

**PROPUESTA PARA CONSOLIDAR LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE EN LA ASOCIACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y  
SUMINISTROS DE SALUD “ASSALUD”**

**GLADYS CARVAJAL CAMACHO  
MARLY ANDREA MERCHAN MARTÍNEZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
ADMINISTRACIÓN GENERAL  
BUCARAMANGA  
2014**

**PROPUESTA PARA CONSOLIDAR LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE EN LA ASOCIACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y  
SUMINISTROS DE SALUD “ASSALUD”**

**GLADYS CARVAJAL CAMACHO  
MARLY ANDREA MERCHAN MARTÍNEZ**

**Monografía presentada como requisito para optar al título de  
Especialista en Administración de Servicios de Salud**

**Asesor  
MYRIAM RUIZ RODRIGUEZ, MSC, PhD**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
ADMINISTRACIÓN GENERAL  
BUCARAMANGA  
2014**

Dedicamos este trabajo a Dios por permitirnos culminar esta etapa de aprendizaje, a los docentes por transmitirnos sus conocimientos, a nuestros padres, hermanos, y amigos por el apoyo incondicional durante este periodo de crecimiento profesional y personal.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los docentes que participaron en nuestra formación.

A La Doctora Mary Lupe Angulo por su acompañamiento y motivación como líder de este proceso de aprendizaje.

A la Doctora Myriam Ruiz Rodríguez por tener la paciencia y disposición para guiarnos, y apoyarnos en el desarrollo de esta monografía.

A la Gerencia Nacional y Directores de las diferentes sedes de IPS de la ASOCIACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS DE SALUD “ASSALUD”, especialmente a la Doctora Fany Jaimes Monsalve, por brindarnos la confianza y abrirnos el espacio en la institución para que pudiéramos realizar esta monografía.

A la Dra. Cecilia Berdugo por su evaluación en tiempo record y por su contribución a la mejora del trabajo.

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	21
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	23
1.2 JUSTIFICACIÓN	24
1.3 OBJETIVOS	25
1.3.1 Objetivo General	25
1.3.2 Objetivos Específicos	26
2. MARCO DE REFERENCIA	27
2.1 MARCO TEORICO	27
2.1.1 Calidad	27
2.1.2 Seguridad del paciente	28
2.1.2.1 Evento Adverso	30
2.2 MARCO NORMATIVO	33
2.2.1 Antecedentes	33
2.2.2 Lineamientos del sistema de seguridad del paciente definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	38
2.2.3 Farmacovigilancia	42
2.2.4 Tecnovigilancia	43
2.2.5 Reactivovigilancia	45
2.3 MARCO CONTEXTUAL	47
2.3.1 Misión	48
2.3.2 Visión	48
2.3.3 Política de Calidad	48
2.3.4 Principios Corporativos	49
2.3.5 Estructura Organizacional	50
2.3.6 Servicios	51
3. METODOLOGIA	53

4. RESULTADOS	55
4.1 DIAGNÓSTICO	55
4.1.1 Encuesta	55
4.2 ANÁLISIS DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA	60
4.3 SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	66
5. PROPUESTA TÉCNICO ADMINISTRATIVA PARA MEJORAR EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ASSALUD IPS	69
5.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	69
5.1.1 Adopción de una política de seguridad del paciente	69
5.1.2 Objetivos	70
5.2 ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES	71
5.2.1 Promover y difundir el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre profesionales y pacientes	71
5.2.2 Participación de los pacientes en la política de seguridad del paciente	73
5.2.3 Conformación del comité de seguridad del paciente	73
5.2.4 Implementar Prácticas Seguras en ASSALUD IPS	75
5.2.5 Modificar el sistema de reporte de eventos adversos	81
5.2.6 Indicadores de gestión	83
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	86
6.1 CONCLUSIONES	86
6.2 RECOMENDACIONES	87
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	93

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Indicadores del nivel de monitoria del sistema. Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006. Ministerio de Salud y Protección Social	37
Tabla 2. Sedes y servicios ASSALUD IPS	51
Tabla 3. Respuestas sedes capacitadas vs. no capacitadas	59
Tabla 4. Cronograma por años de implementación de actividades de difusión, Capacitación sobre seguridad del paciente en ASSALUD IPS	72
Tabla 5. Actividades de capacitación	73
Tabla 6. Prácticas seguras para implementarse en ASSALUD IPS	75
Tabla 7. Cronograma de ejecución de Prácticas seguras para implementarse en ASSALUD IPS	78
Tabla 8. Indicadores de Gestión ASSALUD IPS	84
Tabla 9. Medición y análisis de indicadores	85

## LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Constitución de la política de seguridad del paciente ASSALUD	56
Gráfico 2. Diferenciación de situaciones que se podrían considerar eventos adversos en ASSALUD IPS	57
Gráfico 3. Causa de errores en seguridad del paciente en ASSALUD IPS	59
Gráfico 4. Esquema de ISHIKAWA. Principales puntos críticos identificados para la implementación de una cultura de seguridad del paciente en ASSALUD IPS	68

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Modelo de queso suizo o del error humano. Fuente enfermería Global versión ISSN 1695-6141 enferm. Glob.vol 10	33

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Algunas Instituciones de salud exitosas en Colombia cuyo principal componente es la seguridad de sus pacientes.	93
Anexo B. Encuesta	94
Anexo C. Formato de Eventos Adversos Assalud IPS Pamplona	96
Anexo D. Resolución No. 009 de 2014 por la cual se establece la Política de Seguridad del paciente en ASSALUD.	98
Anexo E. Formato de reporte y análisis de eventos adversos propuesto para ASSALUD IPS.	101
Anexo F. Cronograma de medición indicadores a vigilar ASSALUD IPS.	103
Anexo G. Lista de chequeo Procesos Prioritarios Res. 2003 de 2014	104
Anexo H. Listas de chequeo por servicios	108

## GLOSARIO

**ACCIONES DE REDUCCION DE RIESGO:** son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**ACCIONES REACTIVAS:** aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación de incidente o evento adverso.

**ATENCION EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**BARRERA DE SEGURIDAD:** una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

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

**EVENTO ADVERSO:** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

**EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

**EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**EVENTO CENTINELA:** es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

**ERROR CONSIENTE:** implica la voluntad de la persona en el error, se asocian al exceso de confianza.

**ERROR INCONSIENTE:** el personal no se da cuenta del error y no interviene la voluntad de la persona.

**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 acción u omisión. Las fallas son por definición no intencionales.

**FALLAS ACTIVAS:** errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que participan en un proceso.

**FALLAS LATENTES:** fallas que se encuentran en los procesos o en los sistemas.

**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 lo 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.

**PROTOCOLO DE LONDRES:** metodología que se utiliza para hacer la Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos (incidente clínico es un término para referirse a errores o eventos adversos que ocurren durante el proceso clínico asistencial).

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

**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.

**RIESGO:** es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO:** conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

**VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

## RESUMEN

**TITULO:** PROPUESTA PARA CONSOLIDAR LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ASOCIACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS DE SALUD "ASSALUD".\*

**AUTORES:** MARLY ANDREA MERCHAN MARTINEZ - GLADYS CARVAJAL CAMACHO.\*\*

**PALABRAS CLAVE:** Seguridad del paciente, calidad, gestión, evento adverso, incidente, riesgo, política, lineamientos.

### DESCRIPCIÓN

Colombia impulsa una política de seguridad del paciente a través del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud-SOGCS. Todas las Instituciones de Salud-IPS del país están incorporando en su modelo asistencial políticas de seguridad en la atención. El objetivo de la presente monografía fue proponer lineamientos organizacionales que contribuyan a la consolidación de una política de seguridad del paciente para la ASOCIACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS DE SALUD "ASSALUD. Este trabajo se desarrolló en las siguientes fases: a) revisión documental; b) Aplicación de una encuesta a 122 funcionarios de ASSALUD sobre conocimientos y prácticas de seguridad del paciente, c) elaboración del diagnóstico técnico-administrativo sobre la existencia de la política de seguridad del paciente; d) análisis de la plataforma estratégica de la institución; e) análisis técnico-administrativo del sistema de reporte de eventos adversos y f) propuesta de mejoras para la consolidación de la política de seguridad del paciente para ASSALUD.

Como resultado de esta monografía se dejó documentado todo el proceso de creación e implementación de la política de seguridad del paciente y se identificaron las estrategias organizacionales necesarias para que con la participación activa de todos los actores institucionales se ponga en marcha un plan que conlleve a prácticas seguras en la cotidianidad en todas las sedes de ASSALUD.

Esta monografía permitió reconocer a las autoras y a todo el equipo directivo y operativo de ASSALUD que para consolidar la política de seguridad del paciente se requiere crear una cultura organizacional, que no solo incluya cambios en el comportamiento individual de los funcionarios, sino cambios organizativos orientados a minimizar los daños derivados de la atención.

---

\* Monografía

\*\* Especialización en Administración de Servicios de Salud. UIS. Director: Myriam Ruiz Rodríguez, Msc, PhD

## ABSTRACT

**TITLE:** MOTION TO CONSOLIDATE THE PATIENT SAFETY POLICY IN THE ASSOCIATION OF PROVIDERS HEALTH SERVICES & SUPPLIES "ASSALUD".\*

**AUTHORS:** MARLY MERCHAN ANDREA MARTINEZ - GLADYS CARVAJAL CAMACHO.\*\*

**KEYWORDS:** Patient safety, quality, management, adverse event, incident, risk, policy guidelines.

### DESCRIPTION

Colombia pursuing a policy of patient safety through the Mandatory System Quality Assurance in Health-SOGCS. All Health Institutions-IPS country are incorporating in their security policies care model of care. The aim of this paper was to propose organizational guidelines that contribute to the consolidation of a patient safety policy for ASSOCIATION OF PROVIDERS HEALTH SERVICES & SUPPLIES "ASSALUD. This work was developed in the following stages: a) literature review; b) Implementation of a survey of 122 officials ASSALUD knowledge and practices on patient safety, c) developing technical and administrative diagnosis on the existence of the policy of patient safety; d) analysis of the strategic platform of the institution; e) technical and administrative system analysis report adverse events f) proposed improvements to the consolidation of patient safety policy for ASSALUD.

As a result of this monograph was allowed documented the whole process of creation and implementation of patient safety policy and organizational strategies needed to be identified with the active participation of all institutional actors that may lead to a plan is put in place practices safe in everyday life in all venues ASSALUD.

This monograph helped to identify the authors and the entire management team and operational ASSALUD that policy to strengthen patient safety must create an organizational culture that includes not only changes in the behavior of individual officers, but organizational changes aimed at minimize damage from attention.

---

\* Monograph

\*\* Specialization in Health Services Administration. UIS. Director: Myriam Rodríguez Ruiz, MSc, PhD

## INTRODUCCION

El sistema de salud en Colombia busca mejorar y garantizar las condiciones en la prestación de los servicios de salud a su población, creando una política de seguridad del paciente amparada en el decreto 1011 del 2006. Este decreto pone de relieve la importancia de garantizar servicios de alta calidad, ofreciendo por parte de los prestadores de servicios de salud mayor accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad al paciente durante su proceso de atención. La seguridad del paciente es un componente de la atención en salud que ha venido tomando fuerza en las últimas décadas, evolucionando conforme avanza el desarrollo científico y tecnológico.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados. Es por ello, que la Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad pertinentes. Lograr resultados óptimos en cuanto a prácticas seguras es uno de los retos de los administradores de servicios de salud.

Esta monografía presenta los resultados de un trabajo de investigación operativa, en donde a partir del análisis técnico administrativo de cómo se estaba implementando la política de seguridad del paciente en ASSALUD, se proponen una serie de estrategias organizacionales que permitan la sistematización de prácticas seguras en esa institución.

En la primera parte del trabajo se presenta el planteamiento del problema; seguidamente se da cuenta de los elementos teóricos, conceptuales, normativos y contextuales que fundamentaron el trabajo. En el tercer apartado se describe la metodología del trabajo en donde se destaca, cómo a partir de distintas fuentes de

información, se logró elaborar un diagrama que señala cuáles son los puntos críticos que deben ser intervenidos para asegurar una implementación exitosa de la política de seguridad del paciente. Posteriormente, el lector podrá detallar cuáles fueron los resultados encontrados en el diagnóstico que permitieron hacer una propuesta técnica administrativa para que ASSALUD pueda consolidar una cultura de prácticas seguras en la atención.

Finalmente, se puede concluir, que este trabajo busca proporcionar las herramientas necesarias para que se implemente una política de seguridad del paciente mediante acciones y estrategias sencillas que se puedan adaptar a los servicios en cada una de las sedes de ASSALUD, con el fin de que los procesos de atención sean más seguros, logrando mejorar la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La calidad de atención se ha constituido en un requisito esencial de los sistemas de salud. No obstante sus avances, la complejidad del sistema de cuidados no ha logrado minimizar los errores en la atención y éstos afectan, tanto al paciente traduciéndose en incremento de morbilidad y mortalidad, como a las instituciones, incrementando los costos de la atención (21). Bajo esta mirada, la seguridad del paciente es vista como una problemática a nivel mundial y se presenta en todos los niveles de atención.

Desde 1996, la atención en los errores médicos puso en la agenda pública y de las políticas de salud distintas iniciativas que propenden por la prevención de los eventos adversos (20). Desde esa época varias organizaciones se han unido para proponer distintas alternativas de prevención en tal sentido.

La Organización Mundial de la Salud-OMS desde el año 2002 (19) ha instado a los países a elaborar normas y patrones mundiales y ha apoyado en la formulación de políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente. En este sentido, Colombia, a través del Ministerio de Protección Social y Salud, desde el año 2004 ha emitido diversas normas que apuntan a la creación de una cultura de la calidad en la prestación de servicios, promoviendo en 2006 el Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud (SOGCS), el cual contempla los lineamientos de seguridad del paciente.

Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, liderada por el SOGCS, 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.

En la actualidad se evidencia que Colombia está direccionando los procesos a la seguridad del paciente y obliga a todos los prestadores a implementarla como eje de sus actividades, en caso de no hacerlo implicaría el cierre definitivo de sus actividades tal como se establece en la Resolución 1441 de mayo de 2013 y se ratifica en la Resolución 2003 de 2014 la cual deroga las Res. 1043 de 2006 y 1441 de 2013.

La Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud “ASSALUD” es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que se encuentra en la transición de implementar y adoptar una política nacional para ofrecer y garantizar servicios seguros y así reducir los costos de la no calidad secundarios a la ocurrencia de un evento adverso. En este proceso de implementación se ha dado mayor énfasis al sistema de reporte; es así que desde el año 2009, se viene realizando esta actividad. No obstante, en este proceso de implementación se ha identificado que falta incorporar algunas estrategias organizacionales que contribuyan a la sostenibilidad del proceso y garantice la participación de todos los actores involucrados en la seguridad del paciente.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

El Sistema Único de Habilitación establece los criterios mínimos de funcionamiento para los prestadores de salud en los que se resalta el estándar de procesos prioritarios, por esta razón, los prestadores que incumplan los estándares mínimos de habilitación no podrán permanecer en el sistema; a su vez el sistema único de acreditación prioriza la atención segura a los pacientes con servicios de alta calidad; el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad establece la mejora continua centrada en la atención al paciente y los sistemas de información se basan en indicadores de gestión de los cuales uno de los más importante es el reporte de eventos adversos.

La seguridad del paciente comúnmente se evalúa a través del indicador de tasas de eventos adversos. Para la administración de servicios de salud se ha convertido en un reto mantener buenos estándares de seguridad del paciente, en especial por los beneficios que esta política trae para el paciente, las instituciones y en general para la sociedad. Entre los beneficios que una buena política de seguridad de paciente trae para la institución, vale la pena señalar: a) transición desde un análisis de fallas, a uno de mejora continua; b) el aprendizaje continuo que se deriva de la forma constante en que se promueven las prácticas seguras; d) impacto en el funcionamiento de la organización producto del análisis de la estructura y entorno institucional; e) reducción de costos por extra-tratamiento y f) reducción de costos por recursos para responder a quejas, reclamos y demandas.

Los resultados de la presente monografía contribuirán a que en ASSALUD IPS se consolide la política de seguridad del paciente con el fin de que a mediano y corto plazo se obtengan los beneficios esperados, tanto para los pacientes, como para la empresa.

