

# EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIÉNAGA DE ORO, DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DE 2019

MARÍA JOSÉ DURANGO OLIVERO



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
BERASTEGUI - CÓRDOBA  
2019**

**EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LA ESE  
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIÉNAGA DE ORO, DURANTE EL CUARTO  
TRIMESTRE DE 2019**

**MARÍA JOSÉ DURANGO OLIVERO**

**Trabajo de Práctica Empresarial como opción de grado para optar el título de  
Administrador en salud**

**Director: Darío Alfonso Castillo Mendoza  
Odontólogo, especialista en implantología oral y gerencia administrativa en  
servicios de salud**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
BERASTEGUI - CÓRDOBA  
2019**

## CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	8
ABSTRACT .....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
1. OBJETIVOS .....	12
1.1.OBJETIVO GENERAL.....	12
1.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
2. RESEÑA HISTÓRICA .....	13
2.1.DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD FUNCIONAL (ÁREA DE CALIDAD).....	14
2.1.1. Organigrama .....	16
3. DIAGNÓSTICO .....	17
3.1.DOFA .....	17
3.2.CARACTERIZACIÓN DEL PROYECTO .....	19
4. MARCO REFERENCIAL .....	20
4.1.MARCO TEÓRICO.....	20
4.2.MARCO CONCEPTUAL.....	22
4.2.1. Evento adverso. ....	22
4.2.2. Evento adverso potencial. ....	23
4.2.3. Error sin daño.....	23
4.2.4. Error.....	23
4.2.5. Daño. ....	23
4.2.6. Grado de daño. ....	23
4.2.7. Seguridad del paciente.....	24
4.2.8. Cultura de seguridad y prácticas seguras.....	24
4.2.9. Mejora del sistema. ....	24
4.3.MARCO LEGAL.....	24
5. METODOLOGÍA.....	26
5.1.TIPO DE ESTUDIO.....	26
5.2. ESCENARIO DE ESTUDIO.....	26
5.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	26

5.4. PLAN DE ANÁLISIS .....	27
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	28
6.1. DISCUSIÓN .....	36
6.2. PROPUESTA PLAN DE MEJORA .....	37
7. CONCLUSIONES.....	38
8. RECOMENDACIONES.....	39
ANEXOS .....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

## LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1: Evaluación del componente que monitorea la existencia del Programa de Seguridad del Paciente en la ESE .....	28
Tabla 2: Evaluación a la Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. ....	30
Tabla 3: Evaluación al componente asociado a infecciones asociadas a la atención en salud.....	31
Tabla 4: Evaluación a la seguridad en la utilización de medicamentos. ....	32
Tabla 5: Evaluación de la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.....	33
Tabla 6: Evaluación de los procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.....	34
Tabla 7: Evaluación de la atención segura del binomio madre hijo. ....	35

## LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Porcentajes de cumplimiento con respecto a la existencia del Programa de Seguridad del Paciente en la ESE .....	29
Gráfico 2: porcentajes de cumplimiento de la monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. ....	30
Gráfico 3: porcentajes de cumplimiento al componente asociado a infecciones asociadas a la atención en salud. ....	31
Gráfico 4: Porcentajes de cumplimiento a la seguridad en la utilización de medicamentos. ....	32
Gráfico 5: Porcentajes de cumplimiento de la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales. ....	33
Gráfico 6: Porcentajes de cumplimiento de los procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. ....	34
Gráfico 7: Porcentajes de cumplimiento con respecto a la atención segura del binomio madre hijo. ....	35

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: Lista de chequeo aplicada.....	40
Anexo B: Cronograma de actividades.....	49

## RESUMEN

Mediante el presente documento se evidencia el proceso de práctica empresarial desarrollado en la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, la cual tuvo como objetivo Evaluar la política de Seguridad del Paciente en la entidad. Durante el tiempo en la institución se realizó un proceso de diagnóstico que permitió conocer la situación actual de la temática de atención segura y evaluarla mediante la lista de chequeo de buenas prácticas de seguridad del Ministerio de Salud y Protección Social, para finalmente esbozar unos resultados que condujeron a la priorización de unos procesos de atención en salud específicos de acuerdo a la oportunidad de mejora que evidenciaban y, finalmente al planteamiento de un respectivo plan de mejoras basado en los hallazgos presentados en el diagnóstico.

**Palabras claves:** seguridad del paciente, política, protocolos, lista de chequeo



## **ABSTRACT**

This document demonstrates the business practice process developed at the ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, which aimed to evaluate the Patient Safety policy in the entity. During the time in the institution a diagnostic process was carried out that allowed to know the current situation of the subject of safe care and evaluate it through the checklist of good safety practices of the Ministry of Health and Social Protection, to finally outline some results that they led to the prioritization of specific health care processes according to the opportunity for improvement that they evidenced and, finally, to the approach of a respective improvement plan based on the findings presented in the diagnosis.

**Keywords:** patient safety, policy, protocols, checklist

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el concepto de Seguridad del Paciente, entendido como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, metodologías, basados en evidencias científicas probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso y sus consecuencias” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), se ha convertido en un principio fundamental para la atención en salud y a la vez, en un componente crítico de la gestión de la calidad. En este sentido, las diferentes instituciones de servicios de la salud, deben cumplir políticas y un programa de seguridad del paciente basado en normas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, que conllevan a la aplicación de procesos que disminuyan la probabilidad de errores y aumenten las posibilidades de detectarlos antes que estos sucedan, con el objetivo de minimizar el riesgo en la atención brindada para generar mayor seguridad al paciente.

En Colombia actualmente se desarrolla e implementa una Política de Seguridad del Paciente, derivada del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, que pretende 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 (Arenas Gutiérrez, 2010)

En la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, el desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente, está plasmado como una herramienta fundamental enfocada a implementar procesos institucionales seguros, involucrando a los grupos de interés enmarcados en la acción de la atención en salud, como son los pacientes y sus familias, los equipos de salud, los servidores de procesos estratégicos y de apoyo y los proveedores de bienes y servicios en general.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que el personal en general no se encuentra exento de cometer errores en la prestación de los servicios y en consecuencia de ello, se pueden originar incidentes, daños y eventos adversos, que pueden ser temporales, permanentes o incluso pueden causar la muerte del paciente. En este sentido, y en aras de fortalecer continuamente el programa de seguridad en la atención en salud y minimizar la ocurrencia de eventos adversos se proyectó la presente práctica empresarial, la cual tuvo como objetivo principal evaluar la política de seguridad del paciente, en la ESE Hospital San Francisco De Ciénaga De Oro, durante el cuarto trimestre de 2019, buscando con ello, apoyar el continuo

fortalecimiento de la política de seguridad del paciente en la ESE, mediante estrategias enfocadas a la sensibilización y generación de pertenencia de los equipos de atención en salud, con respecto a la importancia y necesidad de la seguridad del paciente como bandera de la calidad de los servicios ofrecidos.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la política de Seguridad del Paciente, en la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, durante el cuarto trimestre de 2019.

