

	<b>MANUAL DE MEDICINA</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD AL PACIENTE</b>			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: P-CE-M-03	Página: - 1 - de 11	Versión: 01

## SEGURIDAD AL PACIENTE

### 1. IDENTIFICACION

**Unidad Funcional**

Todas las áreas asistenciales.

**Área**

Asistencial

**Objetivo**

- Brindar servicios de salud con altos estándares de Seguridad
- Identificar los riesgos y eventos adversos, gestionarlos y generar estrategias de mejoramiento de procesos de atención por los diferentes servicios.
- Generar información y análisis útiles para la institución.
- Fomentar la cultura de Seguridad del Paciente, incluyendo el **REPORTE** de los eventos adversos.
- Implementar estrategias para la prevención del riesgo en la prestación de los servicios de salud

**Alcance**

**Desde:** La identificación de los riesgos y/o la captación de los eventos adversos

**Hasta:** El seguimiento a los planes de mejoramiento generados por los análisis y su respectivo cierre de ciclo.

### 2. RESPONSABLE

Todo el personal asistencial liderado por el medico.

### 3. REFERENTE TEORICO Y DEFINICIONES

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia 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.

**ATENCION SEGURA:** Intervención asistencial que incorpora la mejor evidencia disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de eliminar lesiones accidentales.

**ACCION INSEGURA:** Conducta que ocurre durante un proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de alguno de los miembros del equipo. Las acciones inseguras tienen dos características esenciales: La atención se aparta de los límites de una práctica segura. La desviación tiene el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

	<b>MANUAL DE MEDICINA</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD AL PACIENTE</b>			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: P-CE-M-03	Página: - 2 - de 11	Versión: 01

**RIESGO:** Probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**ERROR:** Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado (error de planeación) o falla en completar una acción como estaba planeada (error de ejecución). Tanto los errores de planeación como los de ejecución pueden ser causados por acción u omisión. Error por acción es el resultado de "hacer lo que no debía de hacerse"; mientras que el error por omisión es el causado por no "hacer lo que se debía hacer".

**CASI EVENTO ADVERSO:** Situación en la que la intervención asistencial se ejecuta por error, por acción o por omisión, pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta evento adverso.

**EVENTO ADVERSO:** Resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

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

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

**EVENTO CENTINELA:** 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 o un cambio en el estilo de vida.

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

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

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

#### 4. REFERENCIA NORMATIVA

**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

**MANUAL DE MEDICINA****PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD AL PACIENTE**Levantamiento:  
Agosto de 2010Aprobación:  
Octubre de  
2010Código:  
P-CE-M-03Página:  
- 3 - de 11Versión:  
01

**Resolución 1043 de 2006** Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

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

**5. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES**

No	Quién	Qué debe hacer y cómo	Cuándo	Documento
1	COVE	Define las actividades a seguir para la identificación y manejo de los eventos relacionados con la seguridad del paciente.	Cada vez que se requiera	Procedimiento y Guía
2	Personal asistencial	Identifica riesgo o evento de interés según guía, y aplica el procedimiento de respuesta inmediata al evento adverso	Permanente	Historia Clínica
3	Médico	Diligencia ficha de notificación de evento adverso y entrega a la enfermera jefe.	Al concluir la respuesta inmediata	Formato de evento adverso
4	Enfermera Jefe	Recibe los formatos, verifica su adecuado diligenciamiento.	Al recibir los formatos diligenciados	Formato de evento adverso
5	Enfermera Jefe	informa y registra en el formato de seguimiento a evento adverso	Diariamente según incidencia	Base de datos
6	Personal asistencial	Realiza búsqueda activa en los servicios.	En la mañana de Lunes	Formato de evento adverso