En este orden de ideas, la consolidación del proceso de implementación de esta política también se justifica porque los beneficios que traerá conllevan a repercutir sobre los pacientes directamente mejorando su calidad de vida, a la reducción de costos para la Institución, a prestar servicios con altos estándares de calidad que conlleven a cumplir con su visión de alcanzar posicionamiento y reconocimiento a nivel nacional, a estandarizar procesos y sobre todo a crear a largo plazo una cultura de prácticas seguras.

### **1.3 OBJETIVOS**

**1.3.1 Objetivo General.** Proponer lineamientos organizacionales que contribuyan a la implementación de una política de seguridad del paciente para la

ASOCIACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS DE SALUD “ASSALUD”, en aras de cumplir con la normatividad vigente, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Realizar una revisión documental de la política de seguridad del paciente emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Realizar un diagnóstico técnico-administrativo de la aplicación de la política de seguridad del paciente en ASSALUD IPS.
- Identificar los mecanismos y estrategias administrativas necesarias para el fortalecimiento y consolidación de la política de seguridad del paciente de ASSALUD IPS.

## 2. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1 MARCO TEORICO

**2.1.1 Calidad.** La calidad es una de las preocupaciones centrales de los prestadores de servicios de salud. La calidad es un constructo que está conformado por diversidad de dimensiones: paciente, normas, entorno institucional, entre otras. Ello sugiere que no hay una única definición, sino que existen diversas perspectivas. En el campo de salud, distintos autores han desarrollado teorías y formas de estudiarla. Entre ellos figuran Donabedian, Deming, Crosby, Taguchi, entre otros (18).

Otra definición que también ha sido muy utilizada es la del Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica que se define como "el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual" (17).

Donabedian es el autor que mejor y con mayor amplitud ha definido la calidad en salud y cómo abordarla. Este autor define a la calidad de atención como aquella que proporciona al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes. Menciona tres componentes de la calidad asistencial: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal, y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención. La evaluación de cada uno de estos aspectos permite estimar la calidad de la atención brindada, siempre y cuando se tomen en consideración las características específicas del país en que se da la atención del paciente (16).

Aunque hay distintas definiciones de calidad, no todas son aplicables a todas las situaciones y productos. En general, la mayoría de los conceptos de calidad en salud focalizan sobre la excelencia técnica relacionada con el buen juicio al proceder acorde a las necesidades y recursos disponibles, y la excelencia en la interacción entre los actores involucrados en la atención.

Lograr resultados óptimos de calidad es uno de los retos de los administradores de servicios de salud; distintos modelos se han desarrollado para evaluarla. A lo largo de la historia, ha habido dos formas de aproximarse a la mejora de la calidad en las instituciones de salud. Una, a través de la confección de normas, pautas o guías, que contienen afirmaciones, desarrolladas sistemáticamente, basadas en los conocimientos profesionales vigentes, tendientes a ayudar a los prestadores de los servicios en la toma de decisiones, facilitando así el desarrollo de un proceso de prestación de servicio de calidad (15). En la segunda parte de este marco de referencia se identificarán las principales normas que han marcado el camino del sistema de garantía de calidad en Colombia.

La otra forma, es la filosofía de la gestión de calidad total (14). La gestión de la calidad implica tener en cuenta tres momentos. El primero, determinar cómo se está prestando los servicios, el segundo, el aseguramiento de la calidad y finalmente, el proceso de mejora continua. Desarrollar un sistema de gestión de la calidad implica planificar, controlar y mejorar las actividades asistenciales. La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial.

**2.1.2 Seguridad del paciente.** La asistencia en salud tiene un alto riesgo debido entre otras causas, a la complejidad que implica la interacción de factores organizativos, personales, profesionales y clínicos de los pacientes. Los daños que se pueden producir a los pacientes por producto de la atención son relevantes. Estos han sido señalados desde 1999. Organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud-OMS (13), la Organización

Panamericana de la Salud-OPS, así como los distintos gobiernos han desarrollado estrategias para promover planes y acciones y medidas legislativas que permitan controlar los efectos adversos evitables en la atención en salud.

Aunque estas estrategias se han venido aplicando en los distintos niveles de atención, no se han logrado los resultados esperados en el control de eventos adversos. Según la OMS, en los países en vía de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponden a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de las infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente, entre otros, conducen a una mayor probabilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables (12).

Es por esta razón que las entidades internacionales continúan recomendando a los gobiernos que sitúen la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, promoviendo la comunicación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes, favoreciendo la formación de profesionales en el análisis de causas para prevenir errores y procurando una atención sanitaria higiénica como el mejor modo de prevenir infecciones (11).

La seguridad del paciente puede ser entendida como conjunto de acciones orientadas a la protección contra riesgos y daños innecesarios durante la atención. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportados con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad (10). El Observatorio de la Calidad en salud del Ministerio de Salud y Protección Social comparte esta definición y agrega que se debe adecuadamente ante la ocurrencia de un evento adverso o reducir sus consecuencias.

En este sentido, a nivel de las instituciones de salud se deben incorporar acciones que promuevan las prácticas seguras y consoliden una verdadera cultura de seguridad del paciente. La cultura de seguridad del paciente es un modelo integrado de comportamiento individual y organizativo orientado a minimizar los daños relacionados con la atención en salud. La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. 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 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, Colombia: Bogotá). Este es uno de los aspectos que es evaluado en la clasificación de los mejores hospitales y clínicas de América organizado por la Revista AméricaEconomía (9).

La seguridad del paciente tiene un peso ponderado de 25% e involucra indicadores de procesos y resultados que permiten minimizar los riesgos hospitalarios. Entre las Instituciones colombianas que han quedado en los primeros 20 lugares de ese ranking de 2013 encontramos: (Fundación Valle de Lili, Fundación Cardiovascular de Colombia, Centro Médico Imbanaco y Hospital Pablo Tobón) las cuales incorporan en su plataforma estrategias de seguridad del paciente. (Ver anexo 1)

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

otras palabras, es un accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia hospitalaria y/o muerte, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente. Una lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria y muerte son hechos fácilmente objetivables, pero que el evento adverso pudiera ser debido a la asistencia sanitaria y no al proceso patológico, a veces se vuelve difícil (8) En este sentido, el evento adverso está constituido por varios elementos (7).

*El primer elemento es el daño en el paciente.* No hay evento adverso sin daño. Este puede ser grave (por ejemplo la muerte o incapacidad permanente), daño temporal o ausencia de secuelas (ejemplo, infecciones intrahospitalarias) y daños morales y psicológicos.

*El segundo elemento 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. El propósito de los profesionales, de los equipos y de las instituciones de salud es mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes, y bajo el principio hipocrático, al menos no hacer daño. Por el contrario, si se sospecha intencionalidad en el daño al paciente, es una sospecha de un acto delictivo, doloso, que hace parte del Código Penal colombiano y que escapa al alcance de los procesos de seguridad del paciente.

*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.* Este concepto resulta sencillo cuando es taxativo el límite entre el daño o evento adverso y la patología de base. En este sentido se puede referir a:

- Evento adverso no evitable: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre

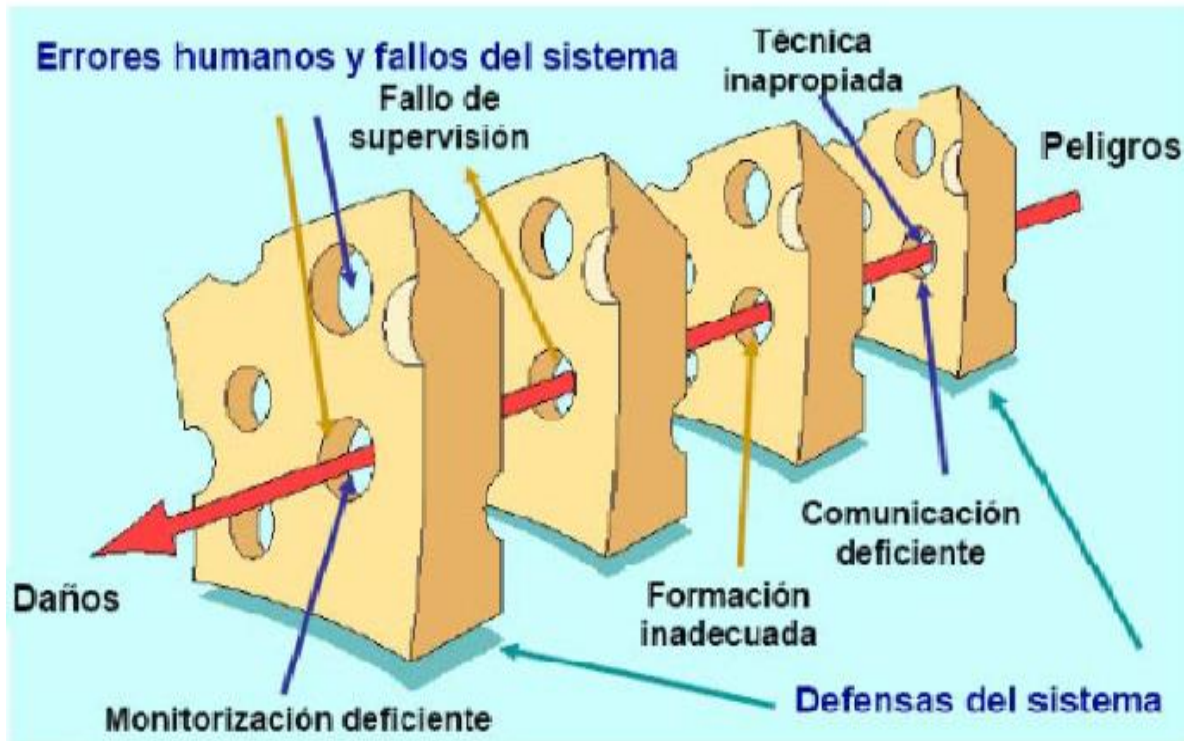
cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.

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

La vigilancia y el análisis de los eventos adversos son el elemento central de una política de seguridad de paciente. Distintos sistemas de reportes y análisis se aplican por parte de las instituciones de salud (5, 6). Modelos como el de James Reason (modelo del queso suizo), el modelo desarrollado por Elwyn Edwards en 1972 y modificado por Frank Hawkins en 1975 denominado SHELL por sus siglas en inglés (Software (S), procedimientos, entrenamiento, soporte, soporte lógico o procedimientos, simbología etc.; Hardware (H), máquinas y equipos; Environment (E), el medio ambiente y circunstancias operativas en las cuales se desarrolla la labor y Liveware (L), hombre en el puesto de trabajo). Otros modelos de análisis son: Análisis de modo y efecto de falla (AMEF), Manejo de amenazas y error y el sistema de análisis de incidentes clínicos (Protocolo de Londres). En Colombia, el Ministerio recomienda el Protocolo de Londres (4).

El modelo de análisis de evento adverso que se propone para ASSALUD IPS es el de James Reason (ver figura 1). En este modelo, se tiene en cuenta que para que se produzca un daño, es necesario que se alineen los diferentes errores en los diferentes procesos a semejanza de los orificios de un queso, cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce.

Figura 1. Modelo de queso suizo o del error humano. Fuente enfermería Global versión ISSN 1695-6141 enferm. Glob.vol 10



Este modelo de análisis identifica factores del entorno organizacional, tales como la comunicación, la supervisión, los aspectos técnicos involucrados en la atención y la formación. De esta manera se pueden identificar los daños y los peligros asociados a los errores y fallos del sistema de atención. Este análisis da especial relevancia al análisis del sistema organizativo. Para el caso de ASSALUD IPS este modelo ayudará en los primeros años a consolidar la política para después migrar a un modelo analítico que involucre otros actores preponderantes diferentes a los relacionados con el entorno administrativo.

## 2.2 MARCO NORMATIVO

**2.2.1 Antecedentes.** En el marco de la legislación Colombiana se encuentra que la Política Nacional de Seguridad del Paciente es uno de los ejes centrales de

calidad, elemento estratégico basado en dos principios fundamentales; el mejoramiento continuo y la atención centrada en el usuario. Se busca fortalecer los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría de todos los prestadores de servicios de salud con el fin de disminuir y prevenir los riesgos u ocurrencias de situaciones que afecten la seguridad del paciente, impactando en la mejora de la salud de la población en pro de instituciones cada vez más seguras y competitivas.

Con base en lo anterior, y según supervisión documental, desde la Constitución de 1.991, en el Artículo 49, se consagra la atención en salud como servicio público a cargo del estado, donde la función del mismo es organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y a su vez establecer las políticas para ejercer la vigilancia y control de los prestadores. A partir de este aporte normativo, han surgido varias reformas que contribuyen a fortalecer y mejorar la prestación de servicios de salud.

La Ley 100 de 1993, establece el nuevo sistema de seguridad social en Colombia. Define las funciones del ministerio de salud y de los entes de vigilancia en su artículo 153, numeral 9, indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención, oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Mediante el decreto 2309 de 2002, se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) del sistema General de seguridad social en salud (SGSSS) en el cual se define las condiciones mínimas que debe tener un prestador para la prestación de servicios de salud con calidad estableciendo todas las normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para mantener y mejorar la calidad

de los servicios de salud en el país, garantizando que se dé prioridad a la seguridad de los procesos y protección a los pacientes. Es de ahí que surgen las características del sistema, asegurando la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, el Sistema único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema único de Acreditación, el Sistema de Información para la Calidad.

A continuación se presenta una breve descripción de las normas más importantes sobre las cuales se fundamenta el enfoque de seguridad del paciente en Colombia

- **Decreto 1011 2006**

Este decreto redefine el SOGCS en cuanto a las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Se enfoca en mejorar la calidad en la atención en salud teniendo como objetivo principal la satisfacción del usuario.

Define atributos de calidad en los cuales se encuentra incluida la seguridad, dichos atributos son:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. Seguridad. 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.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

- **Resolución 1043 de 2006.**

Establece las condiciones mínimas que debe cumplir los prestadores de servicios de salud en Colombia. Estas son conocidas como el sistema de habilitación, y se conforma de:

- Recurso humano

- Infraestructura

- Dotación

- Medicamentos

- Procesos prioritarios

- Historia clínica

- Referencia de pacientes

- Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud

- **Resolución 1446 de 2006**

Establece las condiciones y procedimientos para disponer un sistema de información para la calidad con el objetivo de realizar seguimiento y evaluación de la gestión de calidad, brindar información de los servicios, ofrecer servicios de calidad estimulando la competencia de calidad y estimulando a los usuarios en el conocimiento en las características del sistema.

Los objetivos del sistema de información para la calidad son: monitorear, orientar y referenciar.

Los principios del sistema de información para la calidad son:

- Gradualidad
- Sencillez
- Focalización
- Validez y confiabilidad
- Participación
- Eficiencia

Además de definir los lineamientos para la vigilancia de eventos adversos, incluye un conjunto de indicadores de seguimiento a los riesgos relacionados con la seguridad del paciente los cuales se ilustran en la siguiente figura.

Tabla 1. Indicadores del nivel de monitoria del sistema. Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006. Ministerio de Salud y Protección Social

Dominio	IPSS	EAPB
<b>1. Accesibilidad / Oportunidad</b>	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Proporción de cancelación de cirugía programada (4) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (5) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (6) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la realización de cirugía programada	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S (4) Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS (5) Oportunidad en la realización de cirugía programada (6) Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (8) Oportunidad de la referencia en la EAPB
<b>2. Calidad Técnica</b>	(1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados (2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada	(1) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año (2) Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
<b>3. Gerencia del Riesgo</b>	(1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas (2) Tasa de Infección Intrahospitalaria (3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos	(1) Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo (2) Razón de Mortalidad Materna
<b>4. Satisfacción / Lealtad</b>	(1) Tasa de Satisfacción Global	(1) Tasa de Satisfacción Global (2) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (3) Tasa de Traslados desde la EAPB

- **Resolución 1474 del 2002**

Se define las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema único de Acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud.

- **Resolución 1445 de 2006**

Establece los estándares de Acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos.

- **Ley 1438 de 2011**

Establece los principios del sistema general de seguridad social en salud ratificando que los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, de forma integral, segura y oportuna mediante una atención humanizada.

- **Resolución 1441 de 2013**

Define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad tecnológica y científica.

**2.2.2 Lineamientos del sistema de seguridad del paciente definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.** El 11 de junio de 2008, otrora el Ministerio de Protección social de Colombia para impulsar la Política de Seguridad del Paciente publicó unos lineamientos para el sistema de seguridad del paciente dirigidos a las instituciones de salud. A continuación se presentan los temas más relevantes.