### **1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

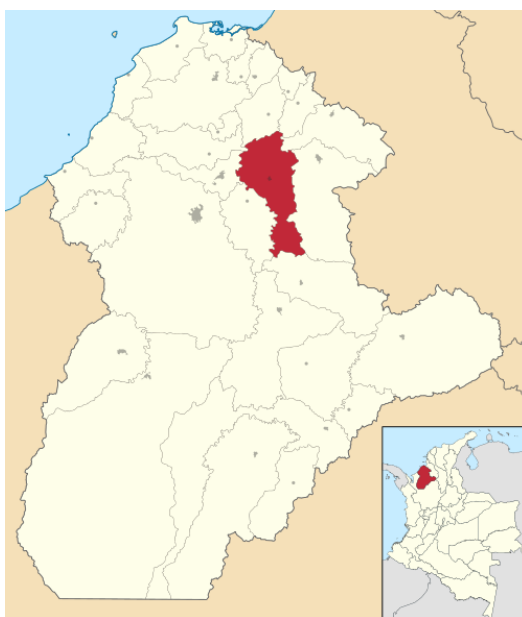
1.2.1. Realizar un diagnóstico de la situación de la ESE en cuanto a la política de Seguridad del Paciente

1.2.2. Priorizar los procesos de atención en salud de la ESE con oportunidades de mejora.

1.2.3. Proponer un plan de mejoramiento de la política de seguridad del paciente, basado en los procesos priorizados.

## 2. RESEÑA HISTÓRICA

La ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, está ubicado en la Calle 7 No



23 - 61 del municipio de Ciénaga de Oro, departamento de Córdoba

La ESE Hospital San Francisco del Municipio de Ciénaga de Oro – Córdoba es una institución de Nivel I de complejidad, de carácter público municipal, cuya misión brindar atención integral en salud, contribuyendo con el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Municipio de Ciénaga de Oro, basada en los principios de gestión, solidaridad y confianza, para lo cual cuenta con un equipo humano calificado y cuya finalidad es satisfacer las necesidades de los usuarios. En la actualidad tiene la visión de ser una entidad líder en el sector salud a nivel departamental y nacional ofreciendo servicios integrales con eficiencia, eficacia y calidad, buscando un mayor impacto en la calidad de vida de nuestros usuarios, respondiendo efectivamente a los cambios del entorno.

Tuvo sus inicios para finales del año 1951 y comienzos del año 1952. El Puesto de Salud del Municipio de Ciénaga de Oro abrió sus puertas prestando los servicios de Urgencia y Consulta Externa. En el año 1982, cuando el Centro de Salud es

elevado a la categoría de hospital local dependiente de Cereté, se inicia la etapa total de construcción de lo que es hoy en día la ESE Hospital San Francisco del Municipio de Ciénaga de Oro.

A finales del año 1984 las obras de construcción del Hospital san Francisco concluyen y se inaugura, entregándole a la comunidad una obra de gran envergadura que prestara los servicios básicos de salud en el primer nivel: Consulta Externa, Consulta de Urgencias, Consulta Odontológica, Sala de Maternidad, reubicaron del Laboratorio Clínico, y programas de Promoción y Prevención.

En el año 1993, el Hospital San Francisco se constituye como Empresa Social del Estado a través de un Acuerdo del Concejo Municipal, esto generó una gran transformación al interior del hospital, y es así como alcanza a presentar una oferta de servicios de acuerdo con la situación de salud del municipio.

Actualmente la ESE está conformada por 16 áreas: 9 administrativas y 6 asistenciales.

Ofrece servicios de Medicina general, servicio de Urgencias, enfermería, servicio farmacéutico, odontología general, vacunación, Transporte asistencial básico, Promoción en salud, laboratorio clínico, planificación familiar, toma de muestras citología cérvico-uterina, esterilización y Atención preventiva en salud e higiene oral.

## **2.1. DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD FUNCIONAL (ÁREA DE CALIDAD)**

El área de Calidad en la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro cubre todas las dependencias y la prestación del servicio de la ESE.

Cuenta con un manual que describe las disposiciones adoptadas por la entidad para cumplir las políticas, los objetivos, los requisitos legales, contractuales y normativos.

Para lograr una adecuada planificación del sistema de Gestión de la Calidad y el mejoramiento continuo de los procesos y el sistema en general, la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO ha adoptado la metodología PHVA que consiste en avanzar a lo largo del siguiente ciclo:

**PLANIFICAR:** Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir los resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la Entidad. Esta fase del ciclo comprende varias etapas como son la selección del proceso, su comprensión y análisis.

**HACER:** Mejorar e implementar los procesos

**VERIFICAR:** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos, respecto a las políticas, los objetivos e informar sobre los resultados obtenidos.

**ACTUAR:** Es la fase que comprende la estandarización y la toma de las acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos

La ESE Hospital San Francisco, a través del PAMEC, evalúa periódicamente y cierra ciclos de mejora. Adicionalmente evalúa el desempeño de los procesos, revisando auditorias, indicadores, encuestas de satisfacción, cumplimiento de planes, etc. Frente a los resultados se priorizan problemas y con base en ello; se definen: acciones de mejora, se priorizan auditorias de procesos, se definen los indicadores PAMEC, que son indicadores que permitirán evaluar periódicamente que se estén cumpliendo las acciones de mejora y se estén alcanzando los resultados esperados.

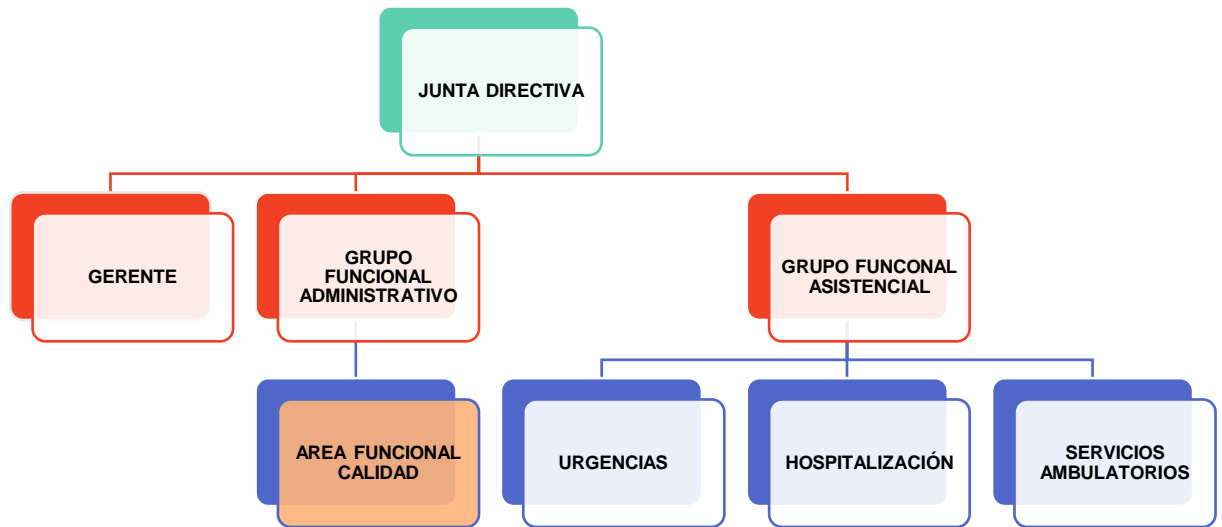
En este momento la institución cuenta con un equipo de mejoramiento institucional que corresponde al comité de calidad y control interno; que son los responsables de conocer las acciones de mejora, contribuir a su cumplimiento y estar enterados de su ejecución.

