inexistencia de protocolos estandarizados que ocasionan errores en la persona equivocada, los procedimientos del lugar equivocados, errores de medicación, los errores de transfusión y los errores de las pruebas de diagnóstico.

5.4. ¿CUÁLES SON LAS PRÁCTICAS SEGURAS MÁS EFICACES PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE?

Se recomienda que las instituciones organicen una serie de procedimientos para la identificación de los pacientes en el momento de su ingreso al sistema y posteriormente en cada uno de los pasos involucrados del proceso de tratamiento, por los diferentes miembros del equipo de salud involucrado en su atención.

El proceso debe incluir, por lo menos, dos identificadores, el primero inicia con el nombre completo del paciente y el segundo se relaciona con la fecha de nacimiento, número de historia clínica u otro número de identificación disponible para el paciente; así mismo considerar especificidades para la adecuada identificación de pacientes con barreras de lenguaje u otras necesidades especiales. Los pacientes deben recibir una manilla al ingreso a la institución y esta debe ser utilizada durante su estadía mientras recibe tratamiento.

Se recomienda identificar al recién nacido en presencia de la madre, mediante un brazalete con la siguiente información: nombre y documento de la madre, fecha y hora de nacimiento y género.

5.5. ¿CÓMO SE IMPLEMENTAN PRÁCTICAS SEGURAS PARA EVITAR ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES?

Las siguientes estrategias deberán ser tenidas en cuenta por los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud:

1. Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que:

- Hacer énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ejemplo, resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.
- Fomentar el uso de, al menos, dos identificadores (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente y/o de la cama.

- Estandarizar los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria. Por ejemplo, el uso de bandas de identificación blancas sobre las que se pueda escribir un patrón o marcador estándar e información específica (por ejemplo, nombre y fecha de nacimiento).
- Proporcionar protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre. Deben desarrollarse y utilizarse enfoques no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
- Fomentar la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
- Fomentar el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.

2. Incorporar capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria.

3. Educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.

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

5.6. GUIA DE MANEJO DE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CONTROL DE INFECCIONES

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- ✓ La prevención de neumonías nosocomiales.
- ✓ La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- ✓ La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

Partiendo de la evidencia de que la transmisión cruzada de microorganismos de un paciente a otro a partir de las manos del personal sanitario es la principal vía de propagación de las infecciones nosocomiales y de que la higiene de manos se considera la mejor medida para la prevención, no es de extrañar que la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS eligiera las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria como primer tema a desarrollar, así como su apuesta por la higiene de manos.

La Nueva Guía Global sobre la Higiene de Manos en la Atención de la salud, desarrollada con la ayuda de más de 100 expertos internacionales de renombre, se probó en diferentes partes del mundo y se lanzó en 2009.

5.7. MEDIDAS DE CONTROL

- ✓ Aislamiento: El uso de cuartos individuales para pacientes infectados o grupos de los mismos.
- ✓ Los guantes han ayudado a disminuir la transmisión, impiden a las personas tocarse los ojos y la nariz. Sin embargo, los beneficios del uso de los guantes son contraproducentes si no se cambian entre pacientes o después de tener contacto con elementos contaminados, o si las manos no se lavan adecuadamente después de quitarse los guantes.
- ✓ El uso de batas, en conjunto con el uso de guantes durante el contacto con pacientes infectados con infecciones respiratorias, ha sido usado con éxito para prevenir la infección.
- ✓ El uso de gafas sobre los ojos y la nariz ha sido mejor que el de máscaras; sin embargo, las gafas que cubren la nariz y los ojos no son tan fáciles de adquirir y son difíciles de utilizar.
- ✓ Exclusión del cuidado de la salud de los trabajadores que tengan síntomas de una infección del tracto respiratorio superior.
- ✓ Límite en el número de visitantes
- ✓ Posponer de la admisión de pacientes de alto riesgo de complicaciones
- ✓ Luego de llevar a cabo el procedimiento o de manejar el fluido, lavar las manos con agua y jabón o con una preparación antiséptica sin agua.
- ✓ Lavarse las manos antes y después de tener contacto con un paciente que tiene tubo endotraqueal o de traqueostomía, y antes y después de tener contacto con cualquier tipo de dispositivo respiratorio que use el paciente, se use o no guantes
- ✓ Educación del personal y vigilancia de las infecciones, para que aprenda el control y los procedimientos para evitar la aparición de la neumonía.