### **Principios orientadores de la política**

- **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 deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre

pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

- Integración con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud: La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, y es transversal a todos sus componentes.
- Multicausalidad: El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes organizaciones y los diferentes actores.
- Validez: Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas soportadas en la evidencia científica disponible.
- Alianza con el paciente y su familia: La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- Alianza con el profesional de la salud: La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contara con la activa participación de ellos y procurara defenderlo de señalamientos injustificados.

### **Objetivos de la política de seguridad del paciente**

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

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

### **Acciones institucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente**

Una estrategia institucional orientada hacia la mejora de la seguridad del paciente debe desplegarse de manera sistemática y mediante herramientas prácticas como se describe a continuación:

- *Creación de la política institucional de seguridad del paciente:* 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.

Esta política debe establecer los propósitos que debe tener como:

- 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.

Además de lo anterior, debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, y abordar las siguientes temáticas:

- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.

- Garantizar la confidencialidad de los análisis
  - Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
  - Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves
  - Integración con otras políticas y procesos institucionales: calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
  - Construir alianza con el paciente y su familia.
  - Integrar los procesos asistenciales
  - Definir los recursos dispuestos para la implementación de la política.
- *Procesos de detección de la ocurrencia de eventos adversos:* se debe crear sistemas de reporte intrainstitucional que aumente la capacidad de detección de eventos adversos.
  - *Metodologías para el análisis de los eventos adversos:* permite realizar análisis más cuidadosos con el fin de descubrir una serie de eventos concatenados que conducen al evento adverso. Las metodologías para este propósito son el protocolo de Londres, análisis causal o análisis de causa raíz, el modo de falla u otros.
  - *Estrategias para profundizar la cultura institucional de seguridad del paciente:* el ambiente interno debe favoreceré:
    - Reflexión organizacional de la seguridad: rondas de seguridad, reuniones breves sobre la temática” seguridad del paciente”
    - Resaltar el carácter no punitivo de la vigilancia de ocurrencia de eventos adversos.
    - Sanción o desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento.
    - Información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente

**2.2.3 Farmacovigilancia.** El programa de Farmacovigilancia tiene como objetivo principal realizar vigilancia a los medicamentos posterior a su comercialización para determinar la seguridad de los mismos. Dicho programa cuenta con diferentes actores los cuales van desde los pacientes o sus familiares, pasando por el médico tratante, las clínicas y hospitales, las secretarías de salud, hasta los laboratorios farmacéuticos (3).

La Farmacovigilancia es el pilar fundamental para que el país determine realmente el perfil de seguridad de los medicamentos que son comercializados, de esta forma se pueden detectar entre otras; reacciones adversas, usos inapropiados, complicaciones no detectadas durante la etapa de investigación de los medicamentos. Los principales objetivos del programa son:

- Detectar tempranamente las reacciones adversas e interacciones desconocidas hasta ese momento.
- Detectar el aumento de la frecuencia de reacciones adversas (conocidas).
- Identificar los factores de riesgo y de los posibles mecanismos subyacentes de las reacciones adversas.
- Estimar los aspectos cuantitativos de la relación beneficio/riesgo y difusión de la información necesaria para mejorar la regulación y prescripción de medicamentos.

Los objetivos finales de la Farmacovigilancia son:

- El uso racional y seguro de los medicamentos.
- La evaluación y comunicación de los riesgos y beneficios de los medicamentos comercializados.
- Identificación de factores de riesgo y de los posibles mecanismos subyacentes de las reacciones adversas
- Brindar educación e informar a los pacientes

La Farmacovigilancia se regula por las siguientes normas:

- Decreto 677 de 1995. “Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia”.
- Resolución 9455 de 2004. “Por la cual se establece el reglamento relativo al contenido y periodicidad de los reportes, de que trata el artículo 146 del Decreto 677 de 1995”.
- Decreto 2200 de 2005. “Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 1011 de 2006. “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
- Resolución 1403 de 2007. “Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones”.

**2.2.4 Tecnovigilancia.** La Tecnovigilancia es la vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos y es fundamental para evaluar la efectividad y seguridad real de estos. Es una herramienta para la evaluación razonada de los beneficios y riesgos que su utilización representa para la salud de un paciente.

Teniendo claro este concepto, se puede definir como el conjunto de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión y divulgación oportuna de la información relacionada con los incidentes adversos, problemas de seguridad o efectos adversos que presente estas tecnologías durante su uso, a fin de tomar medidas eficientes que permitan proteger la salud de una población determinada.

La Tecnovigilancia como actividad trascendental dentro del proceso de evaluación y regulación sanitaria y como complemento de un sistema de calidad en salud, requiere de la conformación de sistemas o programas que le permitan su adecuado desarrollo, y es por esto que tanto las entidades sanitarias nacionales y regionales de salud, como de los hospitales o prestadores de salud, deben movilizar esfuerzos por generar los elementos necesarios para su buen desarrollo (2).

Los principios que rigen el Programa Nacional de Tecnovigilancia son los siguientes:

- Articulación entre los actores del Programa Nacional de Tecnovigilancia.
- Información veraz, oportuna y confidencial
- Formación e información permanente de los actores involucrados
- Trazabilidad de los dispositivos médicos
- Sensibilidad y representatividad

Las normas que en Colombia reglamentan el régimen sanitario y la vigilancia de los dispositivos médicos son:

- Ley 9 de 1979. “Por la cual se dictan medidas sanitarias”. (Código sanitario nacional, instalación de equipos, desempeños y almacenamientos).
- Resolución 4445 de 1996. “Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares”.
- Resolución 434 de 2001. “Por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se define la de importación controlada y se dictan otras disposiciones”.

- Resolución 02183 de 2004. “Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud”.
- Decreto 4725 de 2005. “Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano”.
- Decreto 4562 de 2006. “Por el cual se adiciona un párrafo al artículo 86 del Decreto 4725 de 2005”. (Vigencias y control de mercado a los dispositivos médicos, INVIMA, permisos).
- Resolución 1043 de 2006. Se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. (Anexo técnico 1. Punto 4 medicamentos y dispositivos médicos –gestión de medicamentos y dispositivos)
- Resolución 4816 de 2008. Reglamenta el programa nacional de tecnovigilancia, determina niveles de acción del programa y las responsabilidades para cada uno de los actores, el modo en que se reportan las alertas internacionales y la periodicidad de los reportes. Además da lineamientos para clasificar eventos e incidentes adversos y gestionar los reportes oportunamente.
- Resolución 1441 de 2013 SUH. “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”.

**2.2.5 Reactivovigilancia.** La Reactivovigilancia tiene por objeto la identificación y cualificación de efectos indeseados ocasionados por defectos en la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro, así como la identificación de los factores de riesgo o características que puedan estar relacionadas con estos.

El Programa Nacional de Reactivovigilancia se basa en la notificación, registro y evaluación sistemática de los problemas relacionados con los reactivos de diagnóstico in vitro, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición (1).

El objetivo principal de la Reactivovigilancia es la vigilancia post mercado, este programa está constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para llevar a cabo la identificación, recolección, evaluación, la gestión del riesgo y divulgación de los efectos indeseados asociados al uso de los reactivos de diagnóstico in vitro para desarrollar acciones en salud pública, en pro de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del reactivo.

Los principios que rigen el Programa Nacional de Reactivovigilancia son los siguientes:

- Articulación del programa
- Sensibilidad.
- Oportunidad
- Transparencia
- Eficacia y Eficiencia
- Calidad
- Unidad
- Complementariedad y Concurrencia.

Las normas que en Colombia la reglamentan el programa de Reactivovigilancia son:

- Decreto 3770 del 12 de Noviembre de 2004 “Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios y la vigilancia sanitaria de los reactivos de diagnóstico in vitro para exámenes de especímenes de origen humano”.

- Resolución 132 del 23 de Enero de 2006 “Por la cual se adopta el Manual de Condiciones de Almacenamiento y/o Acondicionamiento para Reactivos de Diagnóstico In Vitro”.
- Resolución 1229 de 2013 “Por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano”.
- Resolución 1441 de 2013 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”.

## **2.3 MARCO CONTEXTUAL**

La presente monografía se llevó a cabo en la Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud “ASSALUD”. La razón principal para que esta institución fuera el objeto de este trabajo es que una de las autoras hace parte del equipo Directivo de tal empresa.

La Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud “ASSALUD” es una Institución prestadora de Servicios de Salud, de carácter privado, con 11 sedes a nivel nacional las cuales están inscritas en el Registro Especial de Prestadores y habilitadas con servicios de primer nivel asistencial, consulta externa de especialidades médicas, laboratorio básico y especializado y servicio farmacéutico.

## **5.1 RESEÑA HISTORICA**

A partir de la Ley 100 de 1993, se da una nueva organización en el sector salud, y se crean instituciones especializadas, tanto para administrar los recursos del sistema (entidades promotoras de salud EPS y empresas prestadoras de salud EPS), como para garantizar la atención de los afiliados, a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS.

Así pues, en respuesta a esta organización que plantea la ley, se constituye la asociación de prestadores de servicios y suministros ASSALUD, como entidad sin ánimo de lucro, reconocida con Personería Jurídica otorgada por la Gobernación de Santander, mediante Resolución No. 7088 del 27 de agosto de 2001, cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud en todos los componentes y factores tales como educación, fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud , y el suministro de medicamentos, apoyados en talento humano, infraestructura física y financiera, como soporte esencial para lograr la atención de las necesidades de nuestros clientes.

**2.3.1 Misión.** Contribuimos con la conservación y restablecimiento de la salud de nuestros clientes, mediante la prestación de servicios de Atención Farmacéutica y de Salud, apoyados en personal calificado, experiencia en el sector y transparencia administrativa como cimiento filosófico de la institución.

Responsabilidad, credibilidad y confianza, encauzan nuestro esfuerzo hacia el desarrollo integral de nuestros colaboradores y la participación en acciones que generen bienestar social y mejoramiento de la calidad de vida de la población.

**2.3.2 Visión.** Lograr el posicionamiento de la empresa como líder en el sector farmacéutico y de prestación de servicios de salud en el año 2015, mediante la mejora continua en los procesos administrativos y de soporte para la prestación de servicios excelentes a nuestros clientes.

**2.3.3 Política de Calidad.** “Nuestro compromiso es prestar servicios de atención farmacéutica y de salud de altos estándares de calidad, que cumplan con especificaciones de oportunidad, confiabilidad y agilidad a costos razonables, para lograr la satisfacción y confianza de nuestros clientes internos y externos. Para tal fin trabajamos integralmente con el apoyo de personas de amplia capacidad humana y técnica, así como diversos recursos que orientan nuestros procesos

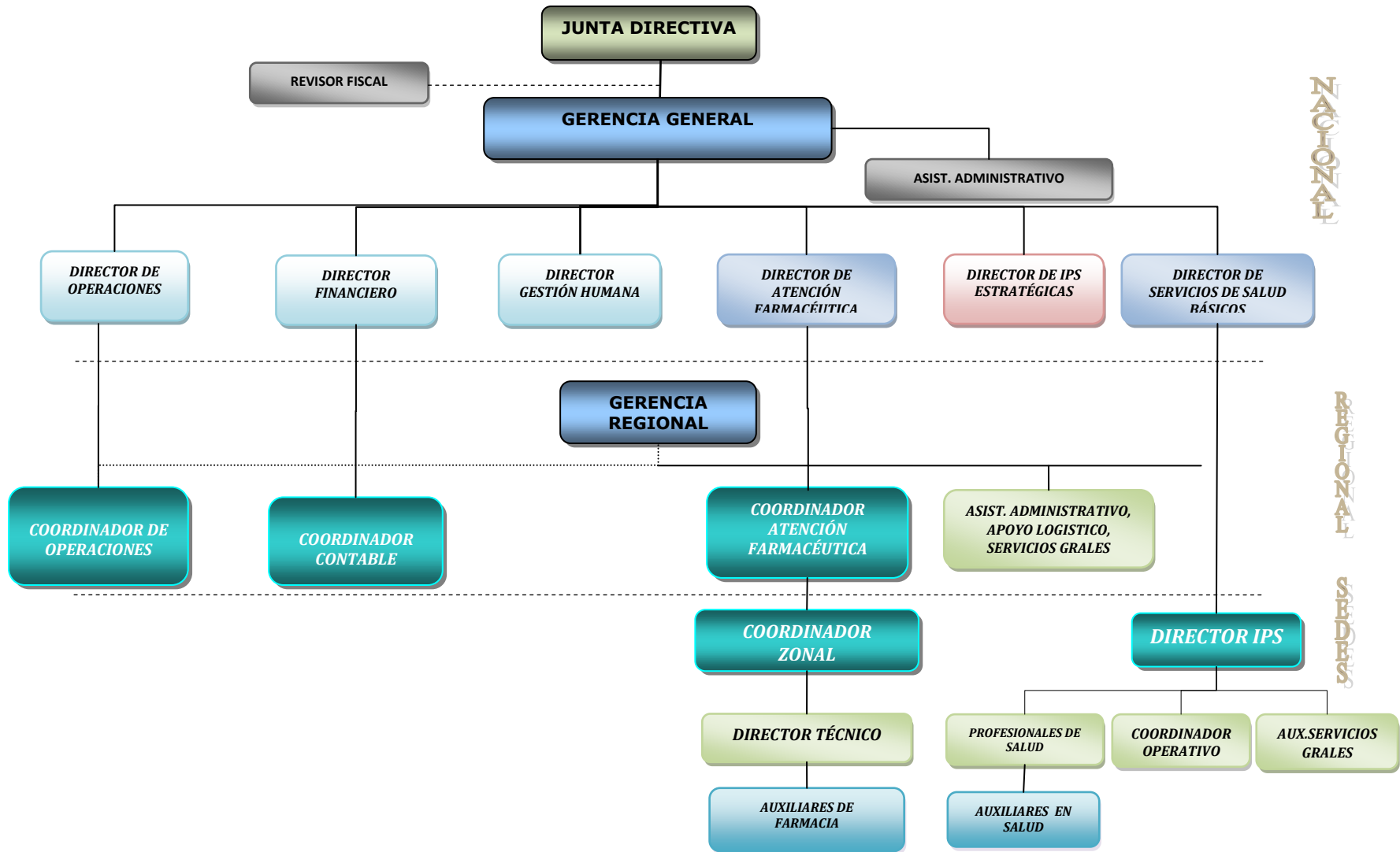
hacia el mejoramiento continuo, a partir de la retroalimentación de la información interna y la percepción del cliente sobre el servicio prestado.”

#### **2.3.4 Principios Corporativos**

- **SERVICIO:** Disposición y ánimo de servir a los demás.
- **SENSIBILIDAD:** Entendimiento de las vivencias y problemática de nuestro clientes internos y externos.
- **HONESTIDAD:** Capacidad de actuar de acuerdo a los valores morales y éticos de nuestra sociedad.
- **COMPROMISO:** Cumplir satisfactoriamente los objetivos y lineamientos de la organización.
- **PERTINENCIA:** Hacia la empresa y todos los componentes de la misma.
- **TRABAJO EN EQUIPO:** Todo el personal constituye un todo por el cual cada uno es eslabón fundamental en los resultados personales y grupales.

Siendo congruente con esto, la política de calidad de la institución se basa en brindar servicios de salud, que cumplan con los siguientes pilares de calidad: accesibilidad, oportunidad, **seguridad** y confidencialidad; para lograr la satisfacción y confianza de sus clientes internos y externos.