La ESE Hospital San Francisco quiere alcanzar la excelencia en salud, esto a través del cumplimiento de estándares y requisitos de acreditación y de otras normas que hacen parte del sistema.

El personal asistencial y administrativo de la institución reconoce cuales son los pilares fundamentales para lograr la acreditación y el mejoramiento continuo de la misma, y para esto la meta es adelantar actividades de preparación para el proceso de acreditación. La ESE Hospital San Francisco tiene definidos sus indicadores de calidad, basados en los atributos de calidad a los cuales se les hace seguimiento

Por su parte el talento humano del área de calidad está conformado de la siguiente manera: 2 funcionarios administrativos, 1 contador y 1 especialista en auditoría de la calidad.

### 2.1.1. Organigrama



El organigrama presenta todas las unidades funcionales, la gerencia, la unidad administrativa y la asistencial, las cuales están coordinadas por un profesional. La gerencia es la encargada de planear, organizar, dirigir y controlar todos los departamentos de la institución, también recomienda y establece sistemas de seguridad, para proteger las instituciones, los equipos, vehículos, sistemas de información y las personas. Prepara informes para comités administrativos evaluando los servicios. La unidad administrativa más específicamente el área de calidad tiene como objetivo cerciorarse de que se cumplan las políticas de la empresa, se asegura de que los objetivos se cumplan, y en el área asistencial se encuentran los servicios de: urgencia, hospitalización, ambulatorio consulta externa médica y odontología) y apoyo diagnóstico.



### **3. DIAGNÓSTICO**

#### **3.1. DOFA**

Para la realización del diagnóstico se tuvo en cuenta los estándares de habilitación según resolución 2003 de 2014; de cada uno de estos estándares se tomó las evidencias o situaciones encontradas, resaltando sus fortalezas y efectuando oportunidades de mejora en cada una de dichas situaciones.

VARIABLES INTERNAS

VARIABLES EXTERNAS	FORTALEZAS	DEBILIDADES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Talento humano calificado, capacitado y comprometido.</li> <li>➤ Habilitación de los servicios ofertados</li> <li>➤ Sistematización de los procesos de atención.</li> <li>➤ Cuenta con una política de seguridad del paciente</li> </ul>
	ESTRATEGIAS	
OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS (F-O)	ESTRATEGIAS (D-O)
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Buen desempeño del talento humano.</li> <li>➤ Reformas normativas a la salud.</li> <li>➤ Capacitación de humanización de la atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aprovechar la capacidad y conocimiento del personal para adquirir mejor prestigio.</li> <li>➤ Mejorar la atención y la calidad de los servicios para fidelizar a los usuarios.</li> <li>➤ Crear políticas que permitan mejorar las falencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conformar equipos de trabajo para ajustar los procesos administrativos y de apoyo que estén presentando falencias.</li> <li>➤ Capacitar al personal asistencial sobre la importancia de la seguridad del paciente.</li> <li>➤ Mejorar la infraestructura.</li> <li>➤ Aprovechar el desempeño del talento humano para mejorar los procesos y cultura de seguridad del paciente</li> </ul>
AMENAZAS	ESTRATEGIAS (F-A)	ESTRATEGIAS (D-A)
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Quejas e insatisfacciones de la comunidad.</li> <li>➤ Demanda por fallas en el servicio o labores.</li> <li>➤ Presión política local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ofrecer un trato humanizado y de Calidad a los usuarios.</li> <li>➤ Conocer cuáles son los eventos adversos con más incidencia a la hora de prestar el servicio.</li> <li>➤ Contar con los equipos tecnológicos suficientes para apoyar la gestión del personal interno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reestructurar e implementar procesos internos administrativos con el fin de brindar una mejor atención en los servicios.</li> <li>➤ Liderar procesos de cambio internos que permitan ofertar servicios eficientes y de calidad.</li> <li>➤ Reorganización e implementación de procesos internos administrativos para una mejor gestión de todos los recursos.</li> <li>➤ Fortalecer la política de seguridad del paciente para brindar mejor calidad y evitar eventos adversos que dañen la integridad de los usuarios y causen insatisfacción.</li> </ul>

### **3.2. CARACTERIZACIÓN DEL PROYECTO**

De acuerdo a lo encontrado en el diagnóstico desarrollado en la unidad de Calidad, el presente proyecto está enfocado hacia la seguridad del paciente, en el cual se identificaron algunas debilidades fundamentales para la calidad de los servicios. Se busca específicamente trabajar en la evaluación y mejoramiento de la política de Seguridad del Paciente, mediante la evaluación del cumplimiento de protocolos y guías de atención por parte de los equipos de atención en salud de la ESE.

Esta intervención permitió a la empresa actualizar información sobre la atención segura en salud, dado que se debe realizar un seguimiento a las políticas de seguridad que implementan los funcionarios, en esa misma medida se propondrán actividades de mejora para los procedimientos y protocolos de seguridad del paciente.

## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1. MARCO TEÓRICO

En los últimos años la prestación de servicios de salud en Colombia ha tenido una evolución importante, buscando con ello un mejoramiento de la salud de la población en general. Dado ello, se han ideado diferentes procesos transversales a la operatividad con el fin de presentar una óptima calidad del servicio.

Teniendo en cuenta esto, ha surgido en el sistema de atención en salud, términos como la seguridad del paciente, la cual propende por prevenir a tiempo los eventos desfavorables y adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales, como la atención de urgencias, consulta externa, sala de parto, entre otras. En Colombia, la Política de Seguridad del Paciente es 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 eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

La Seguridad del Paciente, es una característica muy importante en la calidad de la atención en salud, definida como “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. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Es importante resaltar que cometer un error que afecta la salud de una persona dentro del ejercicio de la medicina es algo que puede suceder de manera involuntaria y debe repararse pero esto va más allá del dinero y que tal vez una persona natural jamás pueda subsanar las consecuencias de ese perjuicio, que se considera subjetivo con una doble connotación: los que sobre pasan la esfera íntima de la persona y los que trascienden la capacidad individual de cada persona para ejercer idóneamente su desempeño productivo y laboral.

Los errores clínicos en la prestación de los servicios de salud pueden tener consecuencias graves que incluyen la muerte de los pacientes. Su génesis involucra no sólo factores institucionales y de las personas, sino también otros como los gubernamentales y los académicos. La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente, la implementación de prácticas seguras y el trabajo continuo para el mejoramiento de los factores humanos, llevarán a actos clínicos más seguros que se alejen de los errores que suceden a diario en las organizaciones de salud (Franco, 2005).