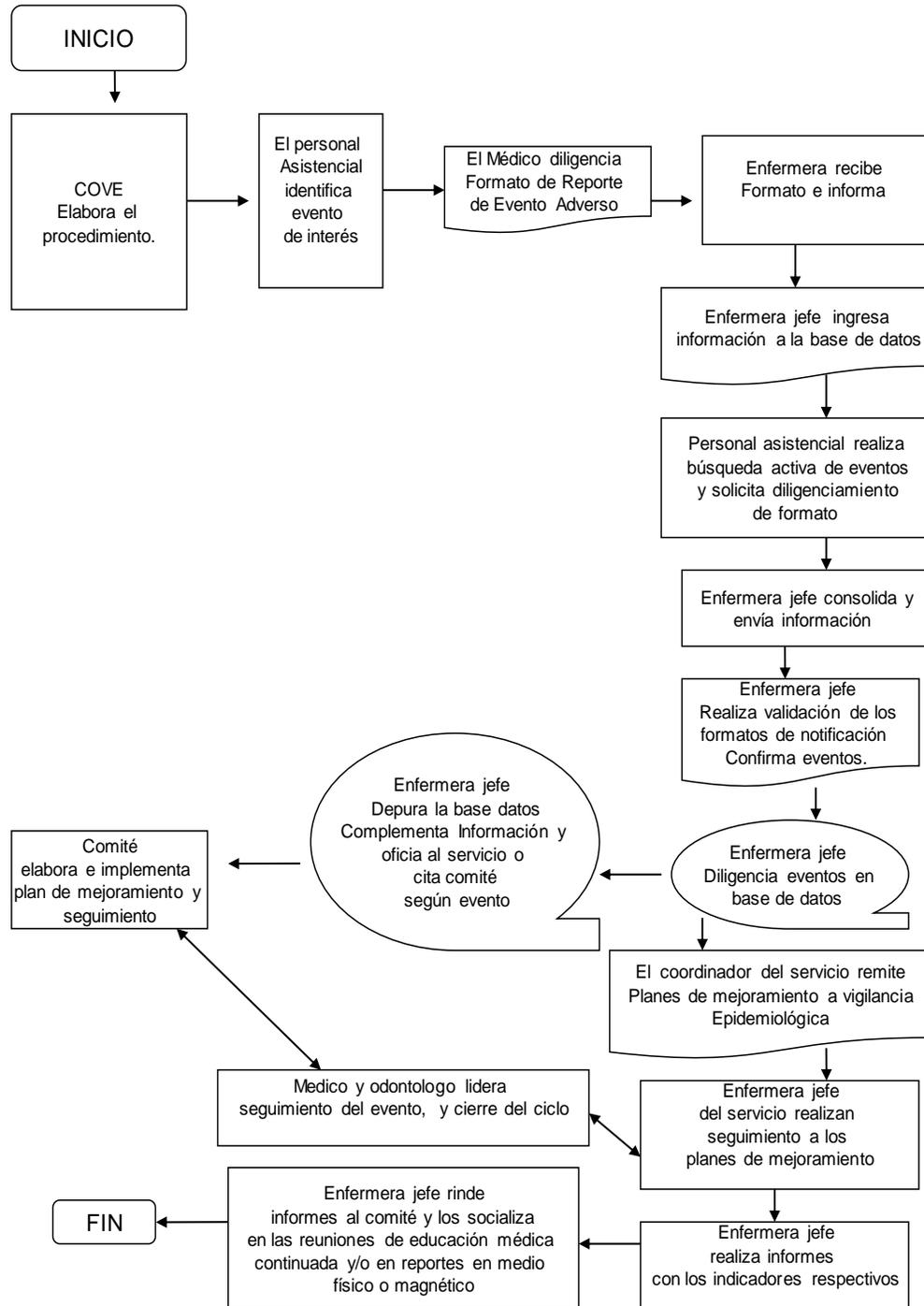
**MANUAL DE MEDICINA****PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD AL PACIENTE**Levantamiento:  
Agosto de 2010Aprobación:  
Octubre de  
2010Código:  
P-CE-M-03Página:  
- 4 - de 11Versión:  
01

7	Enfermera Jefe	Realiza validación de los formatos confirmando los eventos y tipificándolos,	Diariamente	Formato de Evento adverso y base de datos
8	Enfermera Jefe	Lleva el informe mensual de eventos adversos al comité de seguridad al paciente	Mensual	Acta de Comité
9	Enfermera Jefe	Depura la base de datos, complementa la información y homologa el lenguaje. Define y cita el grupo de análisis de caso.	Semanalmente	Base de datos, oficio de citación
10	COVE	Elabora plan de mejoramiento y seguimiento	Hasta una semana después de notificado el evento. Inmediatamente en eventos centinela	Plan de mejoramiento Acta de Comité
11	Medico y odontólogo	Lidera seguimiento del evento, y cierre del ciclo	Según plan de mejoramiento	Plan de Mejoramiento
12	Enfermera Jefe	Elabora informe de características definidas sobre seguridad del paciente, calculando los indicadores respectivos.	Mensualmente	Informe
13	Enfermera Jefe	Socializa los informes entregando en físico el documento y elaborando presentación para las reuniones de educación médica continua, y/ o comité de seguridad al paciente.	Mensualmente	Acta de Comité

**6. DOCUMENTOS ANEXOS**

Listado de eventos adversos  
 Formato de Reporte evento adverso.  
 Base de datos seguimiento evento adverso  
 Política de Seguridad al paciente  
 Guía de reacción inmediata  
 Ficha de indicadores de notificación obligatoria

**7. FLUJOGRAMA**



	<b>MANUAL DE MEDICINA</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD AL PACIENTE</b>			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: P-CE-M-03	Página: - 6 - de 11	Versión: 01

## 8. POLITICA SEGURIDAD AL PACIENTE

### POR MEDIO DE LA CUAL SE DEFINE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA ESE CENTRO DE SALUD DE JENESANO

Para La ESE CENTRO DE SALUD DE JENESANO la Seguridad del Paciente es un principio fundamental del proceso de atención en Salud con calidad y por ello promueve la cultura de Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta la idoneidad del Recurso Humano, la calidad de los Procesos y el trabajo en equipo. Disminuyendo la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente y mitigando la aparición de Eventos Adversos al minimizar los riesgos y constituirse en una IPS altamente competitivo a nivel Departamental y Nacional.