### 2.3.5 Estructura Organizacional



### 2.3.6 Servicios

Tabla 2. Sedes y servicios ASSALUD IPS

<b>IPS BÁSICAS - SERVICIOS</b>		
<p>ARAUCA, GIRON, PAMPLONA Y TAME</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CONSULTA MEDICA GENERAL</li> <li>• ODONTOLOGIA GENERAL</li> <li>• LABORATORIO CLINICO</li> <li>• TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO</li> <li>• ENFERMERIA</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SERVICIO FARMACEUTICO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDIICAMENTOS ALTO COSTO</li> <li>• MEDICAMENTOS DE I, II y III NIVEL AMBULATORIO.</li> </ul>
<b>CENTROS DE REFERENCIA DIAGNÓSTICA – CRD- SERVICIOS</b>		
<p>BUCARAMANGA, CIENAGA, COROZAL, CUCUTA, MONTERIA, SANTA MARTA Y TUNJA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CONSULTA MEDICA GENERAL</li> <li>• ODONTOLOGIA GENERAL</li> <li>• LABORATORIO CLINICO</li> <li>• TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO</li> <li>• LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO</li> <li>• MUESTRAS DE CITOLOGIA</li> <li>• ELECTRODIAGNOSTICO</li> <li>• ENFERMERIA</li> <li>• FONOAUDIOLOGIA O TERAPIA DE LENGUAJE</li> <li>• TERAPIA OCUPACIONAL</li> <li>• ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL</li> <li>• PLANIFICACIÓN FAMILIAR</li> <li>• PROMOCION EN SALUD</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"><li>• CONSULTA ESPECIALIZADA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• CIRUGIA GENERAL</li><li>• DERMATOLOGIA</li><li>• GINECOBSTETRICIA</li><li>• MEDICINA INTERNA</li><li>• NEFROLOGIA</li><li>• NUTRICION Y DIETETICA</li><li>• ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA</li><li>• OTORRINOLARINGOLOGIA</li><li>• PEDIATRIA</li><li>• PSICOLOGIA</li><li>• UROLOGIA</li><li>• OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD</li></ul>
--	--	---

### 3. METODOLOGIA

Para el desarrollo de la monografía se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Revisión documental sobre los marcos de referencia: conceptual, normativo nacional, contextual de ASSALUD IPS, para lo cual se llevaron a cabo las búsquedas bibliográficas correspondientes. Además, se realizó una búsqueda sobre las características distintivas en cuanto a calidad y en especial de seguridad del paciente en aquellas instituciones nacionales que han ocupado en el ámbito nacional puestos distintivos por su desempeño en dichos aspectos.

2. Se realizó un diagnóstico sobre la existencia de la Política de Seguridad del Paciente en la Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud ASSALUD y se definieron aquellos mecanismos y estrategias que son necesarios para el desarrollo de la política propuesta. Este diagnóstico estuvo constituido por:

- Encuesta: En primer lugar se aplicó una encuesta para conocer el contexto en el que se encuentra actualmente ASSALUD IPS en cuanto a la implementación de la política de seguridad del paciente. La encuesta buscó, de manera general, medir el nivel de conocimientos y percepción de la política por parte del personal vinculado a ASSALUD. (ver anexo 2).

Se encuestó al total al personal vinculado directamente a ASSALUD en el que se incluyen diferentes profesionales como: médicos generales (n=6), médicos especialistas (n=22), enfermeras profesionales(n=7), auxiliares de enfermería (n=6), bacteriólogas (n=6), auxiliares de laboratorio (n=8), directores de IPS (n=11), personal de sistemas y facturación (n=2), servicios generales (n=11), odontólogos (n=4), regentes de farmacia (n=11), auxiliares de farmacia (n=11) por

lo que da la totalidad de aplicación de 120 encuestas, las cuales se enviaron vía web a las 11 sedes nacionales que tiene la IPS, encargándose cada director de IPS de su respectivo diligenciamiento y reenvió para realizar el respectivo análisis.

- Análisis de la plataforma estratégica de ASSALUD IPS para identificar si el enfoque de seguridad del paciente estaba incorporado en los distintos niveles gerenciales y operativos.
- Análisis del sistema de reporte de eventos adversos que ASSALUD IPS tiene implementado.

3. Propuesta de mejoras para la implementación de la política de seguridad del paciente, acorde a lo encontrado en el diagnóstico e incorporando elementos normativos, conceptuales e institucionales.

## 4. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan el diagnóstico y la propuesta de mejora que las autoras de la monografía consideran necesarias incorporar en ASSALUD IPS para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

### 4.1 DIAGNÓSTICO

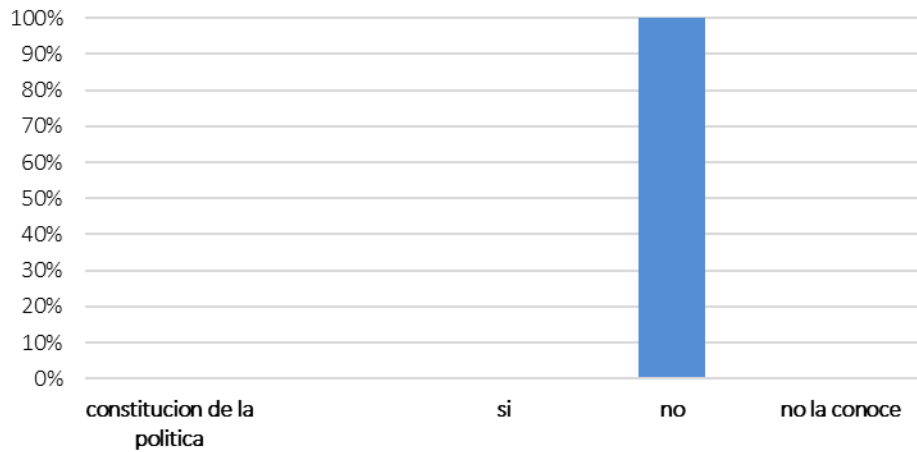
**4.1.1 Encuesta.** Como ya se mencionó, se aplicó una encuesta a 120 funcionarios con distintos roles. La encuesta fue autodiligenciada por cada funcionario y se contó con la autorización de la Gerencia Nacional de ASSALUD.

Los resultados se van a presentar, en primer lugar por cada una de las temáticas indagadas, y en segundo lugar, comparando las sedes que hasta el momento de la realización de la misma, ya habían recibido capacitación sobre eventos adversos vs aquellas que no la habían recibido.

- *Constitución de política de seguridad del paciente:*

Uno de los primeros interrogantes estaba relacionado con el conocimiento sobre la existencia de la constitución de la política de seguridad del paciente en ASSALUD IPS. En el gráfico 1, puede notarse como el 100% de los profesionales respondieron que no estaba constituida la política, se observó que ninguno de los profesionales dudó en su respuesta lo que quiere decir que evidentemente no existe la política institucional de seguridad del paciente.

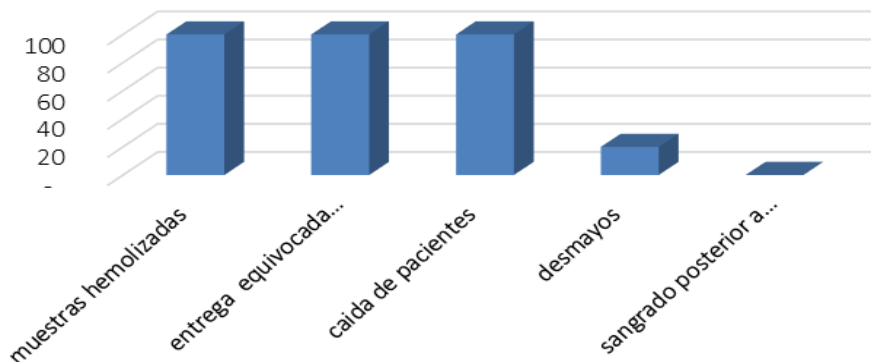
Gráfico 1. Constitución de la política de seguridad del paciente ASSALUD



- *Diferenciación de situaciones/concepto:*

En cuanto a lo relacionado con aspectos de conocimientos de diferenciación de situaciones críticas relacionadas con el enfoque de seguridad del paciente, se encontró que la mayoría del personal tiene los conocimientos de las definiciones de que es evento adverso e incidente, sin embargo al presentar situaciones críticas, una parte del personal no tiene claridad en la diferenciación de un evento adverso e incidente. Esto se refleja en que 20% del personal relaciono la situación de desmayo como evento adverso errando en su respuesta; el resto del personal clasificó de manera correcta los eventos adversos citados en la encuesta (gráfico 2).

Gráfico 2. Diferenciación de situaciones que se podrían considerar eventos adversos en ASSALUD IPS



- *Capacitación sobre seguridad del paciente:*

La mitad de los encuestados manifestaron haber recibido capacitación sobre seguridad del paciente. Estos encuestados pertenecen a la Regional Oriente en las sedes de Bucaramanga, Girón, Arauca, Tame, Cúcuta y Pamplona.

Los temas que trataron en dicha capacitación responden a seguridad del paciente, Farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia. Estos 4 temas fueron socializados con todo el personal de las sedes en mención en el mes de mayo del presente año (2014).

En cuanto a seguridad del paciente, el total de los Directores de las IPS ha sido capacitados en 2 oportunidades, una el año inmediatamente anterior y la otra a comienzos del año en curso. (Enero de 2014).

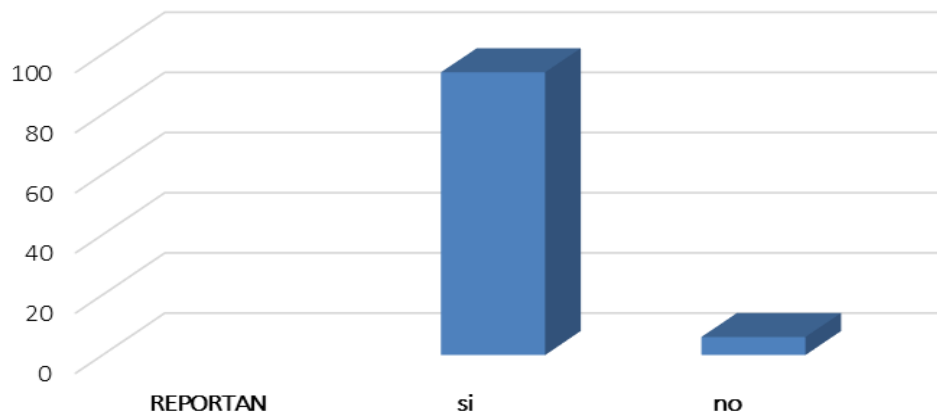
En lo relacionado con Farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia capacitaron a comienzos de este año (enero de 2014) a personal de farmacia, odontólogos y bacteriólogos.

- *Cultura del Reporte:*

En otros hallazgos encontrados en la aplicación de la encuesta, se observa que a pesar de que no está instaurada la política de seguridad del paciente existe la

cultura del reporte. Solo un 6% de los encuestados respondió que no se reportan eventos adversos.

. Cultura de reporte de eventos adversos en el personal de ASSALUD IPS



- *Causas frecuentes de eventos adversos:*

En la gráfica 4 se observan las causas frecuentes de eventos adversos de los cuales se puede tomar varias acciones a fin de que puedan ser evitables.

Llama la atención que el 53% está relacionado con procesos técnicos propios de las competencias de los funcionarios (falta de conocimiento y habilidades y descuido de los procesos), el 34% asociado con el contexto institucional (comunicación deficiente, sobrecarga de trabajo y cansancio) y el 13% manifiesta que es por otras causas.

Gráfico 3. Causa de errores en seguridad del paciente en ASSALUD IPS



- *Comité encargado de la seguridad del paciente:*

El 87.5% refiere que no existe comité encargado de la seguridad del paciente; el 8.3% dice conocerlo y el 4,2% no sabe si existe.

A continuación se presenta la tabla en donde se aprecian las diferencias en los distintos ítems indagados en la encuesta, pero agrupados por sedes capacitadas vs no capacitadas.

Tabla 3. Respuestas sedes capacitadas vs. no capacitadas

	SEDES CAPACITADAS		SEDES NO CAPACITADAS	
	SI	NO	SI	NO
Conoce el concepto de seguridad del paciente	96%	4%	80%	20%
Conoce la política de seguridad del paciente de ASSALUD IPS		100%		100%
Diferencian situaciones que se pueden considerar eventos adversos	85%	5%	60%	40%
Existe la cultura de reporte de eventos adversos	100%		94%	6%
Reconocen las causas frecuentes de eventos adversos	100%		100%	
Conocen la existencia del comité de Seguridad del Paciente		100%		100%

Se evidencia que en ASSALUD IPS seis (6) de las once (11) sedes fueron capacitadas en la temática de seguridad del paciente, entre las cuales se encuentran: (Arauca, Bucaramanga, Cúcuta, Girón, Pamplona, Tame). Las respuestas dadas por el personal de estas sedes evidencia claro conocimiento y aplicabilidad de los conceptos de seguridad del paciente, encontrando que el 96% conocen lo conoce, adicional a este, el 85% del personal capacitado diferencian situaciones que se pueden considerar eventos adversos. Contrastando estos resultados con el personal que aún no se ha capacitado en las demás sedes (Ciénaga, Corozal, Montería, Santa Marta, Tunja), el 80% conoce el concepto. Del mismo modo, se evidencia que el 60% diferencia correctamente las diferentes situaciones que se pueden considerar eventos adversos y que el 40% restante lo realizan de manera incorrecta.

Se evidencia que el 100% del personal de IPS capacitadas reporta, por el contrario las sedes que a la fecha no se han capacitado reportan en un 94%.

En lo que si coincide el 100% del personal de la IPS ASSALUD tanto de sedes capacitadas y no capacitada es el desconocimiento de la política de seguridad del paciente y del comité institucional de seguridad del paciente.

#### **4.2 ANÁLISIS DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

La seguridad del paciente debe hacer parte de la plataforma estratégica de cualquier institución prestadora de servicios de salud (IPS), Es decir, debe afectar (o estar incorporada) en la misión, objetivos, estrategias, indicadores de gestión, y en general en la forma de trabajar de la IPS.

Construir una cultura de seguridad del paciente desde los niveles directivos altos hacia los operativos requiere, que desde el punto de vista administrativo, se tenga

en cuenta un enfoque de sistemas. En otras palabras, el enfoque de sistemas en la seguridad del paciente implica, que no solamente se analice el factor humano involucrado en el evento adverso que se presente, sino que se identifiquen, analicen y corrijan las debilidades que existieron en la estructura y entorno institucional que permitieron que el evento adverso ocurriera.

Teniendo en mente este enfoque de sistemas, se indagó sobre los siguientes aspectos:

- **Compromiso de la alta gerencia con la seguridad del paciente:** Las autoras de esta monografía se entrevistan con la Gerente Nacional y Representante legal de la Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud “ASSALUD” quien manifiesta que no existe una política de seguridad del paciente documentada e instaurada. Como una de las autoras de esta monografía labora en ASSALUD, existe el interés y compromiso de la alta gerencia en la documentación y recomendaciones que pueda obtener producto de esta monografía con el fin de implementarla. Su compromiso es promover la política a todas las sedes efectuando un seguimiento continuo donde se evidencie resultados.

Revisando la plataforma estratégica, se encuentra que ASSALUD IPS dentro de su misión, objetivos y política de calidad no vislumbra la seguridad del paciente. No obstante, esta se ve reflejada en los pilares de calidad de la Institución.

- **Estrategias organizacionales para su operación:** De acuerdo a la información recolectada, ASSALUD cuenta con procesos de Calidad que se vislumbran en su plataforma estratégica.

En la Sede Administrativa Nacional existe un director de calidad quien apoya en la normalización de procesos, guías, manuales y demás para posteriormente reproducir y socializar a cada una de las sedes.

Cuenta con unidad funcional responsable de calidad, equipos de trabajo organizados y comprometidos con la ejecución de actividades dispuestas en comités, análisis y seguimiento al componente del sistema de calidad, definición de programas de capacitación para el personal involucrado tanto en los procesos asistenciales como administrativos.

• **Estrategias educativas:** En cuanto a capacitación en temas relacionados con seguridad del paciente, se encontró la siguiente información:

1. Todos los Directores de IPS fueron capacitados en seguridad del paciente y resolución 1441 en el mes de septiembre del año inmediatamente anterior (2013).
2. El departamento de Gestión Humana proporcionó un cronograma de capacitación dirigido a todo el personal en las diferentes sedes de IPS del año inmediatamente anterior y del año en curso en temas relacionados con manejo de residuos hospitalarios y similares, bioseguridad y técnicas de limpieza y asepsia. Cabe resaltar que estas capacitaciones evidencian ejecución en las fechas estipuladas por parte de ARL SURA.
3. La coordinación nacional de Servicio Farmacéutico aporta un cronograma de capacitaciones ejecutadas en el año en curso dirigida a Directores Técnicos de servicio farmacéutico (regentes en farmacia) en temas relacionados con la Farmacovigilancia y tecnovigilancia. Estas capacitaciones las realizan con una periodicidad semestral.
4. La Dirección Nacional de IPS presentó un cronograma de capacitación en seguridad del paciente, farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, dirigido a todo el personal de IPS a nivel nacional, para el año 2014, el cual se encuentra en ejecución de acuerdo a las fechas designadas referenciando certificaciones de algunas de las personas que ya fueron capacitadas.

- **Coordinación de actores:** Se indagó en cuanto a la existencia de comité de seguridad del paciente y el resultado obtenido es que no existe. Hasta el momento los eventos se han gestionado en el comité de calidad.