Primeramente, la falla en la seguridad del paciente puede generar un daño moral, que se constituye cuando las lesiones físicas o corporales de quien es víctima directa de un determinado evento (daño) generan dolor, sufrimiento y mucha tristeza, lo cual no se puede equiparar en dinero, ni resarcir en sí mismo por lo que debe hacerse de todas maneras en forma económica. Este daño afecta no solo a la víctima sino a todas las personas de su familia más cercana.

La medición de eventos adversos al interior de las organizaciones de salud significa: Establecer un sistema de reporte de eventos adversos basado en acciones que estimulen su implementación y mejoramiento, establecer un sistema de auditoría de resultados clínicos no esperados que permita definir la proporción real de eventos adversos relacionados; es decir, de los resultados clínicos no esperados presentados, cuántos se habrían podido prevenir, establecer un sistema de mejoramiento continuo de la calidad tendiente a disminuir la incidencia de eventos adversos. Es decir, diseñar, implementar y gerencia un programa de seguridad clínica (Franco, 2005).

Porque sería contradictorio un episodio donde el paciente ingrese enfermo a una entidad prestadora de servicios de atención en salud y durante su estancia conocida como hospitalización adquiriera una enfermedad más fuerte que la diagnosticada cuando ingresó debido a la presentación de un evento adverso que desencadenó una infección que debilitó su recuperación deteriorando su salud y, por ende, su calidad de vida.

En este sentido, la cultura orientada a un ambiente seguro, además de ser un lineamiento de obligatorio cumplimiento en los programas de seguridad del paciente, se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el

área de la salud en la medida en que se hace prioritario brindarles a los usuarios un ambiente de bienestar y satisfacción. El Ministerio de Salud y Protección Social, manifiesta que “se conoce como cultura al conjunto de conocimiento, experiencias, valores, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, rigen su comportamiento y afectan los resultados. Por lo tanto, si las personas de una organización alinean estas características de comportamiento en torno a la seguridad de los pacientes, el resultado final no será distinto al de tener una organización que entrega seguridad a sus pacientes” (Ministerio de Salud y Protección Social , 2010).

Con esto, se entiende que en gran parte la responsabilidad de un ambiente seguro, depende de las buenas prácticas de los funcionarios y también implica que la organización identifique en dónde están las situaciones de riesgo, en qué parte de la estructura organizativa se pueden generar o se están generando las situaciones que originan riesgos para la seguridad del paciente, para así contrarrestarlas.

## **4.2. MARCO CONCEPTUAL**

A continuación, se relacionan algunos conceptos claves para mayor comprensión de la temática y el desarrollo del trabajo.

Esta información conceptual es recopilada de Franco (2005) y OMS (2009)

### **4.2.1. Evento adverso.**

Hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo. Por tanto, aquel evento adverso que hubiera sido posible prevenir utilizando medidas razonables, es por definición un error clínico.

El término evento adverso puede ser interpretado de manera errónea por las personas que trabajan en salud y se confunde muy fácil con el de complicaciones. Aquellos resultados adversos de los procedimientos clínicos o quirúrgicos que no se asocian con error de las personas o de los procesos, se llaman «complicaciones» y cuando son por reacciones idiosincráticas a los medicamentos propias de los pacientes, se deben llamar «reacciones adversas». Es importante

hacer notar que al hablar de error se hace referencia al proceso y la palabra evento adverso hace referencia al resultado (Franco, 2005).

#### **4.2.2. Evento adverso potencial.**

Ocurre cuando un error que pudo haber resultado en daño, es afortunadamente descubierto y corregido antes de que suceda. La literatura anglosajona la denomina “near miss” (Franco, 2005).

#### **4.2.3. Error sin daño.**

Son aquellos errores en los procesos de atención pero que por fortuna no afectan negativamente al paciente. La ausencia de daño se puede deber a la naturaleza de la fisiología humana o a la suerte (Franco, 2005).

#### **4.2.4. Error.**

Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución (OMS, 2009)

#### **4.2.5. Daño.**

El daño asociado a la atención sanitaria es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente (OMS, 2009).

#### **4.2.6. Grado de daño.**

Gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente. El grado de daño se califica como se indica a continuación:

- ✓ Ninguno: el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.
- ✓ Leve: el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad).

- ✓ Moderado: el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- ✓ Grave: el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- ✓ Muerte: sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo (OMS, 2009).

#### **4.2.7. Seguridad del paciente**

Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (Franco, 2005).

#### **4.2.8. Cultura de seguridad y prácticas seguras.**

Por cultura organizacional se entiende el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y que se reflejan en sus acciones diarias. De acuerdo con esta definición, resulta lógico pensar que la incidencia diaria de múltiples eventos adversos en clínicas y hospitales, algunos de ellos fatales, es el resultado de la ausencia de una cultura de seguridad que genere rutinariamente en el personal hábitos y prácticas seguras (Franco, 2005).

#### **4.2.9. Mejora del sistema.**

Es el resultado o consecuencia de la cultura, los procesos y las estructuras que están dirigidos a prevenir fallos del sistema y a mejorar la seguridad y la calidad (OMS, 2009).

### **4.3. MARCO LEGAL**

En Colombia, la norma macro que respalda la estrategia de Seguridad del Paciente a nivel nacional es el Decreto 1011 de 2006 (Presidencia de la República, 2006), el cual en su artículo 6º define el Sistema Único de Habilitación



como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establecen, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica que buscan la seguridad de los usuarios, y en su artículo 37 relaciona al PAMEC, es decir que esta norma orienta el trabajo en términos de seguridad, debido a las exigencias definidas en cada uno de sus estándares.

El decreto 1011 tiene otras normas complementarias que permiten lograr el objetivo de esta estrategia, como lo es la Resolución 1441 del 2012 , en la que se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, es así como esto se convierte en un requisito obligatorio para las organizaciones debido a que en términos de seguridad la calidad es lo primordial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Resolución 256 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. TIPO DE ESTUDIO**

El proyecto de práctica empresarial denominada Evaluación de la política de seguridad del paciente, en la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, fue un trabajo de apoyo administrativo que se llevó a cabo desde la unidad de Calidad y con la supervisión permanente de la coordinadora de esta dependencia y su equipo de trabajo.

Para la consecución de los objetivos planteados en el proyecto, inicialmente se desarrolló un diagnóstico que permitió conocer la condición actual de la unidad funcional y las principales necesidades, dentro de las cuales se detalló la seguridad del paciente como una de las condiciones primordiales.

### **5.2. ESCENARIO DE ESTUDIO**

El presente trabajo de práctica empresarial se realiza en la ESE Hospital San Francisco del municipio de Ciénaga de Oro- Córdoba

### **5.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Como instrumento de recolección de la información se aplicó la lista de chequeo de *Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente (Ver anexo 1)*, incluida en la Política Nacional de Seguridad del Paciente, impulsada en 2008 por el Ministerio de la Protección Social, como una herramienta para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.

La aplicación de esta lista de chequeo permitió establecer los componentes y protocolos de la política de seguridad del paciente que presentan oportunidades de mejora sobre las cuales proponer estrategias y procedimientos que garanticen mayor calidad en la política.