#### OBJETIVO GENERAL

Disminuir la presencia de lesiones y accidentes al minimizar los riesgos de ocurrencia de los eventos adversos durante el proceso de atención en salud y mitigar sus consecuencias, mediante la elaboración y seguimiento de planes de mejoramiento que nos permitan actuar en la búsqueda de la seguridad del paciente y de la satisfacción plena de él y de su familia.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fomentar la calidad en la prestación de los servicios de salud en la Institución y convertirla en una política que genere Cultura de Seguridad del Paciente.
2. Concientizar los pacientes, familiares y funcionarios sobre seguridad al paciente que permita identificar rápidamente las conductas y situaciones en donde se generan riesgos y por lo tanto, abordarlas con medidas preventivas y correctivas.
3. Identificar los riesgos, sus causas y como mitigarlos a través de las rondas de seguridad establecidas.
4. Generar conciencia de las causales de riesgos, que la mayoría de casos no son fortuitos, arbitrarios, ni debidos a la mala suerte, sino que surgen de situaciones y conductas observables que se pueden evitar contribuyendo así a la seguridad del paciente.

#### PROPOSITO

Con la Política de Seguridad de la ESE CENTRO DE SALUD DE JENESANO, pretende lograr la generación de herramientas que nos permitan planear, ejecutar, evaluar y monitorear métodos seguros en el proceso organizacional de mejoramiento continuo y establecer una Atención en Salud Segura, que disminuya los riesgos inherentes a la prestación del Servicio de Salud.

La enfermera juega un papel muy importante en este proceso que busca mejorar la prestación del servicio de salud, mediante la implementación de estándares de seguridad que lleven a la satisfacción de nuestros clientes y al reconocimiento de la Institución como una IPS Seguro.

Es por esto que debemos comprometernos a adoptar medidas que permitan minimizar el riesgo de ocurrencia de los Eventos Adversos, capacitarnos permanentemente y adoptar conductas que no violen los derechos de los demás, así estamos propiciando una cultura organizacional que respalde

	<b>MANUAL DE MEDICINA</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD AL PACIENTE</b>			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: P-CE-M-03	Página: - 7 - de 11	Versión: 01

la seguridad del paciente, entendida como aquella que promueva y facilite la discusión de errores de manera que podamos aprender de ellos, facilitando el análisis de procesos, la corrección de las fallas del sistema, la comunicación asertiva y la construcción de una conciencia de seguridad del paciente.

### **INTRODUCCION**

El Gobierno Nacional, impulsa la Política de Seguridad del Paciente, cuyo objetivo se centra en prevenir la ocurrencia de eventos adversos que afecten la seguridad del paciente, reducir y en lo posible eliminar su ocurrencia, para lograr contar con Instituciones Seguras y competitivas internacionalmente.

El desarrollo de la medicina en Colombia ha sido significativo y conocido a nivel internacional, sin embargo este avance se puede acompañar de situaciones de riesgo adicional involuntario en la prestación de los servicios de salud.

Entre más complejo sea el sistema de prestación de los servicios de salud, más aumentan los riesgos de ocurrencia de los eventos adversos, si no se establecen medidas de control durante la atención en salud, que me garanticen un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del usuario.

Teniendo en cuenta la Política de Seguridad del Paciente a nivel nacional, se hace prioritario incursionar en este mundo y liderar metodologías de monitoreo continuo que permitan reducir los riesgos posibles para la ocurrencia de eventos adversos en nuestros usuarios durante su atención en salud.

En todo el mundo los sistemas de salud están reconociendo la necesidad de mejorar la calidad en la prestación de los servicios, por ello se ha tomado la decisión de adoptar guías y protocolos de acuerdo a lo observado en la evidencia clínica, prestando atención a la reducción de los errores médicos y tomando medidas para salvaguardar la seguridad del paciente lo cual nos lleve a la satisfacción del cliente como resultado.

Por lo anterior, la seguridad se convierte en un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la Gestión de la Calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que incluye seguridad del entorno, gestión del riesgo, lucha contra las infecciones intrahospitalarias, uso inocuo de los medicamentos, seguridad de los equipos, practicas clínicas seguras y entorno cuidadoso y sano.