Verificando la existencia de algunos comités enmarcados en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, se evidencia la existencia de los que se relacionan a continuación:

1. *comité de calidad:* En este comité se genera una serie de actividades para las cuales el personal ha recibido capacitación continuada. Se desarrolla el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad “PAMEC”, el comportamiento de indicadores de gestión y las acciones de mejora, el análisis de eventos e incidentes y el reporte y gestión de los mismos entre las actividades más relevantes.

De acuerdo a la información recolectada en el capítulo II, Artículo 3°, el comité de calidad está conformado por los siguientes miembros:

Director Administrativo de la sede.

Representante por áreas asistenciales que apliquen:

Medicina General

Odontología

Nutrición

Fisioterapia

Enfermería

Laboratorio Clínico

Farmacia

Coordinador Operativo encargado del Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU.

Representante del área de Servicios Generales.

El líder o responsable de este comité es el Director de IPS.

Dentro de las funciones del comité se resaltan las siguientes:

- Fomentar en la IPS una política de calidad centrada en el usuario, que busque el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud prestados, garantizando seguridad en los usuarios y generando satisfacción y lealtad en los mismos.
- Analizar los indicadores de gestión del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en sus 5 componentes: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y Continuidad.
- Vigilar la generación, análisis y envío a la Dirección Nacional de IPS los indicadores de calidad de los procesos institucionales con la periodicidad definida en las fichas técnicas según el Manual de Procesos y Procedimientos de ASSALUD IPS.
- Consolidar la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud y enviarla a la Dirección Nacional de IPS en los plazos y términos definidos por esta última.

2. *Comité de Farmacia y Terapéutica*: En este comité socializan los procesos y procedimientos del servicio farmacéutico, el programa de Farmacovigilancia y tecnovigilancia.

De acuerdo a la información recolectada en el capítulo II, Artículo 3°, el comité está conformado por los siguientes miembros:

Director Administrativo de la sede.

Director técnico de servicio farmacéutico.

Un representante del equipo médico.

Un representante del personal de enfermería.

Un representante de la especialidad médica respectiva, cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.

Un representante del área administrativa y financiera, cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.

El líder o responsable de este comité es El Director Técnico de Farmacia – Tecnólogo en Regencia de Farmacia.

Dentro de las funciones del comité resaltamos las siguientes:

- Recolectar y analizar los casos en los que se sospecha la existencia de eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos e informar los resultados al médico tratante, al paciente, al personal de salud, administradoras y a las autoridades correspondientes.
- Detectar y evaluar los principales riesgos durante la prestación del servicio de atención farmacéutica en las fases de selección, adquisición, recepción, almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos, los cuales fueron definidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y son los siguientes: entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado por el profesional tratante, eficacia reducida, nula o toxicidad por desnaturalización del medicamento, formulación por profesional no autorizado para la formulación, resistencia antibiótica, efectos adversos innecesarios o evitables, enmascaramiento de cuadros clínicos. Para cada uno de ellos formular acciones de mejoramiento.

*3. Comité de Vigilancia Epidemiológica:* Socializan las principales patologías o causas de consulta y las enfermedades de interés en salud pública, los eventos de notificación obligatoria y los eventos adversos que se hayan presentado.

*4. Comité de Ética Hospitalaria:* Se evalúa la satisfacción de los pacientes, las percepciones de los servicios, las capacitaciones orientadas a los usuarios, la participación social y el seguimiento y gestión a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.

5. *Comité de Gestión Ambiental y Sanitaria:* En este comité evalúan indicadores de gestión ambiental, protocolos de bioseguridad, prácticas de limpieza y asepsia y salud ocupacional.

6. *Comité de Historia Clínica:* socializan auditorias de historias clínicas y la adherencia a guías de práctica médica.

Estos comités están conformados para cada una de las sedes y existe un responsable o líder por cada uno de ellos.

#### **4.3 SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS**

Las autoras de esta monografía indagan sobre la existencia de un reporte de eventos adversos. Se evidencia que en las 11 sedes de ASSALUD existe un sistema de reporte de eventos adversos. En cuanto a las sedes antiguas, se inició el reporte a la Supersalud desde el primer semestre del año 2009, en las sedes nuevas desde el momento de operación de las mismas. De acuerdo a información obtenida, cuando se inició este proceso todas las sedes reportaban en cero pero a comienzos del año 2012 se inició capacitación inculcando al personal la importancia de reportar los eventos, lo cual se ha reflejado en los últimos reportes en varias de las sedes. Los reportes los efectúa el director de cada una de las sedes de IPS. El Director Nacional de Servicios Asistenciales era el responsable de este seguimiento de reporte hasta finales del año 2012. Desde enero del año 2013 hasta el mes de mayo del presente año (2014) se hizo responsable la Gerente Nacional de ASSALUD y a partir del 5 de mayo del presente año el seguimiento lo está efectuando la Directora Nacional de IPS. En cuanto a la corrección de reportes y entrega final a la Gerencia y posterior envío semestral a la Supersalud, este proceso lo está manejando la Directora Nacional de IPS.

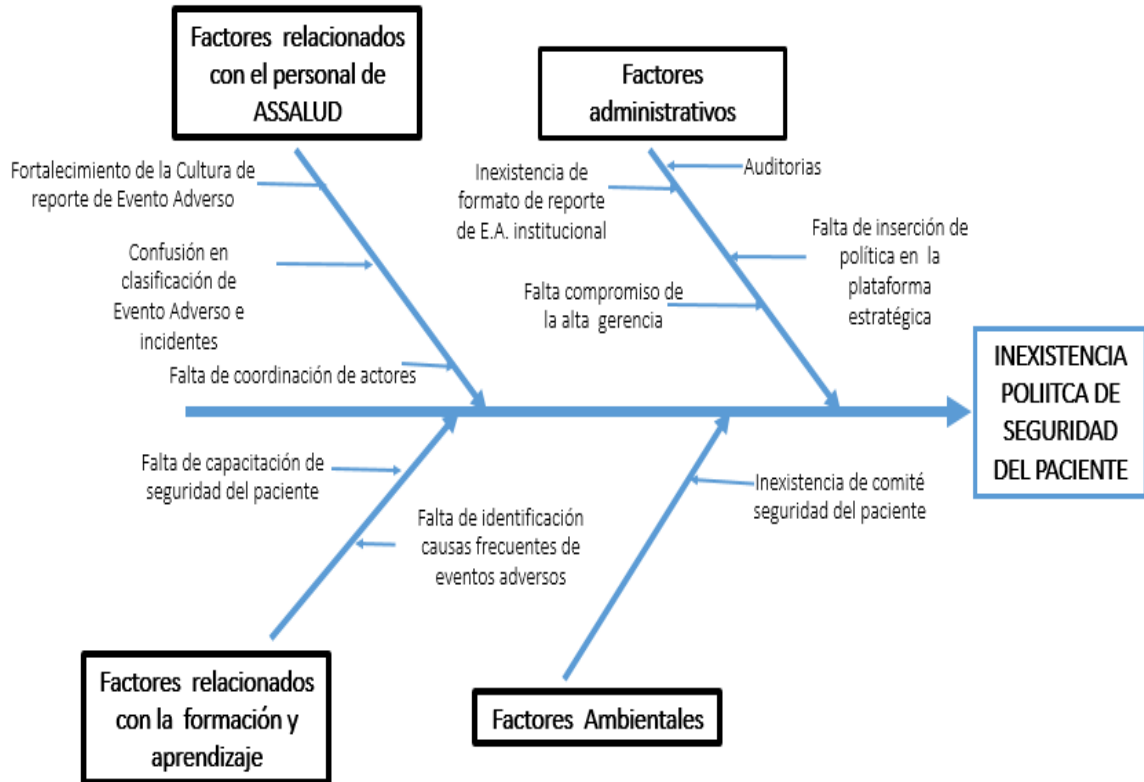
Para el reporte existe un formato institucional (Anexo 3), que es sencillo y práctico para el diligenciamiento. En este formato se consigna la siguiente información: Identificación del paciente, edad, ciudad donde ocurrió el evento, tipo de incidente, tipo de evento adverso, breve descripción del evento, posibles causas del evento y acciones inmediatas. Aunque el formato que se estaba aplicando al momento del diagnóstico es sencillo se encontraron algunas dificultades que se enuncian a continuación:

*Barreras en el Reporte de Eventos Adversos:*

- ASSALUD en sus 11 sedes no cuenta con un formato único institucional ya que este ha sido adaptado por cada sede.
- El formato de reporte con que cuenta ASSALUD en cada una de sus sedes es muy básico y no incorpora una estructura organizada como lo recomiendan algunos sistemas de reporte. (Protocolo de Londres).
- No todo el personal conoce y maneja el formato de reporte y análisis de eventos adversos.
- La información mensual enviada al Director Nacional de IPS solo expresa el número total de eventos adversos y no la descripción de los mismos.
- No se retroalimenta a la totalidad del personal de cada sede en los eventos presentados, gestionados y reportados lo cual implica que en algunos casos se incurra en la ocurrencia de los mismos.

Para finalizar y jerarquizar los aspectos administrativos críticos en el proceso de implementación de la política de seguridad del paciente que lleva ASSALUD, las autoras de esta monografía realizaron el siguiente esquema:

Gráfico 4. Esquema de ISHIKAWA. Principales puntos críticos identificados para la implementación de una cultura de seguridad del paciente en ASSALUD IPS



## **5. PROPUESTA TÉCNICO ADMINISTRATIVA PARA MEJORAR EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ASSALUD IPS**

A continuación se presentan los principales lineamientos organizacionales acordes al diagnóstico encontrado que contribuirán a la consolidación de la política de seguridad del paciente:

### **5.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

**5.1.1 Adopción de una política de seguridad del paciente.** Para que se cree una cultura de seguridad del paciente es imprescindible que exista un firme compromiso expresado por el nivel directivo a través de un documento escrito que permee los distintos niveles jerárquicos y operativos de la empresa y se puedan respaldar a partir de dicho compromiso, recursos y planes de acción que concreten prácticas seguras en la cotidianidad de las distintas sedes.

Las autoras de esta monografía realizaron acciones de abogacía con la gerencia general y socializaron los beneficios de contar con una política escrita que fuera difundida a toda la empresa. En consecuencia, se presentó a la gerencia un texto escrito que concretara la creación de la política de seguridad del paciente. La gerencia estuvo de acuerdo y este documento fue sancionado por la gerencia en forma de resolución institucional. En el anexo 4 se puede encontrar la resolución firmada por la gerencia: la resolución No. 009 de 2014. Este avance presentado ha sido de gran aporte para “ASSALUD” ya que se constituyó en la principal herramienta para involucrar y empoderar a todo el personal en la seguridad del paciente.

En consecuencia, la Dirección Nacional de IPS de ASSALUD, estableció como directriz nacional la socialización y soporte de dicha resolución involucrando tanto al personal asistencial como administrativo, ya que a partir de ella se derivarán procesos de capacitación y monitoreo sobre seguridad del paciente, fármaco, tecno y Reactivovigilancia. En resumen, esta resolución tiene el propósito de cambiar el comportamiento de la empresa en cuanto a promover prácticas seguras que involucren, no solo a profesionales de la salud, sino a pacientes. De esta forma se podrá trazar una política de seguridad del paciente en todos los niveles de la empresa.

**5.1.2 Objetivos.** Las autoras de este trabajo propusieron a la gerencia los siguientes objetivos de la política institucional de seguridad del paciente:

- Establecer un entorno seguro de atención en cada una de las sedes de ASSALUD IPS.
- Minimizar los riesgos de atención en cada sede.
- Asumir la seguridad del paciente como componente esencial de la plataforma estratégica para garantizar el cumplimiento de la misión.
- Adoptar las estrategias y acciones necesarias en cada una de las sedes para reducir al máximo la ocurrencia de eventos adversos.
- Conformar el Comité Institucional de Seguridad del Paciente.
- Socializar e involucrar a todo el personal administrativo, asistencial y de servicios generales sobre la política de la Institución relacionada con la Seguridad del paciente.
- Incluir en el Plan de Desarrollo Institucional la implementación de la estrategia de seguridad del paciente.
- Educar a los pacientes y a sus familias en su autocuidado.
- Educar a los funcionarios de las diferentes sedes tanto asistenciales como administrativas en la importancia de trabajar articuladamente en la seguridad del paciente.

- Crear una cultura organizacional de seguridad del paciente.

## **5.2 ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES**

**5.2.1 Promover y difundir el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre profesionales y pacientes.** Lograr una cultura de seguridad del paciente implica hacer esfuerzos institucionales importantes en difusión y capacitación. Como ya se anotó la cultura de seguridad del paciente es un modelo integrado de comportamiento individual y organizativo orientado a minimizar los daños relacionados con la atención en salud. La divulgación sobre lo que implica la seguridad del paciente se debe hacer en todos los niveles de ASSALUD IPS.

En cuanto a las estrategias de difusión del conocimiento en seguridad del paciente se proponen las siguientes actividades:

- Circular a través de la red de la institución material alusivo a la seguridad del paciente.
- Programar conferencias para coordinadores de sedes sobre las acciones clave para garantizar la seguridad al paciente.
- Realizar talleres con profesionales de la salud en donde se puedan discutir las acciones de seguridad del paciente a nivel de los servicios de atención primaria.
- Disponer en la red interna de ASSALUD IPS las acciones que el equipo gerencial vaya incorporando al sistema de seguridad del paciente como una forma de socialización de decisiones gerenciales.
- Disponer en la red interna de ASSALUD IPS la normatividad vigente para el país en cuanto a seguridad del paciente.
- Incorporar en la página web un apartado sobre las acciones que ASSALUD IPS implementa en cuanto a prácticas seguras del paciente. Esto le dará visibilidad a los usuarios sobre la importancia que la empresa le da a su atención.
- Difundir resultados de seguimiento de prácticas seguras y eventos adversos de ASSALUD IPS entre sus funcionarios directivos y operativos.

- Aplicar listas de chequeo que corroboren acciones seguras en cada uno de los servicios.

Poner en práctica todas estas actividades requiere un nivel de compromiso gradual que permee todo el equipo de ASSALUD IPS. En la tabla siguiente se observa la gradualidad de la aplicación de estas medidas en el tiempo (años) después de haberse emanado la resolución No.009 de 2014.

Tabla 4. Cronograma por años de implementación de actividades de difusión, Capacitación sobre seguridad del paciente en ASSALUD IPS

ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR AÑOS													
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	AÑO 1				AÑO 2				AÑO 3			
		TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
Circular a través de la red de la institución material alusivo a la seguridad del paciente	Director Nacional de IPS												
Realización de conferencias a coordinadores sobre acciones claves para garantizar seguridad del paciente	Director Nacional de IPS												
Realizar talleres con profesionales de la salud en donde se puedan discutir las acciones de seguridad del paciente a nivel de los servicios de atención primaria	Firmas de capacitación externa.												
Disponer en la red interna de ASSALUD IPS las acciones que el equipo gerencial vaya incorporando al sistema de seguridad del paciente como una forma de socialización de decisiones gerenciales	Gerencia												
Disponer en la red interna de ASSALUD IPS la normatividad vigente para el país en cuanto a seguridad del paciente	Oficina de Calidad												
Incorporar en la página web un apartado sobre las acciones que la ASSALUD IPS implementa en cuanto a prácticas seguras del paciente. Esto le dará visibilidad a los usuarios sobre la importancia que la empresa le da a su atención	Oficina de Calidad												
Difundir resultados de seguimiento de prácticas seguras y eventos adversos de ASSALUD IPS entre sus funcionarios directivos y operativos	Director Nacional de IPS												
Aplicar listas de chequeo que corroboren acciones seguras en cada uno de los servicios	Director Nacional de IPS												

A continuación se presentan actividades de capacitación que se han realizado hasta el momento en el marco de este trabajo de monografía.

Tabla 5. Actividades de capacitación

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE CAPACITACION DE POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2014													
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	AÑO 1											
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Capacitación en seguridad del paciente a todo el personal de las diferentes sedes de ASSALUD, Iniciando en el mes de marzo hasta cubrir todas las sedes, finalizando en el mes de octubre.	Director Nacional de IPS – Grupo externo Habilitación Activa.												
Capacitación en Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia a todo el personal de las diferentes sedes de ASSALUD, Iniciando en el mes de abril hasta cubrir todas las sedes, finalizando en el mes de Diciembre.	Director Nacional de IPS – Grupo externo Rozo y Asociados.												

### 5.2.2 Participación de los pacientes en la política de seguridad del paciente.

Aunque, la participación del paciente se espera se dé una vez se haya desarrollado al interior de ASSALUD IPS la política de seguridad del paciente, se debe dejar previsto, que la institución debe promover encuestas de percepción de los pacientes y proveer información a través de la página de la institución en temas referidos a dicha percepción.