#### **5.4. PLAN DE ANÁLISIS**

Una vez aplica la lista de chequeo se pasó a analizar la información, a plantearla estadísticamente mediante tablas y gráficas y de acuerdo a lo hallado en esos datos, se desarrolló un plan de mejoramiento de la política de seguridad del paciente, enfocado a estrategias de formación y sensibilización a los funcionarios, con el objetivo de fortalecer los conocimientos que ya existen sobre el tema de la atención segura, y fomentar la seguridad como un compromiso y un objetivo común a perseguir.

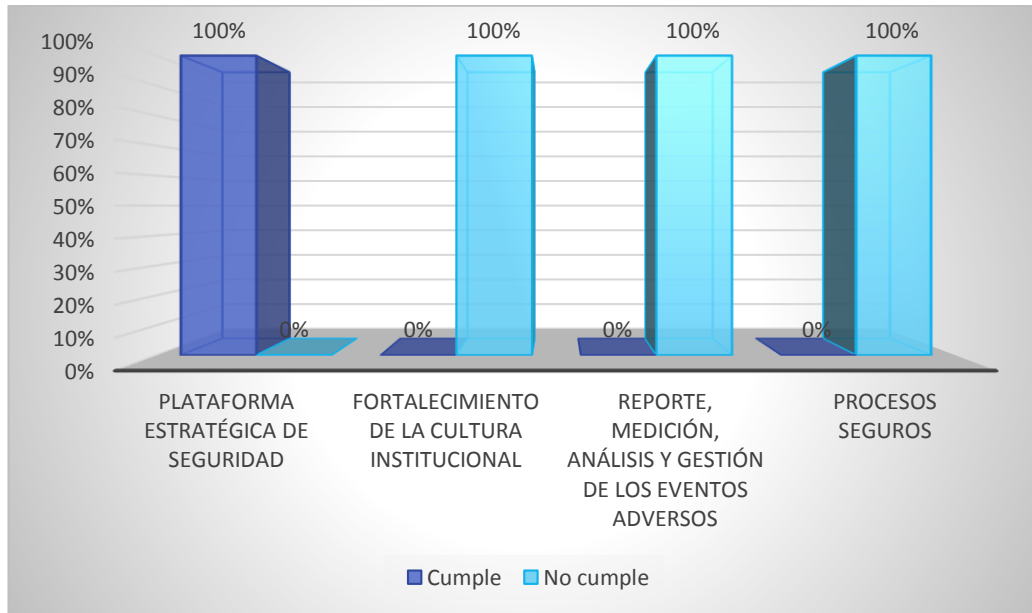
## 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la recolección de los datos se aplicó la lista de chequeo de *Buenas Prácticas de Seguridad de Paciente establecida por el Ministerio de Salud y protección y social*, la cual cuenta con 10 componentes de evaluación sobre seguridad del paciente. En el caso de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, por ser una IPS de baja complejidad, solo aplican 7 componentes, los cuales se describen a continuación:

*Tabla 1:* Evaluación del componente que monitorea la existencia del Programa de Seguridad del Paciente en la ESE

N.º	Componentes	Sub componentes	Numero de ítems a verificar	Cumple	No Cumple	%general
1	1.Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	Plataforma estratégica de seguridad	3	3(100%)	0(0%)	27%
		Fortalecimiento de la cultura institucional	1	0(0%)	1(100%)	10%
		Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos	2	0 (0%)	2 (100%)	18%
		Procesos seguros	5	0 (0%)	5(100%)	45%
	Total		11	27%	73%	100%

Gráfico 1: Porcentajes de cumplimiento con respecto a la existencia del Programa de Seguridad del Paciente en la ESE



De acuerdo a los datos arrojados por la lista de chequeo para este primer componente, *Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos*, la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, no cumple en un 73% con un sólido programa de seguridad del paciente que garantice a los usuarios una atención confiada y responsable.

El componente que se subdivide en 4 sub componentes, muestra como la ESE solo cumple los ítems que respectan a la plataforma estratégica de la seguridad, los cuales evidencian la existencia de un documento que plasma las políticas señaladas por el Ministerio y establece un comité o equipo de trabajo que desarrolla y monitorear todo lo concerniente a la seguridad del paciente.

No obstante, el no cumplimiento del resto de subcomponentes, demuestran que la existencia de este documento y comité solo funcionan como un requisito de cumplimiento ante los entes de control, porque no se desarrollan las diferentes herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos, así como para el fortalecimiento de la cultura de atención segura.

*Tabla 2: Evaluación a la Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.*

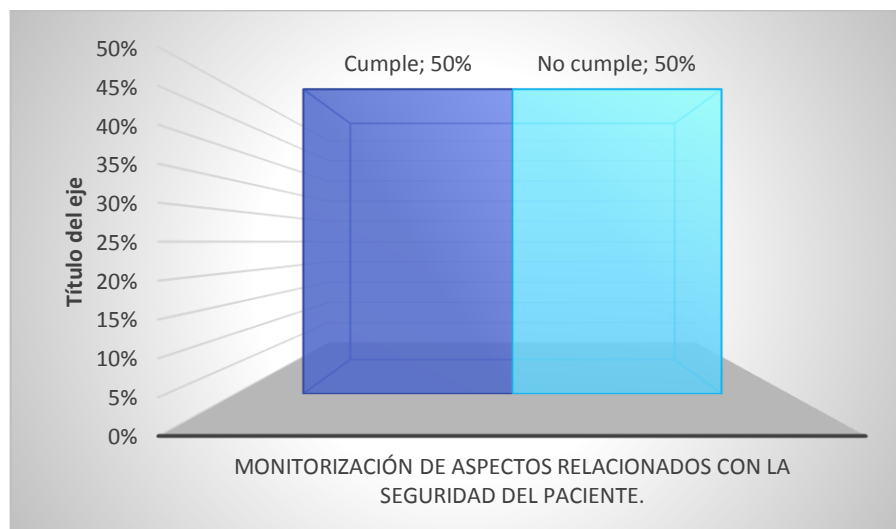
N.º	Componentes	Numero de ítems a verificar	Cumple	No Cumple	%
2	2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.	2	1 (50%)	1 (50%)	100%

El segundo componente, la institución cumple con el ítem de seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios, mientras que no cumplen con la evaluación semestralmente de adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias.

En consecuencia, esto demuestra una debilidad en el proceso de seguimiento y evaluación a la política de seguridad del paciente que pone en riesgo la integridad de los pacientes puesto no se están desarrollando de manera correcta las actividades de evaluación que exigen los órganos de control para que este proceso brinde las garantías exigidas para una atención segura a los usuarios.

De igual forma, esto conlleva a que no se puedan plantear oportunidades para mejorar el desempeño y emprender acciones para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal.