5.8. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

- ✓ Esterilización o desinfección y mantenimiento de equipos y dispositivos
- ✓ Limpiar minuciosamente todos los equipos y dispositivos para ser esterilizados o desinfectados.
- ✓ Esterilizar o usar desinfección de alto nivel para equipos y dispositivos semicríticos –por ejemplo, los que estén en contacto directo o indirecto con mucosas del tracto respiratorio inferior.
- ✓ No reutilizar equipos o dispositivos que son manufacturados para un solo uso, a menos que dentro de las especificaciones se mencione, reutilizarlo o no representa una amenaza para el paciente.

CONCLUSIONES

Al realizar la guía de manejo de Seguridad del Paciente, se tuvieron en cuenta las necesidades requeridas en la institución de salud y por los lineamientos de seguridad del paciente.

Para las instituciones de salud es una prioridad la seguridad del paciente y por ley del Ministerio de Protección social desde el año 2008 debe ser implementada en todos los niveles de atención en salud, además se definieron unos lineamientos específicos para poder diseñar la política de seguridad del paciente, en todos los procesos en salud seguros, mediante prácticas científicamente probadas.

Es importante concientizar al personal de salud sobre una cultura de seguridad promoviendo un entorno no punitivo. El éxito en la mejora de los servicios de salud depende en gran medida de la cultura de las organizaciones y de los profesionales que en ellas trabajan. Cultura que implica adquisición de conocimientos, habilidades y cambios de comportamiento que deben ser promovidos con políticas adecuadas.

Cabe mencionar que en la actualidad la población tiene mayor esperanza de vida, por los descubrimientos científicos y avances tecnológicos referentes a la atención en salud y el manejo de enfermedades crónicas y terminales, por tanto esto conlleva a mayores necesidades asistenciales.

Un grado de desarrollo social y económico genera más exigencias respecto a calidad asistencial e información y participación en la toma de decisiones sobre la salud.

El acceso al conocimiento permite a los trabajadores de salud un incremento substancial del conocimiento científico disponible.

En relación a las cuestiones de seguridad del paciente y prevención de los sucesos adversos, parece evidente y prioritaria la necesidad de disponer de profesionales con conocimientos, valores y habilidades en buenas prácticas de seguridad del paciente, la comunicación y diálogo con los pacientes y los demás profesionales involucrados en la atención a la salud.

Reporte de eventos adversos por parte de los profesionales muy bajos a nivel mundial. Muchos profesionales no tienen el concepto claro sobre eventos adversos. Puede generar confusión en el personal de salud. Subregistro de reportes adversos por temor a perder el trabajo.

RECOMENDACIONES

Se debe fomentar la cultura del reporte de eventos adversos. El éxito de la cultura de reporte de eventos adversos radica en que de cada 300 incidentes, 30 se convierten en eventos adverso leve o moderado y 1 puede convertirse en un evento adverso grave.

Es prioridad que en las instituciones de salud de atención primaria haya formación de los profesionales en seguridad del paciente.

Fomentar la educación a los pacientes y familia utilizando herramientas que permitan difusión sobre seguridad del paciente.

Fomentar la notificación como una herramienta para diseminar la cultura de seguridad del paciente; actualización periódica y difusión de las recomendaciones sobre puesta en marcha y funcionamiento de un sistema de notificación de incidentes para el aprendizaje

Desarrollar políticas para promover la seguridad del paciente en atención primaria Mejorar las definiciones sobre errores y su clasificación Facilitar el aprendizaje de los errores

La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

Es importante realizar capacitación de la guía al personal de salud para que se socialice y esta información sea comprendida y tenida en cuenta para mejorar la calidad en la atención.