### 5.2.3 Conformación del comité de seguridad del paciente.

El comité de seguridad del paciente tendrá la responsabilidad de vigilar y garantizar la implementación y supervisión satisfactoria del cumplimiento de las normas de seguridad definidas en el desarrollo del proceso. El objetivo esencial es que la responsabilidad se despliegue hacia la alta dirección, la cual a su vez debe estar en posición de dar soporte a todas las operaciones funcionales de la organización para que el resultado de esta dinámica sea satisfactorio. El Comité de seguridad

del paciente será liderado por la Dirección de IPS, con una periodicidad mensual, y se integrará por los siguientes cargos:

1. Director Administrativo de la sede.
2. Representante por áreas asistenciales que apliquen:

Medicina General

Medicina Especializada

Odontología

Nutrición

Fisioterapia

Enfermería

Laboratorio Clínico

Farmacia

Dentro de las actividades más representativas de este comité se enuncian las siguientes:

- El análisis de los resultados posterior a la investigación de los incidentes y eventos adversos.
- El seguimiento a los planes de acción definidos y analizados en el comité de calidad y la creación de aquellos relacionados con el resultado de los indicadores.
- Hacer seguimiento a los indicadores y las tendencias de los incidentes y eventos adversos presentados en el periodo.
- Definir acciones preventivas y de mejora de los procesos relacionados.
- Aprobar la documentación de divulgación.

Es importante resaltar la idea, de que este Comité no va a trabajar de manera aislado, en virtud de que existen otros comités que tienen tareas relacionadas con la seguridad del paciente. El coordinador del Comité de Seguridad del Paciente presentará en la reunión del Comité Único Interdisciplinario-CUID los reportes de los análisis y se adquirirán compromisos de mejora alrededor de las variables o aspectos administrativos involucrados en el evento adverso.

**5.2.4 Implementar Prácticas Seguras en ASSALUD IPS.** A continuación se presentan los lineamientos sugeridos en buenas prácticas y sus estrategias de aplicación.

Tabla 6. Prácticas seguras para implementarse en ASSALUD IPS

Lineamiento	Objetivo	Estrategias
Una atención limpia es una atención segura	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociados a la atención en los pacientes en las instituciones de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la práctica de lavado de manos en la institución.</li> <li>• Aplicar las técnicas de asepsia en todos los procedimientos que se realicen durante la prestación de la atención de salud.</li> <li>• Manejo adecuado de los residuos peligrosos.</li> <li>• Prácticas de bioseguridad.</li> <li>• Monitoreo, registro e intervención del evento adverso asociado a la atención limpia y segura.</li> </ul>
Investigación y análisis de los eventos adversos	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistematizar la recolección y análisis de datos referidos a los eventos adversos que se presenten en la atención al usuario.</li> <li>• Monitoreo de la calidad de la información de los reportes de eventos adversos e incidentes.</li> </ul>
Los insumos seguros aseguran la atención	Desarrollar competencias relacionadas con la adquisición y uso adecuado de los insumos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimizar la cadena de abastecimiento.</li> <li>• Mejorar la utilización de los insumos.</li> <li>• Asegurar la calidad de los insumos utilizados en los diferentes servicios de la institución.</li> </ul>

Lineamiento	Objetivo	Estrategias
Garantizar la seguridad en el laboratorio clínico	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la correcta identificación y seguridad en el laboratorio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• garantizar la calidad de los resultados de los exámenes en función del estado clínico del paciente.</li> <li>• garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.</li> </ul>
Prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Institucionales	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir la frecuencia de caídas en las instituciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la calidad de la atención a través de la clasificación del riesgo de caídas de los pacientes dentro de la institución.</li> <li>• Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente.</li> <li>• Factores a tener en cuenta para aplicar las medidas de seguridad, factores relacionados al ambiente, equipos e intervención del área de mantenimiento.</li> </ul>
Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas y reducción de eventos adversos e incidentes	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas y reducción de los eventos adversos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información veraz y oportuna garantizando la identificación segura del paciente.</li> <li>• Hacer seguimiento a programa de riesgo cardiovascular.</li> </ul>
Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales	Desarrollar y fortalecer destrezas para incentivar prácticas seguras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.</li> <li>• Prevenir el cansancio del personal de salud.</li> </ul>
Involucrar los pacientes y sus allegados en su	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente informado paciente seguro.</li> </ul>

Lineamiento	Objetivo	Estrategias
seguridad	involucrar al paciente y su familia en su autocuidado y seguridad.	
Áreas administrativas	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para involucrar al personal administrativo en el seguimiento de la implementación de la política.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo administrativo al proceso asistencial.</li> <li>• Implementación de listas de chequeo.</li> <li>• Seguimiento a la guía de seguridad de paciente</li> </ul>

A continuación se presenta el cronograma de Implementación de prácticas seguras en ASSALUD IPS.

Tabla 7. Cronograma de ejecución de Prácticas seguras para implementarse en ASSALUD IPS

CRONOGRAMA POR AÑOS DE IMPLEMENTACION DE PRÁCTICAS SEGURAS DESPUES DE RESOLUCION 009 DEL 2014.														
ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR AÑOS														
LINEAMIENTO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	AÑO 1				AÑO 2				AÑO 3			
			TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
<b>Una Atención limpia es una atención segura</b>	Fortalecer la práctica de lavado de manos en la institución	Dirección Nacional IPS - Calidad												
	Fortalecer la aplicación de técnicas de asepsia y antisepsia en todos los procedimientos durante la prestación de la atención en salud.	Dirección Nacional IPS – Calidad												
	Incentivar prácticas correctas de bioseguridad.	Dirección Nacional IPS - Calidad												
	Realizar monitoreo, registro e intervención del evento adverso asociado a la atención limpia y segura.	Director nacional de IPS												
	Fortalecer el correcto manejo de los residuos peligrosos.	Dirección Nacional IPS - Calidad												
<b>Investigación y análisis de los eventos adversos</b>	Sistematizar la recolección y análisis de datos referidos a los eventos adversos que se presenten en la atención al usuario.	Dirección Nacional IPS – Calidad												

**CRONOGRAMA POR AÑOS DE IMPLEMENTACION DE PRÁCTICAS SEGURAS DESPUES DE RESOLUCION 009 DEL 2014.**

**ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR AÑOS**

LINEAMIENTO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	AÑO 1				AÑO 2				AÑO 3			
			TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
	Realizar monitoreo de la calidad de la información de los reportes de eventos adversos e incidentes	Dirección Nacional IPS – Calidad												
<b><i>Insumos seguros aseguran la atención</i></b>	Realizar gestión de calidad de los insumos utilizados en los diferentes servicios de la institución	Dirección Nacional IPS – Calidad												
<b><i>Garantizar la seguridad en el laboratorio clínico</i></b>	Monitorizar la calidad de los resultados de los exámenes en función del estado clínico del paciente.	Director nacional del proceso												
	Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.	Dirección Nacional IPS - Calidad												
<b><i>Prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Institucionales</i></b>	Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente.	Dirección Nacional IPS – Calidad												
<b><i>Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas y reducción</i></b>	Proporcionar información veraz y oportuna garantizando la identificación segura del paciente	Dirección Nacional IPS – Calidad												

CRONOGRAMA POR AÑOS DE IMPLEMENTACION DE PRÁCTICAS SEGURAS DESPUES DE RESOLUCION 009 DEL 2014.														
ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR AÑOS														
LINEAMIENTO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	AÑO 1				AÑO 2				AÑO 3			
			TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
<b>de eventos adversos e incidentes</b>	Realizar seguimiento a programa de riesgo cardiovascular.	Director Nacional del programa												
<b>Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales</b>	Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.	Director Nacional de Gestión Humana												
	Implementar programas de pautas activas que eviten el cansancio del personal	Director nacional Gestión humana												
<b>Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad</b>	Promover la involucración de la familia y el paciente a los procesos.	Director nacional de Gestión Humana												
<b>Áreas administrativas</b>	Aplicar listas de chequeo	Dirección Nacional IPS - Calidad												
	Realizar seguimiento de la guía de seguridad del paciente	Dirección Nacional IPS - Calidad												

**5.2.5 Modificar el sistema de reporte de eventos adversos.** Los sistemas de notificación o reporte son una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito de la prestación de salud a partir de los cuales se busca mejorar la seguridad de los pacientes. El reporte de eventos adversos es el punto primario para el inicio de una cultura de seguridad del paciente. Cuando una institución reporta un número considerable de errores, los profesionales entenderán cuales son las dificultades presentes y aportaran en la búsqueda e implementación de soluciones.

Teniendo en cuenta la información que se analiza en un evento adverso, se ve la necesidad de modificar el sistema de reporte, de forma manual. Cabe resaltar que ASSALUD maneja actualmente un formato de reporte y análisis de eventos el cual cumple con los requerimientos propios del proceso, pero se considera necesario diseñar uno nuevo para el cual se tuvo en cuenta el Protocolo de Londres. Lo que se busca con este nuevo sistema es recolectar información veraz y completa, que permita analizar a fondo la situación presentada, corregir errores e implementar acciones de mejora encaminadas a la seguridad del paciente y minimización de eventos e incidentes.

El formato de reporte que actualmente es utilizado en ASSALUD IPS ha sido identificado como una barrera de reporte debido a la complejidad de los aspectos que se deben registrar y principalmente a que no existe un formato único institucional para todas las sedes. Por esta razón, se propone la mejora en dicho formato que incluya aspectos básicos del evento adverso y que facilite su investigación por parte de los integrantes del comité de seguridad del paciente. En el anexo 5 se puede apreciar el formato modificado propuesto por las autoras de este trabajo.

Abarcando todo lo relacionado con la seguridad del paciente, se hace énfasis en un tema que muy pocos prestadores le han dado la trascendencia que se merece,

el Reporte, gestión y seguimiento de indicadores de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos “INVIMA” se empeña en el fortalecimiento del programa nacional de Farmacovigilancia.

Dentro de los objetivos del programa de Farmacovigilancia de ASSALUD IPS se encuentran los siguientes:

- Velar por el cuidado y seguridad de los pacientes.
- Detectar oportunamente problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRUM) y comunicar los hallazgos oportunamente.
- Fomentar el uso seguro, eficaz y racional de los medicamentos.
- Contribuir con la evaluación de beneficios, daños, efectividad y riesgos de los medicamentos, permitiendo prevenir los daños y maximizando los beneficios.
- Mejorar la salud pública y la seguridad en cuanto al uso de medicamentos.
- Establecer el perfil de seguridad de los medicamentos, promocionando el uso adecuado de los mismos y así garantizar la utilización segura.

En la medida que avance la implementación del programa de vigilancia de reporte y eventos adversos en ASSALUD IPS, será el equipo del comité de seguridad quien se encargue de crear nuevos formatos según los hallazgos que se deriven de las investigaciones realizadas. Además, la coordinación de calidad soporta las actividades de normalización correspondientes con el fin de mantener continuidad en la actualización de los documentos y apropiar las listas de verificación dentro del sistema de gestión de la institución.

En la conformación del comité de seguridad del paciente en cada sede se debe designar el responsable del reporte de eventos adversos.

Se recomienda que sea un profesional del área de la salud, preferiblemente médico. En el caso del responsable del reporte en Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Reactivovigilancia, se debe designar un referente quien estará en continuo contacto con el referente de la secretaria de salud departamental.

## ANÁLISIS DE LOS REPORTE

Dentro de los métodos de análisis referidos, las autoras de esta monografía proponen el modelo de análisis de James Reason (explicado en el marco teórico) ya que este ayuda a explicar cómo la contribución de varios factores culminan en un accidente, establece además que así como hay diversas estaciones en un sistema, en las que puede ocurrir un error, dichas estaciones constituyen al mismo tiempo barreras en las cuales puede prevenirse.

En el comité de seguridad del paciente se debe hacer el respectivo análisis de los eventos identificando las barreras de seguridad que provocaron dichos eventos. El encargado del reporte será el responsable de dar a conocer a todo el personal el incidente o evento presentado, socializando las acciones de mejora que se deben emprender de inmediato para evitar que se repita dichos incidentes.

**5.2.6 Indicadores de gestión.** Los indicadores de gestión constituyen una herramienta importante que alerta sobre la existencia de procesos no seguros que pueden repercutir en la seguridad de los pacientes.


Para hacer el seguimiento a la consolidación de la política de seguridad del paciente de ASSALUD IPS se proponen hacer monitoreo de dos tipos de indicadores. Los primeros que den información sobre la gestión del sistema y los segundos, los indicadores que tienen que ver con la vigilancia de eventos adversos que pueden producirse acorde a la naturaleza de la asistencia sanitaria. En la tabla No. 6 se observan los indicadores para la gestión del sistema. En el anexo 6 se listan los indicadores referidos por ASSALUD en cuanto a seguridad del paciente, que son los eventos adversos que tienen repercusión directa sobre los pacientes. De estos indicadores se despliega una ficha técnica del indicador y un resultado objeto de la fórmula aritmética.

Tabla 8. Indicadores de Gestión ASSALUD IPS

INDICADORES DE SEGUIMIENTO ASSALUD IPS		
INDICADOR	GESTION DEL SISTEMA	Proporción de funcionarios capacitados.
		Numero de capacitaciones de eventos adversos semestrales.
		Proporción de funcionarios actualizados en normatividad.
		Proporción de Eventos adversos gestionados.
		Proporción de oportunidades de mejora implementadas.
	EVENTOS A VIGILAR	Ver anexo 6.

A lo largo del diseño de la política se enfatiza en la importancia del análisis de los indicadores, encaminados a diseñar acciones de mejora que propendan por la seguridad del paciente. Para tal efecto, las autoras de esta monografía proponen el formato que se expone en la tabla 7.

Tabla 9. Medición y análisis de indicadores

		<b>RESULTADO DE MEDICIÓN DE INDICADORES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>		Código: F-CI-003		
				Versión: 00		
				Página 1 de 1		
<b>PROCESO DEL SGC:</b> Seguimiento a Riesgos			<b>RESPONSABLE:</b>			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Proporción de vigilancia de Eventos adversos			<b>VALOR META:</b> reporte y gestion del 100%			
<b>MÉTODO DE CÁLCULO:</b> Número total de eventos adversos detectados y gestionados/ Número total de eventos adversos detectados *100			<b>FRECUENCIA:</b> continua -mensual			
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN:</b> Formato / registro de vigilancia de eventos adversos						
FECHA	DATOS		RESULTADO	META	LIMITE PERMISIBLE	ANÁLISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES A TOMAR

De acuerdo al conocimiento básico que debe tener el personal de ASSALUD en lo relacionado con la seguridad del paciente, se recomienda aplicar una lista de chequeo general de los Estándares y Criterios en Seguridad del Paciente de acuerdo con la Resolución 2003 De Mayo 30 De 2014. Anexo 7.

Posterior a este se sugiere aplicar un seguimiento interno para cada uno de los servicios en las condiciones mínimas de seguridad que deben cumplir mediante el diseño de listas de chequeo las cuales se recomienda aplicar con una periodicidad mensual. Anexo 8.

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 CONCLUSIONES

- La seguridad del paciente es de vital importancia en la prestación de servicios de salud. Todas las Instituciones de salud del orden nacional e internacional deben implementar procesos de atención segura cuyo objetivo primordial sea la prestación de servicios con calidad.
- En Colombia la seguridad del paciente se ha establecido como componente esencial del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y de obligatorio cumplimiento para todos los Prestadores de Servicios de Salud.
- Para ofrecer servicios seguros se hace necesario que las instituciones de salud incorporen en su plataforma estratégica el componente de seguridad como pilar principal en la búsqueda de servicios seguros y de alta calidad.
- Los Actores del sistema deben implantar la política de seguridad del paciente intrainstitucional. La finalidad de esta política debe enfocarse en minimizar la ocurrencia de eventos adversos, crear una cultura institucional que incentive la seguridad del paciente, establecer un comité de seguridad en el que se analice y gestione los eventos presentados, generar acciones de mejora tendientes a evitar la ocurrencia de eventos y capacitar continuamente al personal involucrado en la atención en salud.
- Se realizó un diagnóstico con participación de todos los actores: directivos y operativos y se incluyeron aspectos del entorno administrativo.