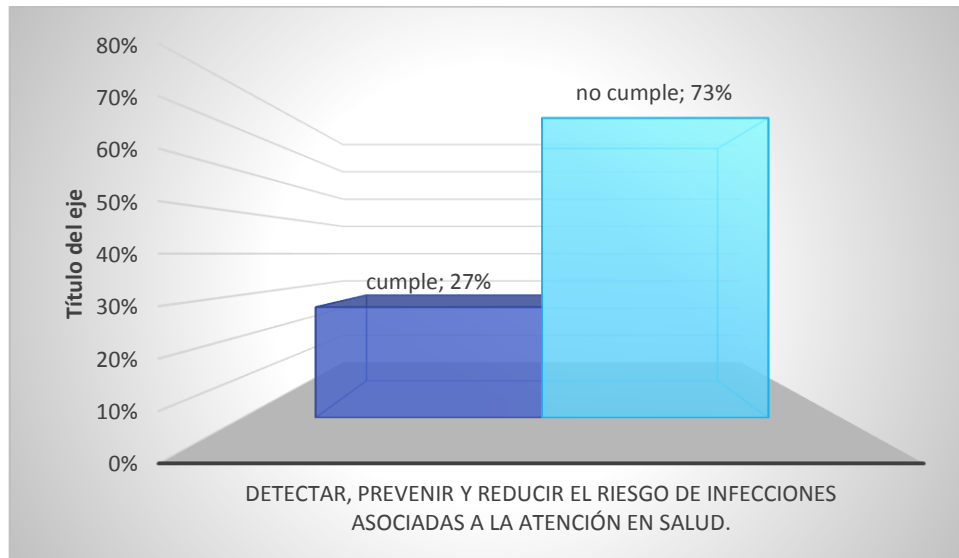
*Gráfico 2: porcentajes de cumplimiento de la monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.*



*Tabla 3:* Evaluación al componente asociado a infecciones asociadas a la atención en salud.

N.º	Componentes	Numero de ítems a verificar	Cumple	No Cumple	%
3	3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.	11	3 (27%)	8 (73%)	100%

*Gráfico 3:* porcentajes de cumplimiento al componente asociado a infecciones asociadas a la atención en salud.



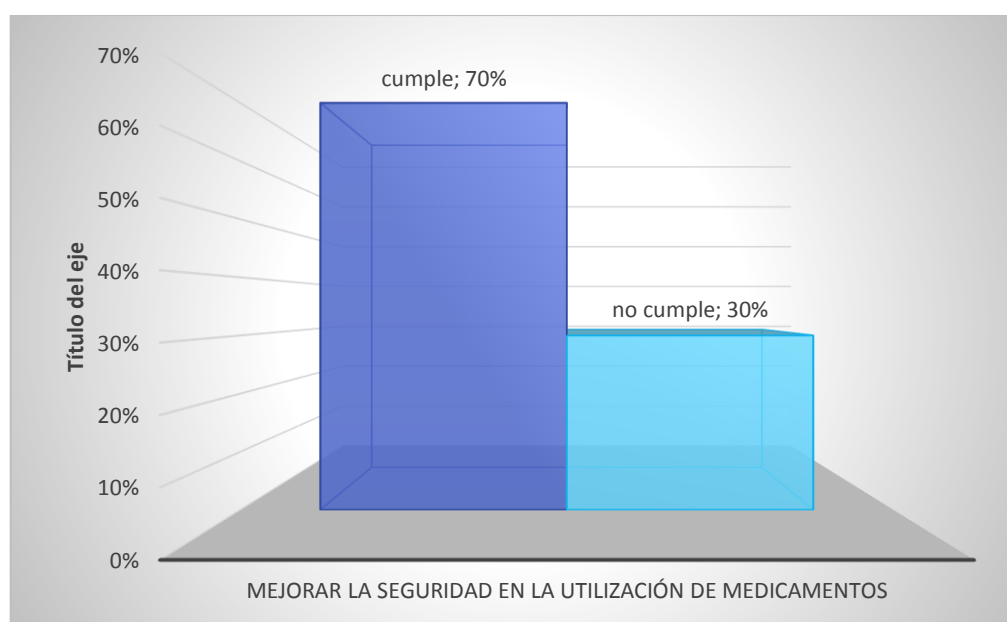
Mediante este componente enfocado a la seguridad del paciente en el contexto asistencial, se puede observar que la institución no cumple en un 73% con las exigencias establecidas por el ministerio en cuanto a asistencia segura, solo cumple en tres de los ítems, lo que corresponde a un 27% del componente.

Estos resultados generan una alarma en cuanto a la seguridad de la paciente brindada en la ESE a los usuarios, puesto es evidente que los usuarios están mayormente expuestos a padecer errores, daños o eventos adversos en el proceso de atención

Tabla 4: Evaluación a la seguridad en la utilización de medicamentos.

N.º	Componentes	Numero de ítems a verificar	Cumple	No Cumple	%
4	4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	10	7 (70%)	3 (30%)	100%

Gráfico 4: Porcentajes de cumplimiento a la seguridad en la utilización de medicamentos.



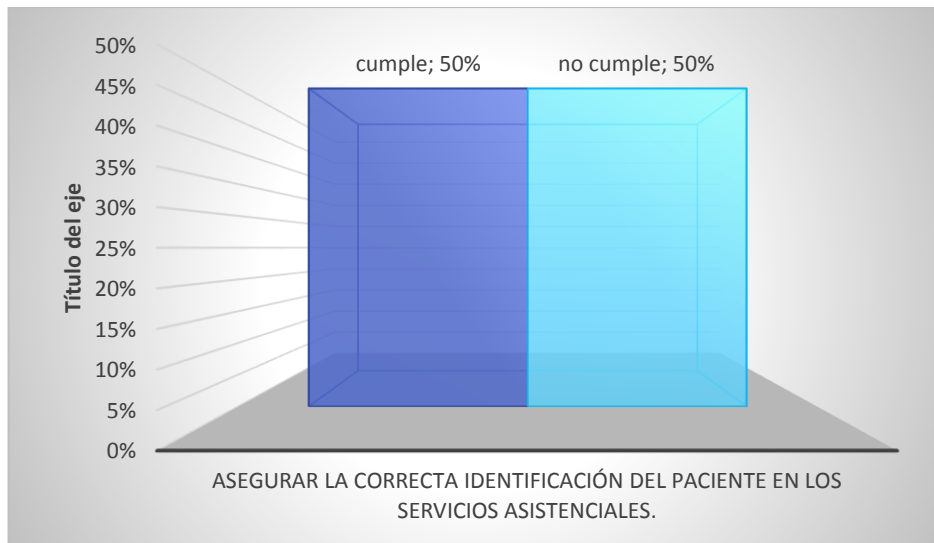
En el aspecto de la seguridad de los medicamentos la ESE cumple 7 de 10 ítems establecidos, demostrando que no hay una adherencia total de las guías de buenas prácticas para la administración segura de medicamentos, siendo este uno de los componentes más importantes, dado que el no cumplimiento de sus ítems, podría causar afecciones de forma directa la integridad física del paciente.



*Tabla 5:* Evaluación de la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.

N.º	Componentes	Numero de ítems a verificar	Cumple	No Cumple	%
5	5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.	4	2 (50%)	2 (50%)	100%

*Gráfico 5:* Porcentajes de cumplimiento de la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.