Para ello es importante la participación de los diferentes actores involucrados en el Proceso de Atención de manera responsable y coordinada, mediante la identificación de los riesgos asociados a la Atención en Salud y la implementación constante de las Barreras de Seguridad necesarias.

### **PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLITICA**

Resulta importante establecer los principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

**1. Enfoque de Atención Centrado en el Usuario.** Lo importante es el usuario, los resultados obtenidos en él y su seguridad.



MANUAL DE MEDICINA				
PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD AL PACIENTE				
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: P-CE-M-03	Página: - 8 - de 11	Versión: 01

**2. Cultura de Seguridad.** Las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad.

**3. Integración con el Sistema Obligatorio de la 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 los componentes.

**4. Multicausalidad.** El problema de la Seguridad del Paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual se deben involucrar todos los actores de las diferentes áreas organizacionales.

**5. Validez.** Para que la política genere impacto, se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

**6. 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.

**7. Alianza con el Profesional de la Salud.** La política de Seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

### MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES BASICAS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

#### SEGURIDAD DEL PACIENTE

Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia 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.

#### ATENCION SEGURA

Intervención asistencial que incorpora la mejor evidencia disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de eliminar lesiones accidentales.

#### ACCION INSEGURA

Conducta que ocurre durante un proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de alguno de los miembros del equipo. Las acciones inseguras tienen dos características esenciales: La atención se aparta de los límites de una práctica segura. La desviación tiene el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

#### FACTOR CONTRIBUTIVO

Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura.  
Ejemplo: falta de protocolos, falta de conocimiento o de experiencia, deficiencias en la comunicación del equipo, sobrecarga laboral, personal insuficiente.

#### ATENCIÓN EN SALUD

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

	<b>MANUAL DE MEDICINA</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD AL PACIENTE</b>			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: P-CE-M-03	Página: - 9 - de 11	Versión: 01

### **INDICIO DE ATENCION INSEGURA**

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

### **FALLA EN LA ATENCION EN SALUD**

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

### **RIESGO**

Probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

### **ERROR**

Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado (error de planeación) o falla en completar una acción como estaba planeada (error de ejecución). Tanto los errores de planeación como los de ejecución pueden ser causados por acción u omisión. Error por acción es el resultado de "hacer lo que no debía de hacerse"; mientras que el error por omisión es el causado por no "hacer lo que se debía hacer".

### **CASI EVENTO ADVERSO**

Situación en la que la intervención asistencial se ejecuta por error, por acción o por omisión, pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad o de una intervención oportuna, no se presenta evento adverso.

### **EVENTO ADVERSO**

Resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE**

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

- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**

Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

### **MODO DE FALLO**

Evento circunstancial que puede fallar en un proceso de atención y que puede conducir a la presentación de un evento adverso.

### **EVENTO CENTINELA**

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 o un cambio en el estilo de vida.

### **INCIDENTE**

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

### **COMPLICACION**

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.

	<b>MANUAL DE MEDICINA</b>			
	<b>PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD AL PACIENTE</b>			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: P-CE-M-03	Página: - 10 - de 11	Versión: 01

## **VIOLACION DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCION EN SALUD**

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

## **CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en las creencias y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que pueda resultar de los procesos de atención en salud.

## **CULTURA JUSTA**

Ambiente en el que los errores no se personalizan, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable. Ambiente en el que quien reporta un incidente no es culpado ni castigado, por el contrario es recompensado.

## **BARRERA DE SEGURIDAD**

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

## **SISTEMA DE GESTION DEL EVENTO ADVERSO**

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

## **GESTION CLINICA**

Cuando al paciente se le realiza lo que debe de realizársele, bien hecho, de manera oportuna; sometiéndolo al menor riesgo posible y al menor costo posible o con los recursos disponibles.

## **ACCIONES DE REDUCCION DEL RIESGO**

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud, para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

## **EVIDENCIA CIENTIFICA**

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

## **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**

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

## **NIVEL DE EVIDENCIA**

Calificación de la evidencia que respalda una recomendación acorde con la calidad de la investigación de la cual proviene. A mejor calidad de la investigación más alta la calificación de la evidencia.



## MANUAL DE MEDICINA

### PROCEDIMIENTO: SEGURIDAD AL PACIENTE

Levantamiento:  
Agosto de 2010

Aprobación:  
Octubre de  
2010

Código:  
P-CE-M-03

Página:  
- 11 - de 11

Versión:  
01

### TRABAJO EN EQUIPO

Todo el grupo multidisciplinario con un mismo horizonte, la satisfacción del cliente y de su familia, por medio del trabajo coordinado y la realización de actividades para la atención en salud que busquen un resultado acorde con sus necesidades.

### CARACTERIZACION DEL PROBLEMA

#### MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