- En ASSALUD IPS hay compromiso de la gerencia por operativizar la política de seguridad pero se requiere implementar los lineamientos propuestos en este trabajo para crear la cultura de las prácticas seguras.
- Consolidar la implementación de la política de seguridad del paciente representa para ASSALUD IPS un esfuerzo permanente de capacitación y monitoreo.
- La cultura de seguridad del paciente es un modelo integrado de comportamiento individual y organizativo orientado a minimizar los daños relacionados con la atención en salud.
- Se elaboró un manual que contiene los principales aspectos de la política de seguridad del paciente.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a la Gerencia Nacional de la Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud “ASSALUD”, implementar la Seguridad del paciente como componente esencial de la plataforma estratégica para garantizar el cumplimiento de la misión y adaptar las estrategias y acciones en cada una de las sedes para reducir al máximo la ocurrencia de eventos adversos mediante el control y la mitigación de los riesgos propios de la atención en salud.
- Incorporar la política de seguridad del paciente debe ser un compromiso y prioridad que debe asumir la Gerencia Nacional y el personal en cada una de las sedes de la Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud “ASSALUD”.

- Se hace necesario implementar programas de capacitación continua al personal de todas las sedes de la Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud “ASSALUD”, donde se garantice la generación de barreras de seguridad y sensibilización acerca del cumplimiento de la política.
- Se recomienda crear el Comité de Seguridad del Paciente en cada una de las sedes con el fin de establecer funciones y responsabilidades.
- Se recomienda implementar un nuevo formato de gestión y reporte de eventos adversos que permita un mayor análisis y que a su vez genere acciones de mejora encaminadas a la eliminación o mitigación de los riesgos.
- Analizando la documentación con que la Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud “ASSALUD” cuenta en lo referente a los programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y reactivovigilancia, se recomienda fortalecer los programas y la gestión y seguimiento de eventos.
- Se recomienda aplicar listas de chequeo con una periodicidad mensual a cada uno de los servicios que evidencie la aplicación de prácticas seguras y en caso contrario se genere acciones de mejora para garantizar servicios seguros.
- Se hace necesario que la alta gerencia defina un responsable de la vigilancia y seguimiento a los eventos reportados por cada una de las sedes y posterior retroalimentación de los hallazgos obtenidos.
- Se recomienda incorporar en la página Web de la Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud “ASSALUD” un apartado sobre las acciones que institucionalmente se implementan en la práctica segura.

- Se recomienda disponer en la red interna de la Asociación de Prestadores de Servicios y Suministros de Salud “ASSALUD” la normatividad vigente en seguridad del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agray, Terol E. La seguridad del paciente una estrategia del Sistema Nacional de Salud. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29(3):319-323.
2. Baeza R. El concepto de la gestión de calidad total (TQM). En Baeza R, *Educación Superior del Siglo XXI: Modelos para una Gestión de Calidad*. Editorial Universidad del Mar 1999; 41-82
3. Carcamo Quezada Cesar. Los eventos adversos: ¿objetivos o consensuados?. *Acta bioeth*. 2012; 18 (2): 231-235
4. D'Empaire Gabriel. Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioethica* 2010; 16(2): 127-132.
5. Donabedia A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Alvar Net, Suñol Rosa. Fundacion Avedis Donabedian. La calidad de atención. Disponible en: [http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf). (Consultado junio 2014).
6. García Roberto E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. *Rev. méd. Chile* v.129 n.7 Santiago jul. 2001. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000700020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000700020&script=sci_arttext). (Consultado en julio 2014).
7. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J Mateus Galeano E y Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Rev Cienc. Enferm* 2011; 17 (3):97-111.
8. Gómez Ramírez O, Soto Gámez A, Arenas Gutiérrez A, Garzón Salamanca J, González Vega A y Mateus Galeano. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances en Enfermería* 2011; Vol XXIX (2): 363-374.
9. Kerguelén B Carlos A. Reporte y análisis de eventos adversos: la necesidad de estructurar sus relaciones han desarrollado en distintos ámbitos. *Revista Centro de Gestión Hospitalaria* 2010; 52: 8-15

10. Kohn Linda T, Corrigan Janeth M. To errar is human:Building a safer Health System. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, DC 1999.
11. Lohr KN, Harris-Wehling J. Medicare: A Strategy for quality assurance, Vol I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care. *QRB Qual Rev Bull* 1991; 17: 6-9
12. Ministerio de Salud y Protección Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA. Disponible en: [https://www.invima.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=766%3Atecnovigilancia&catid=192%3Ainformacion-general&Itemid=392](https://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=766%3Atecnovigilancia&catid=192%3Ainformacion-general&Itemid=392). Consultado en Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
13. Ministerio de Salud y Protección Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA. Disponible en: [https://www.invima.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3130%3Aprograma-reactivovigilancia&catid=325%3Ainformacion-general&Itemid=2203](https://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=3130%3Aprograma-reactivovigilancia&catid=325%3Ainformacion-general&Itemid=2203). (Consultado en Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos)
14. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de a la atención en salud. Colombia: Bogotá 11 de junio de 2008.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-INVIMA. Disponible en: [https://www.invima.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=756%3Aobjetivos-de-la-Farmacovigilancia](https://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=756%3Aobjetivos-de-la-Farmacovigilancia)
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Londres. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Protocolo%20de%20Londres%20Investigaci%C3%B3n%20y%20an%C3%A1lisis%20de%20incidentes%20cl%C3%ADnicos.pdf>. (Consultado julio 2014).
17. Organización Mundial de la Salud. Alianza para la seguridad del paciente. Resolución WHA55.18 55 Asamblea Mundial. Ginebra: Mayo 2002.

18. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. (Consultado en julio de 2014)
19. Revista América Economía. Ranking mejores hospitales y clínicas de América Latina. Disponible en: <http://rankings.americaeconomia.com/mejores-clinicas-hospitales-2013/wp-content/uploads/2013/12/ranking-hospitales-y-clinicas.jpg> (Consultado en julio 2014)
20. Rey Hoyos Mauricio. Sistema de análisis de eventos adversos. Observación Inédita, Bogotá, 2008.

## ANEXOS

### Anexo A. Algunas Instituciones de salud exitosas en Colombia cuyo principal componente es la seguridad de sus pacientes.

<b>ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CLINICAS EN COLOMBIA</b>	
<b>FUNDACION CARDIO- VASCULAR</b>	<i>En los años 2000 y 2001 la FCV realiza un estudio acerca de eventos adversos iniciando un programa de incidente-accidente, donde se tuvo en cuenta aspectos claves como la búsqueda bibliográfica, elaboración de instructivos, elaboración de registros, sensibilización y capacitaciones.</i>
<b>CENTRO MEDICO IMBANACO</b>	<i>Definieron una política de seguridad del paciente enfocada a la cultura de seguridad institucional y para su cumplimiento implementando las siguientes acciones: Rondas de seguridad y seguimiento, investigación e implementación de prácticas seguras, estandarización de guías de atención, auditoría de los resultados adversos (complicaciones, mortalidad, eventos adversos). De igual manera implementan un sistema de reporte de evento adverso donde se incluyen análisis sistemáticos por el ciclo PHVA y seguimiento a las acciones. Además mensualmente realizaban boletines informativos, incentivos al reporte y capacitaciones sobre seguridad del paciente, tips de seguridad, listas de verificación, sistema informático para el reporte de los eventos adversos, y publicaciones estadísticas.</i>
<b>HOSPITAL PABLO TOBON URIBE</b>	<p><i>Desde 1997 inició la filosofía institucional sobre la seguridad del paciente, motivando el reporte de los eventos adversos con el ánimo de mejorar. Desde 1997 inició la filosofía institucional sobre la seguridad del paciente, motivando el reporte de los eventos adversos con el ánimo de mejorar, teniendo en cuenta que eran de carácter no punitivo, y sin señalar al personal.</i></p> <p><i>Crearon un formato de reporte, con base de datos en Epiinfo, donde se identificaban las causas de los eventos adversos, siendo las principales aquellas relacionadas con caídas y medicamentos, las cuales eran analizadas para definir acciones correctivas, presentando informes mensuales.</i></p> <p><i>Realizaban un análisis individual de los eventos adversos y para hacer conscientes a las personas responsables del paciente los hacían participes en la solución, participaban en su análisis: el jefe de sección, el jefe de departamento y el jefe de división, para establecer acciones de mejora.</i></p> <p><i>En el año 2004 se adaptó el formato de reporte con base en la propuesta del Ministerio de Protección Social.</i></p> <p><i>De igual manera identificaron sus puntos críticos y establecieron dentro de su programa de seguridad seis estrategias encaminadas a velar por la seguridad de los pacientes:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Desarrollo de grupos de respuesta rápida.</i></li> <li><i>2. Evitar muertes por IAM.</i></li> <li><i>3. Prevención de eventos adversos por medicamentos.</i></li> <li><i>4. Prevención de infecciones en sitio quirúrgico.</i></li> <li><i>5. Prevención de neumonía asociada al ventilador.</i></li> <li><i>6. Prevención de infecciones de línea central.</i></li> </ol>
<b>FUNDACIÓN VALLE DE LILI</b>	<i>A través de su portal en internet dan a conocer la metodología que implementaron y que actualmente aplican para fortalecer las prácticas seguras. Estas son: Política institucional de seguridad del paciente en la Fundación Valle de Lili: Considera la seguridad del paciente como uno de sus valores y la más relevante dimensión de calidad. Desarrolla acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención médico-asistencial. Oficina de seguridad del paciente: La cual se encuentra bajo la responsabilidad de la gestión clínica. Comité de seguridad del paciente: Con la participación de personal médico y asistencial de diferentes áreas de la fundación. Promoción de la cultura de seguridad: Representada por la participación de todas las áreas en la implementación, despliegue, difusión y réplica de metodologías que aporten a la seguridad del paciente. Esta cultura es difundida permanentemente y se fortalece promoviendo los proyectos y las mejoras. Sistema efectivo de identificación y gestión de eventos adversos: Mediante la aplicación del auto reporte y el análisis con el protocolo de Londres. Seguimiento, medición y evaluación de la frecuencia de los eventos adversos: Mediante la aplicación de la metodología de IBEAS y el seguimiento por indicadores de seguridad. Referenciación: Entre diferentes instituciones de salud de igual complejidad que permita analizar información y tomar acciones de mejora.</i>

## Anexo B. Encuesta



### EVALUACION DE CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PERSONAL ASSALUD IPS

Sede IPS: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Tiempo laborado: \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_ Médico Especialista \_\_\_ Enfermera Jefe \_\_\_ Aux. Enfermería \_\_\_ Bacterióloga \_\_\_  
Aux. laboratorio \_\_\_ psicólogo \_\_\_ Nutricionista \_\_\_ Serv. Generales \_\_\_ odontólogo \_\_\_  
Regente Farmacia \_\_\_ aux. farmacia \_\_\_

**1. ¿Qué entiende por “seguridad del paciente”?**

---

---

**2. ¿La IPS ASSALUD tiene constituida la política de seguridad del paciente?**

- a. Si
- b. No
- c. No lo conoce

**3. En las siguientes situaciones, que se podría considerar evento adverso? (múltiple respuesta)**

- Muestras hemolizadas
- Entrega equivocada de medicamentos
- Caída de paciente
- Desmayos
- Sangrado posterior a procedimiento odontológico

**4. Cuando se presenta alguna falla en la atención u ocurre un evento adverso, se realiza algún tipo de reporte?**

- a. Si
- b. No
- c. La mayoría de veces
- d. Siempre

**5. por qué cree usted que sea frecuente los errores que involucran la seguridad del paciente?**

- a. Por falta de conocimientos y habilidades
- b. Por descuido
- c. Por comunicación insuficiente
- d. Sobrecarga de trabajo y cansancio
- e. Otra

6. En el área que usted se desempeña, se presentan problemas relacionados con “la seguridad del paciente”?
- a. Nunca
  - b. Rara vez
  - c. Algunas veces
  - d. Siempre
7. En la IPS Assalud existe comité de seguridad del paciente?
- a. Si
  - b. No
  - c. No lo conoce
8. Se les ha capacitado recientemente en temas de seguridad del paciente?
- a. Si
  - b. No
9. Existe un comité de farmacia y terapéutica?
- a. Si
  - b. No
10. En que temas hace énfasis el comité de farmacia y terapéutica frente a posibles eventos adversos?
- 
- 
11. Cuando ocurren eventos o incidentes, se reúnen a hacer algún tipo de análisis?
- a. Si
  - b. No
12. Ha recibido algún tipo de auditoría por parte de la empresa en su sitio de trabajo?
- a. Nunca
  - b. Frecuentemente
  - c. Siempre

*Muchas gracias por su colaboración!*

## Anexo C. Formato de Eventos Adversos Assalud IPS Pamplona



### FORMATO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

VERSIÓN: 1

Fecha: \_\_\_\_\_

Consecutivo: \_\_\_\_\_

<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE:</b>	
Nombre del paciente: _____	Nro. de H.C.: _____
Edad: _____ Sexo: _____	Estado civil: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____
Teléfono: _____	EPS: _____

<b>TIPO DE INCIDENTE:</b>
<input type="checkbox"/> Caída intra institucional <input type="checkbox"/> Pérdida, confusión o daño de muestras de laboratorio <input type="checkbox"/> Entrega equivocada/ No entrega de resultado de laboratorio <input type="checkbox"/> Accidente riesgo biológico <input type="checkbox"/> Inadecuada formulación al usuario <input type="checkbox"/> Entrega errónea de medicamento <input type="checkbox"/> Entrega errónea de documentación al usuario <input type="checkbox"/> Comunicación errada al usuario <input type="checkbox"/> Otro Cuál: _____

<b>TIPO DE EVENTO ADVERSO:</b>
<input type="checkbox"/> Error de diagnóstico <input type="checkbox"/> Muerte o descompensación del paciente <input type="checkbox"/> Fractura por caída <input type="checkbox"/> Hematoma por punción <input type="checkbox"/> Infección o enfermedad por riesgo biológico <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Otro Cuál: _____

BREVE DESCRIPCION DEL EVENTO	POSIBLES CAUSAS DEL EVENTO
<b>ACCIONES INMEDIATAS (Describir las acciones que se tomaron una vez se presentó el evento)</b>	

Nombre y firma de quien reporta el evento: \_\_\_\_\_

APROBÓ: \_\_\_\_\_

REVISÓ: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



## FORMATO REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

CÓDIGO:

VERSIÓN: 1

### ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE CALIDAD

#### ANÁLISIS REALIZADO POR:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA

#### DESCRIPCION DE LA SITUACION:

#### ANÁLISIS DE CAUSAS (Origen del Problema)

#### ACCIÓN PROPUESTA (Para eliminar la causa)

ACTIVIDAD	FECHA PROPUESTA	RESPONSABLE

#### SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN

SEGUIMIENTO	FECHA DE SEGUIMIENTO	RESPONSABLE

#### EVALUACIÓN DE EFICACIA (Registro de resultados obtenidos con la acción aplicada)

APROBÓ:

REVISÓ:

FECHA:

## **Anexo D. Resolución No. 009 de 2014 por la cual se establece la Política de Seguridad del paciente en ASSALUD.**

RESOLUCIÓN 009 DE 2014  
(Enero 13 de 2014)  
Por la cual se establece la Política de Seguridad del Paciente



ASOCIACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS DE SALUD ASSALUD

### **POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

RESOLUCIÓN No. 009 DE 2014

Por la cual se dictan normas y se establece la política de seguridad del paciente.

La Gerente Nacional de  
ASSALUD  
En uso de sus facultades y,

Atribuciones legales y en especial de las conferidas por la normatividad vigente.

#### **CONSIDERANDO QUE:**

1. El artículo 49 de la Constitución Nacional establece la salud como un servicio público a cargo del Estado y en desarrollo del mismo, el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993, a través de la cual crea el Sistema de Seguridad Social Integral.
2. La Ley 100 de 1993, en su artículo 153, numeral 9, indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención, oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.
3. Mediante decreto 2309 de 2002, se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
4. El Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
5. La resolución 1446 de 2006, establece a nivel del sistema de información de monitoria interna el seguimiento de los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
6. Mediante resolución 1474 del 2002, se define las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema único de Acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud.

7. La resolución 1445 de 2006, establece los estándares de Acreditación dirigidos hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos.

8. Mediante resolución N° 009, Assalud IPS implementa la política de la seguridad del paciente y eventos adversos coordinados por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Sistema de Gestión de Calidad.

9. ASSALUD debe dar cumplimiento a la POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, tomando como referencia los Lineamientos para su implementación establecidos el 11 de Junio de 2008 por el Ministerio de la Protección Social, donde se establece como propósito principal instaurar una atención segura.