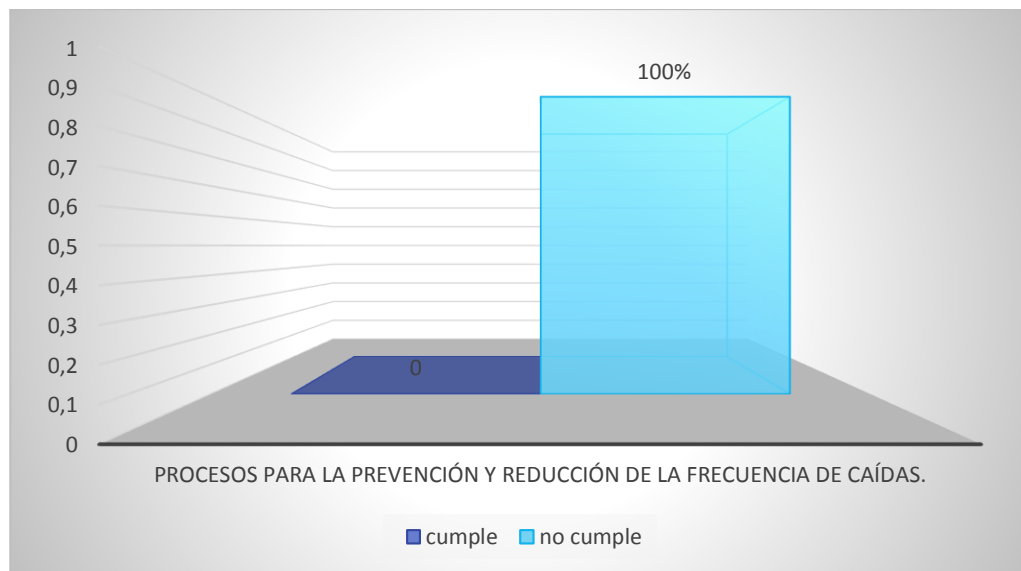


El protocolo de identificación segura evidencia fallas en su desarrollo, puesto que no se cumplen a cabalidad los ítems que se requieren para una seguridad en la identificación de los pacientes. Tal es el caso de la marcación de manillas para pacientes hospitalizados, procedimiento que no se cumple, dado que algunos de los funcionarios los realizan y otros no, siendo este último, el de mayor prevalencia, dejando a los usuarios expuestos a una confusión que podría generar errores o daños a la integridad del usuario.

Tabla 6: Evaluación de los procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

N.º	Componentes	Numero de ítems a verificar	Cumple	No Cumple	%
7	7. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	4	0	4 (100%)	100%

Gráfico 6: Porcentajes de cumplimiento de los procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

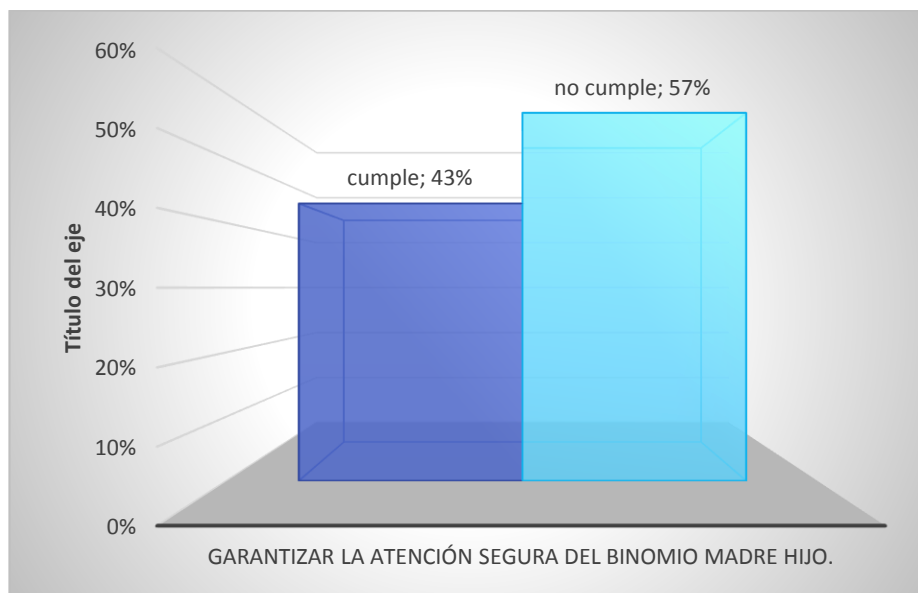


La ESE no cumple con los ítems señalados para la garantía de procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Lo cual se identifica como una señal de alarma, teniendo en cuenta que, a este centro médico, por ser el único que atiende urgencias en el municipio, asiste un alto índice de adultos mayores que son en gran medida la población más expuesta a las caídas.

Tabla 7: Evaluación de la atención segura del binomio madre hijo.

N.º	Componentes	Numero de ítems a verificar	Cumple	No Cumple	%
9	9. Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.	7	3 (43%)	4 (57%)	100%

Gráfico 7: Porcentajes de cumplimiento con respecto a la atención segura del binomio madre hijo.



El último componente que aplica para la ESE, es Garantizar la atención segura del binomio madre hijo, en éste, se cumplen 3 de 7 ítems, evidenciándose que también existe debilidades en este protocolo que se focaliza en la seguridad de las mujeres en estado de embarazo y lactancia, etapa de especial cuidado en la vida de una mujer, por lo que las prácticas seguras deben ser fundamentales para mitigar el riesgo de errores que puedan poner en peligro la vida de la madre o el bebé.

## 6.1. DISCUSIÓN

De forma general y de acuerdo a los datos obtenidos con la aplicación de la lista de chequeo, se puede evidenciar en la política de seguridad del paciente de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, diferentes debilidades en la aplicación de los protocolos necesarios para brindar garantía de una atención segura a los pacientes que asisten al centro médico.

Según los datos arrojados por la lista de chequeo, ni uno solo de los componentes que aplican para la IPS, logran el 100% de cumplimiento. Esta situación puede ser contraproducente para el adecuado reporte, seguimiento, evaluación y mejora de los eventos adversos presentados en la entidad, puesto en gran medida los principales ítems que se incumplen son los relacionados al monitoreo y evaluación de los procedimientos de cada componente.

En este sentido, al no monitorear si los componentes se están aplicando como se debe, si los protocolos de atención segura se están cumpliendo, se está fallando en la política de seguridad del paciente y se presenta en la entidad un vacío con respecto al programa de seguridad del paciente, el cual se encuentra plasmado en un documento, pero no se está ejecutando de conformidad a los establecido por el Ministerio. Fomentando con ello, una mayor aparición de riesgos en la atención asistencial.

De igual forma, esta situación conlleva al estancamiento de la entidad en lo que respecta a atención segura y calidad en la atención, puesto que no se realiza ningún monitoreo o evaluación que posibilite una mejora continua de los aspectos con falencias, ocasionando que se tiendan a repetir los mismos errores.

Teniendo en cuenta todo el contexto planteado con los resultados obtenidos, se realiza la priorización de cuatro protocolos para establecer de acuerdo a las debilidades, encontradas en ello, una propuesta de mejoramiento. En ese sentido, se abordarán los protocolos de: identificación inequívoca de pacientes, protocolo de control de riesgo y manejo de caídas, protocolo de higiene de manos y el protocolo de atención prioritaria al binomio madre hijo.