La información contenida en esta guía no abarca todos los lineamientos internacionales en materia de seguridad del paciente solo se tuvo en cuenta la identificación correcta del paciente y el control de infecciones, ya que esta guía se diseñó de acuerdo a las necesidades de la ESE Barrancabermeja, por consiguiente la información y revisión bibliográfica se tuvo en cuenta estos tópicos.

Es importante que la alta dirección se encargue de promover la política de seguridad del paciente impartiendo capacitaciones y socialización de los temas concernientes al respecto para que los trabajadores de salud se sensibilicen en estos temas los cuales son de importancia para la buena calidad de la atención en salud.

Los trabajadores de salud deben ser partícipes de la seguridad del paciente ayudando con el reporte de los eventos adversos y su posterior análisis de los casos de manera que se convierta en una oportunidad en vez de una amenaza la notificación de los casos, las instituciones de salud deben promover estas acciones como un acto inseguro que sea analizado y que se busque las causas del evento adversos mas no culpables y posterior castigo.

BIBLIOGRAFÍA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ABC sobre el sistema único de acreditación Ministerio de Salud y Protección Social Decreto No. 903 de 2014 [en línea].

<http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/ABC_Sistema_%C3%9Anico_de_Acreditaci%C3%B3n.pdf> [2014]

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto número 1011 [en línea].

<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf> [citado el 3 de abril de 2006]

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1438 parágrafo 1° del artículo 70 [en línea].

<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201611601795091%20de%202016.pdf> [19 de enero de 2011]

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente [en línea].

<<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>> [Noviembre de 2008]

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos y acciones para la Identificación correcta de pacientes hospitalizados [en línea].

<<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/garantizar-correcta-identificacion-del-paciente.pdf>>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de

Colombia [en línea].
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf> [4 de diciembre de 2014]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Soluciones para la seguridad del paciente [en línea].
<<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>> [2 de mayo de 2007]

VILLARREAL CANTILLO, Elizabeth. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad ISSN Electrónico: 2011-7531. Revista Científica Salud UNINORTE. Vol. 23, enero-junio de 2007 No 1.

ANEXOS

Anexo A

Ilustración 1 Pasos a seguir para alcanzar la acreditación en salud



Anexo B

Ilustración 2 Recomendaciones de la OMS³ (Organización Mundial de Salud) para:
Lavarse Correctamente Las Manos



³OMS (Organización Mundial de Salud) La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. [Wikipedia](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_Mundial_de_la_Salud)

Anexo C

Ilustración 3 Los cinco momentos promovidos por la OMS⁴/OPS⁵



⁴OMS (Organización Mundial de Salud) La Organización Mundial de la Salud es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. [Wikipedia](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_Mundial_de_la_Salud)

⁵OPS (Organización Panamericana de Salud) La **Organización Panamericana de la Salud** (OPS) es el organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la [Organización de los Estados Americanos](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_de_los_Estados_Americanos) (OEA), y también está afiliada a la [Organización Mundial de la Salud](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_Mundial_de_la_Salud) (OMS), desde 1949, de manera que forma parte igualmente del sistema de las Naciones Unidas.

Anexo D

Ilustración 4 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

METAS INTERNACIONALES
PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1.

Identificar correctamente a los pacientes.

NOMBRE
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL



METAS INTERNACIONALES
PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2.

Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales.
(Órdenes verbales y/o telefónicas)

“Readback”



METAS INTERNACIONALES
PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE

3.

Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
(electrolitos concentrados)



METAS INTERNACIONALES
PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE

4.

Garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.



METAS INTERNACIONALES
PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
(lavado de manos)



METAS INTERNACIONALES
PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6.

Reducir el riesgo de caídas.