10. La resolución 1441 de mayo del 2013, define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios.

#### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Dictar las siguientes normas, en cuanto a la política de seguridad del paciente para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

**ARTICULO SEGUNDO:** Asumir la seguridad del paciente y eventos adversos como componente esencial de la plataforma estratégica para garantizar el cumplimiento de la misión y adoptar las estrategias y acciones necesarias en cada una de las sedes para reducir al máximo la ocurrencia de eventos adversos mediante el control y mitigación de los riesgos propios de la atención en salud.

ASSALUD IPS propende por la consolidación de un entorno seguro para los pacientes, donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del control del proceso de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la fijación de una cultura institucional proactiva de prevención y reporte de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje organizacional.

**ARTÍCULO TERCERO:** Disponer por escrito de una política de seguridad del paciente con enfoque en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, orientada a la seguridad del paciente, con resultados tangibles y medibles, mostrando un alto impacto en la prestación de servicios de salud con calidad.

- La política debe describir las normas a seguir para la su implementación.
- Conformar el Comité Institucional COSP o Comité de Seguridad del Paciente quien asumirá las funciones de vigilancia y seguimiento a Eventos Adversos e incidentes.
- Realizar acto administrativo (resolución de conformación del comité y constitución de la política).
- Socializar e involucrar a todo el personal administrativo, asistencial y de servicios generales sobre la política de la Institución relacionada con la Seguridad del paciente.
- Hacer inducción a todo el personal nuevo que llegue a la Institución sobre la política de seguridad del paciente de manera que se integre al proceso, lo asuma y facilite.

RESOLUCIÓN 009 DE 2014  
(Enero 13 de 2014)

Por la cual se establece la Política de Seguridad del Paciente

- Incluir en el Plan de Desarrollo Institucional la implementación de la estrategia de seguridad del paciente para que se constituya como una de las principales estrategias para fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

**ARTICULO CUARTO:** ASSALUD asegurará esfuerzos para identificar constantemente las situaciones de riesgo en la atención, fomentando en el personal asistencial la cultura del reporte de todos los eventos, incidentes y complicaciones.

- Educar a los pacientes en su autocuidado.
- Educar a los funcionarios de las diferentes sedes tanto asistenciales como administrativos en la importancia de trabajar articuladamente en la seguridad del paciente, difundiendo programas educativos en seguridad y prevención para el paciente y su familia.
- Crear una cultura organizacional de seguridad del paciente implementando la vigilancia y seguimiento a Eventos Adversos e incidentes y así reducir los costos de la no calidad secundarios a la ocurrencia de un evento adverso.

**ARTICULO QUINTO:** Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención de acuerdo con lo normado en el decreto 1011 de 2006 y resolución 1043 de 2006, 1441 de 2013 y 2003 de 2014, y otras disposiciones que la modifiquen o complementen.

**ARTÍCULO SEXTO:** Establecer estrategias institucionales y mecanismos de seguimiento a indicadores del componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.


**ARTICULO SEPTIMO:** Integración de servicios  
Fijar la resolución en sitio visible de cada una de las áreas de la IPS, con objeto de favorecer la puesta en marcha de la estrategia en la seguridad del paciente.

**ARTICULO OCTAVO:** La presente resolución rige a partir de su fecha de expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Dada en Bucaramanga los trece (13) días del mes de enero de 2014.

*Original firmado por*  
**FANY JAIMES MONSALVE**  
Gerente General  
ASSALUD

## Anexo E. Formato de reporte y análisis de eventos adversos propuesto para ASSALUD IPS.

		<b>FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS ASSALUD IPS</b>			
<b>I. Reporte del Evento</b>					
IPS		Ciudad		Servicio	
Profesional		Cargo		Identificación	
Código Del Diagnóstico		Fecha Del Reporte		Fecha Del Evento	
		Día      Mes      Año		Día      Mes      Año <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
Nombre del Usuario			Apellidos		
# Identificación		Tipo de documento			
		<input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NIJUP <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> PA			
Edad	Sexo	Embarazada	Diagnóstico de base:		
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diagnóstico del Evento:		
<b>El evento se relaciona:</b>		<b>Servicio</b>			
<input type="checkbox"/> 1. CON LOS QUJADOS <input type="checkbox"/> 2. CON UN PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> 3. CON EL DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> 4. CON LA MEDICACION <input type="checkbox"/> 5. CON LA FORMULACION <input type="checkbox"/> 6. CON DISPOSITIVO MEDICO <input type="checkbox"/> 7. OTRO		<input type="checkbox"/> 1. CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> 2. ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> 3. TOMA DE MUESTRAS <input type="checkbox"/> 4. FARMACIA <input type="checkbox"/> 5. ÁREA ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> 6. PROGRAMAS DE P y P <input type="checkbox"/> 7. ODONTOLOGIA <input type="checkbox"/> 8. OTROS			
<b>Tipo de falla latente o riesgo: señale las que correspondan</b>					
<input type="checkbox"/> 1. ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 2. ERROR EN LA ASIGNACIÓN DE LA CITA <input type="checkbox"/> 3. ERROR DIAGNÓSTICO Y/O PLAN TERAPÉUTICO <input type="checkbox"/> 4. ERROR EN EL REPORTE DE EXÁMENES DE LABORATORIO		<input type="checkbox"/> 5. ERROR EN LA TOMA DE DE MUESTRAS <input type="checkbox"/> 6. ERROR EN LA REMISIÓN <input type="checkbox"/> 7. CAÍDA <input type="checkbox"/> 8. ERROR EN ENTREGA DE FORMULA MEDICA		<input type="checkbox"/> 9. DEMORA EN LA ATENCIÓN <input type="checkbox"/> 10. PROBLEMA RELACIONADO CON MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> 11. OTROS	
<b>Descripción del suceso</b>					
<b>Condición posterior al evento</b>					
<input type="checkbox"/> 1. SIN DAÑO PERMANENTE AL PACIENTE		<input type="checkbox"/> 2. DAÑO PERMANENTE AL PACIENTE		<input type="checkbox"/> 3. MUERTE	
<b>En caso de ser un evento relacionado con MEDICAMENTO, indique</b>					
<input type="checkbox"/> RED PROPIA <input type="checkbox"/> RED EXTERNA <input type="checkbox"/> AUTOMEDICADO					
Principio Activo	Marca	Forma Farmacéutica	Concentración	Dosis y Frecuencia	Numero de Lote
<b>En Caso de ser un Evento relacionado con DISPOSITIVO MÉDICO, indique</b>					
<input type="checkbox"/> REUTILIZADO <input type="checkbox"/> NUEVO					
Fabricante	Distribuidor	Área de funcionamiento	Versión Software	Detalle	
<b>Examen físico posterior al Evento (mencione los hallazgos mas importantes)</b>					
<b>Se tomó alguna medida en el momento en que se presentó el caso (describala)</b>					



## FORMATO DE ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS ASSALUD IPS

### II. Análisis del Evento


Código del Diagnóstico	Fecha Reporte			Fecha Evento			ID del usuario
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Acciones Inseguras				Barreras y Defensas de Seguridad			
				Administrativas:			
				Humanas:			
				Naturales:			
				Otras:			
Factores Contributivos							
Tarea y Tecnología	Equipo Asistencial						EVENTO ADVERSO (descripción)
	Individuo			Colectivo			
Paciente	Medio Ambiente			Organizacionales			
Defina el Plan de Acción para las causas encontradas							
Causas identificadas	Qué Hacer	Quién	Cómo	Cuándo			
<input type="checkbox"/> PREVENIBLE <input type="checkbox"/> NO PREVENIBLE <input type="checkbox"/> INCIDENTE <input type="checkbox"/> NO CLASIFICADO							
Integrantes del Comité responsables de análisis del caso							

## Anexo F. Cronograma de medición indicadores a vigilar ASSALUD IPS.

REPORTE MENSUAL DE INDICADORES																											
DEPARTAMENTO					MUNICIPIO										CODIGO PRESTADOR												
MES	1. R.A.A.			2. F.T.F.			3. E.A.M.			4. T.C.T.M.			5. F.P.N.A.			6. E.A.D.M.			8. C.A.			9. D.M.V/A.			10. EV.AD.		
	Num	Den	Res	Num	Den	Res	Num	Den	Res	Num	Den	Res	Num	Den	Res	Num	Den	Res	Num	Den	Res	Num	Den	Res	Num	Den	Res
ENERO																											
FEBRERO																											
MARZO																											
ABRIL																											
MAYO																											
JUNIO																											
JULIO																											
FICHA TÉCNICA REPORTE SEMESTRAL																											
CODIGO	NOMBRE										DEFINICION OPERACIONAL																
1. R.A.A.	Numero de reacciones alergicas a antibioticos										Numero total de reacciones alergicas a antibioticos detectados y gestionados Numero total de reacciones alergicas a antibioticos detectados																
2. F.T.F.	Numero de fallas terapeuticas de la farmacoterapia										Numero de fallas terapeuticas de la farmacoterapia detectadas y gestionadas Numero de fallas terapeuticas de la farmacoterapia detectadas																
3. E.A.M.	Numero de eventos adversos a medicamentos										Numero de eventos adversos a medicamentos detectados y gestionados Numero de eventos adversos a medicamentos detectados																
4. T.C.T.M.	Tasa de complicaciones terapeuticas medicamentosas										Numero de complicaciones terapeuticas medicamentosas detectadas y gestionadas Numero de complicaciones terapeuticas medicamentosas detectadas														100		
5. F.P.N.A.	Formulacion por profesional no autorizado										Numero de Formulas por profesional no autorizado detectadas, rechazadas y gestionadas Numero total de Formulacion por profesional no autorizado detectadas																
6. E.A.D.M.	Numero de efectos adversos asociados al uso de dispositivos médicos										Numero de efectos adversos asociados al uso de dispositivos médicos detectados y gestionados Numero de efectos adversos asociados al uso de dispositivos médicos detectados																
7. F.D.D.M.	Porcentaje de funcionamiento defectuoso de dispositivos médicos										Numero de dispositivos médicos defectuosos detectados, gestionados y rechazados Numero de dispositivos médicos defectuosos detectados														100		
8. C.A.	Numero de complicaciones anestesicas										Numero de complicaciones anestesicas detectadas y gestionadas Numero de complicaciones anestesicas detectadas																
9. D.M.V/A.	Dispensación de medicamentos vencidos y/o averiados										Numero de medicamentos dispensados vencidos y/o averiados devueltos y reportados Numero de medicamentos dispensados vencidos y/o averiados devueltos por el usuario																
10. I.3.3.0	Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos										Número total de Eventos Adversos detectados y gestionados Número total de Eventos Adversos detectados														100		

## Anexo G. Lista de chequeo Procesos Prioritarios Res. 2003 de 2014

Lista de chequeo Estándares y Criterios en Seguridad del Paciente de acuerdo con la Resolución 2003 De Mayo 30 De 2014.

	<b>LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	
	<b>CÓDIGO:</b> F – IPS - 005	<b>VERSIÓN:</b> 0

FECHA: \_\_\_\_\_ SEDE: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ AUDITOR: \_\_\_\_\_

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
<b>Procesos Prioritarios</b>	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.			
	Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:			
	a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.			
	b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.			
	c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que			

	<p>incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.</p>			
	<p>d. Procesos Seguros:</p> <p>Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p> <p>Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.</p> <p>Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.</p> <p>Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.</p> <p>La institución 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.</p> <p>Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.</p> <p>Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.</p> <p>Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.</p> <p>La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.</p> <p>Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.</p> <p>Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.</p> <p>Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.</p>			
	<p>Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y</p>			

	<p>divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.</li> <li>2. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.</li> </ol> <p>Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.</p> <p>La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.</p> <p>Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.</p>			
	<p>En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antes del contacto directo con el paciente.</li> <li>2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.</li> <li>3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.</li> <li>4. Después de contacto con el paciente.</li> <li>5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).</li> </ol> <p>La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.</li> <li>2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales.</li> <li>3. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.</li> <li>4. Uso y reúso de dispositivos médicos.</li> <li>5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.</li> <li>6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.</li> </ol> <p>Cuenta con protocolo de:</p>			

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limpieza y desinfección de áreas.</li> <li>2. Superficies.</li> <li>3. Manejo de ropa hospitalaria.</li> <li>4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.</li> </ol> <p>Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>			
	<p>Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usuario correcto.</li> <li>2. Medicamento correcto.</li> <li>3. Dosis correcta.</li> <li>4. Hora correcta.</li> <li>5. Vía correcta.</li> </ol> <p>Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.</p>			
	<p>El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.</p> <p>El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.</p>			
	<p>El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.</p>			

## Anexo H. Listas de chequeo por servicios

	<b>LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	
	<b>CÓDIGO:</b> F – IPS - 005	<b>VERSIÓN:</b> 0

FECHA: \_\_\_\_\_

SEDE IPS: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

AUDITOR: \_\_\_\_\_

ITEM	CONSULTA EXTERNA	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Cuenta con profesional de la salud de acuerdo con los servicios que se oferten con certificación de formación para el manejo de enfermedades de interés en salud pública.				
2	Identificación al ingreso del paciente y verificación en la base de datos.				
3	el usuario conoce la información de derechos y deberes.				
4	La historia clínica posee antecedentes clínicos.				
5	La accesibilidad del paciente por áreas de circulación es segura (pisos secos ,baldosas fijas y no cables)				
6	La fórmula médica posee la cantidad y la posología correcta.				
7	Se cuenta con un proceso donde se evalué y garantice la adquisición, almacenamiento y distribución de los insumos y dispositivos médicos.				
8	Las camillas se encuentran en buen estado.				
9	El equipo de salud encargado de la atención cumple con las normas de asepsia (lavado de manos) y de bioseguridad.				
10	El médico tratante explica al usuario y a su familia el tratamiento				

**LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: F – IPS - 005

VERSIÓN: 0

FECHA: \_\_\_\_\_

SEDE IPS: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

AUDITOR: \_\_\_\_\_

ITEM	ODONTOLOGIA GENERAL	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Todos los usuarios tienen historia clínica completa y bien diligenciada.				
2	La unidad Odontología se encuentra en buen estado				
3	El personal es idóneo y cuenta con el entrenamiento y conocimiento de las guías existentes				
4	El odontólogo tratante da las recomendaciones al usuario sobre el cuidado después del procedimiento.				
5	Las instalaciones eléctricas y de agua se encuentran en buen estado.				
6	La limpieza de pieza de mano y unidad odontología se realiza adecuadamente.				
7	Dispone de máscaras faciales o gafas protectoras.				
8	El odontólogo usa guantes en la atención al paciente.				
9	Realiza un correcto lavado de manos antes de la atención al paciente				

**LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: F – IPS - 005

VERSIÓN: 0

FECHA: \_\_\_\_\_

SEDE IPS: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

AUDITOR: \_\_\_\_\_

ITEM	SERVICIO FARMACEUTICO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	El almacenamiento de los medicamentos es adecuado				
2	Los profesionales implicados en el uso de los medicamentos siguen protocolos establecidos según la normatividad vigente.				
3	La institución cumple con los lineamientos de seguridad en el proceso de adquisición, distribución de medicamentos y dispositivos médicos.				
4	La fórmula médica posee la cantidad y la posología correcta.				
5	Cuenta con un programa de educación continua a la comunidad con el objeto de darle un uso adecuado a los medicamentos vencidos para su desecho.				
6	El equipo de salud cumple con las normas de asepsia (lavado de manos) y de bioseguridad.				
7	Se informa y da recomendaciones al paciente sobre la forma correcta de tomarse los medicamentos al momento de dispensárselos.				

**LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

CÓDIGO: F – IPS - 005

VERSIÓN: 0

FECHA: \_\_\_\_\_

SEDE IPS: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

AUDITOR: \_\_\_\_\_

ITEM	LABORATORIO CLINICO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Se identifican correctamente las muestras mínimo con los siguientes datos: nombre completo, N° de identificación, edad, N° de consecutivo interno según la muestra tomada.				
2	Las sillas del área de toma de muestras tienen espaldar y brazos para el apoyo de las manos, cómodas y ergonómicas.				
3	Explica claramente al paciente las condiciones previas a la recolección y toma de la muestra.				
4	Evita dejar el torniquete por tiempo prolongado.				
5	Entrega oportunamente los resultados según los tiempos establecidos.				
6	Se cuenta con los insumos necesarios para la prestación de los servicios.				
7	El equipo de salud encargado del usuario cumple con las normas de asepsia (lavado de manos) y de bioseguridad.				
8	El personal encargado de la toma y procesamiento de muestras usa guantes en la atención al paciente.				