## 6.2. PROPUESTA PLAN DE MEJORA

COMPONENTES PRIORIZADOS	ACTIVIDAD A REALIZAR	OBJETIVO	TEMA	FECHA	RESPONSABLE
<b>Fortalecimiento de la cultura. Reporte, medición y análisis de eventos adversos y procesos seguros.</b>	<b>Educación de la seguridad del paciente</b>	Educar y formar al personal para que desarrolle habilidades y capacidades en cuanto a la seguridad del paciente	*Sesiones breves de seguridad del paciente. *Folletos *Análisis del evento adverso *Priorización de protocolos	<b>Lunes 09 de diciembre de 2019</b>	Jefe de Calidad  Jefe de enfermería (o quien haya sido contratado para la charla)
<b>Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud</b>	<b>Capacitaciones</b>	Brindar un ambiente seguro y confiable que favorezca la seguridad del paciente	*Higiene de manos *Aislamiento de pacientes *Administración segura de medicamentos *Correcta identificación	<b>Martes 10 de diciembre de 2019</b>	Jefe de Calidad  Jefe de enfermería (o quien haya sido contratado para la charla)
<b>Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas</b>	<b>Charlas de conceptos generales sobre la seguridad del paciente</b>	Dar a conocer al personal una perspectiva real y clara de lo que es la seguridad del paciente	*Clasificación de los riesgos * Acompañamiento y monitoreo del paciente * Pulseras identificativas de distintos tamaños	<b>Miércoles 11 de diciembre de 2019</b>	Jefe de Calidad  Jefe de enfermería (o quien haya sido contratado para la charla)
<b>Garantizar la atención segura del binomio madre hijo</b>	<b>Trabajo en equipo</b>	Establecer y definir mecanismos para la comunicación directa a través de diferentes medios y brindar una atención satisfactoria para las usuarias	*Efectividad del control prenatal *Ingreso a control prenatal en el primer trimestre	<b>Jueves 12 de diciembre de 2019</b>	Jefe de Calidad  Enfermera o médico

## 7. CONCLUSIONES

Una vez finalizada la práctica empresarial se concluye que:

- ✓ Según los datos arrojados por la lista de chequeo de *buenas prácticas de Seguridad de Paciente establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social*, La ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, no cumple en un 59% con los ítems de obligatorio cumplimiento para la atención segura.
- ✓ Que los componentes 1: Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos., 3: Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, 7: Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, y 9: Garantizar la atención segura del binomio madre hijo. son los que más ítems de incumplimiento registran.
- ✓ La situación de incumplimiento de la política de seguridad del paciente conlleva al estancamiento de la entidad en lo que respecta a atención segura y calidad en la atención, puesto que no se realiza ningún monitoreo o evaluación que posibilite una mejora continua de los aspectos con falencias, ocasionando que se tiendan a repetir los mismos errores.
- ✓ Este proceso practico-académico, se constituyó en una experiencia constructiva para el estudiante en la medida en que fue una interacción directa con situaciones de su campo profesional, en el cual se identificaron problemáticas y se propusieron planes de mejora, basados en la aplicación de estrategias fundamentadas en los conocimientos adquiridos y la realidad contrastada.

## 8. RECOMENDACIONES

La política de seguridad del paciente es un proceso fundamental que debe ser tomado como un compromiso institucional para la garantía de la calidad en la atención asistencial. En ese sentido, se recomienda a la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro:

- ✓ Realizar una mejor coordinación, monitoreo y evaluación de la política de seguridad del paciente. estableciendo desde el comité de seguridad el paciente sesiones de trabajo en donde se planten procesos de capacitación y evaluación periódica de la política de seguridad del paciente.
- ✓ Crear una cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la institución. Fomentar la sensibilización de los funcionarios hacia la importancia de la atención segura como compromiso de todos.
- ✓ Asegurarse de priorizar los protocolos con mayores debilidades en su desarrollo
- ✓ Establecer planes de mejoras basados en información obtenida del monitoreo y evaluación de los diferentes componentes de la política de seguridad, en aras de lograr mayor calidad en la atención.

## Anexos

### Anexo A: Lista de chequeo aplicada

BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DE PACIENTES ITEMS A VERIFICAR EN IPS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD			
	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos			
<b>a. Plataforma Estratégica de la Seguridad</b>			
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)	x		
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad	x		
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)	x		
<b>b. Fortalecimiento de la Cultura institucional</b>			
Evidencia de la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en		x	



la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)			
<b>c. Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos</b>			
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.		X	
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad		X	
<b>d. Procesos Seguros</b>			
Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados		X	
Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados		X	
Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados		X	
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		X	
Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; 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; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera esté tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.		X	

2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente			
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia	X		
La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen		x	
3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad		x	
Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo incorpora los cinco momentos del lavado de manos recomendado por la OMS. Debe estar socializado	X		
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica		x	
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos	X		
Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente		x	
Guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye medidas de aislamiento universales. Debe estar socializado		X	
Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.		X	

Manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe estar socializado	X		
Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica.		X	
Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si aplica.		X	
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post – parto y documentación de acciones de mejora si aplica.		x	
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora si aplica.			No aplica
Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora			No aplica
Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica			No aplica
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica			No aplica
Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica			No aplica
<b>4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	X		
Proceso para la dispensación segura de los medicamentos en la farmacia desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la dispensación segura de dosis unitarias	X		
Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia	X		

Proceso para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye la utilización de mínimo cinco correctos al momento de administrar un medicamento a un usuario y restringe el uso de órdenes verbales. Incluye el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización	X		
Medición semestral de adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica		x	
Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios de internación desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico		X	
Medición semestral de adherencia al protocolo de uso racional de antibióticos y documentación de acciones de mejora si aplica		X	
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación otros servicios desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años.	X		
Aplicación de listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución	X		
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias	x		
<b>5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES</b>			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	X		
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la		X	

OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pié de cama. Nunca el número der la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación		
Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica	X	
Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental		X
<b>6. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS</b>		No aplica
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad		No aplica
Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorio, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos)		No aplica
<b>7. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS</b>		
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por caída asociada a la atención de salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	X	
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del pacientes que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación.	X	

Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en las pasillos de internación y una adecuada iluminación		X	
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica		x	
<b>8. PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>			No aplica
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por presencia de úlceras por presión cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad			No aplica
Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel			No aplica
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene			No aplica
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica			No aplica
<b>9. GARANTIZAR LA ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE HIJO</b>			
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, parto o puerperio (incluye la mortalidad materna) o al recién nacido, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	X		
Evidencia de la existencia de una Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos		x	

innecesarios			
Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo para la atención prioritaria de las gestantes y documentación de acciones de mejora si aplica		x	
Guías clínicas para la atención de la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Las guías deben incluir la definición institucional de las habilidades y competencias que el equipo de salud que atiende las gestantes debe tener. La Guía debe incluir la obligatoriedad de registrar el partograma	x		
Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	x		
Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica		X	
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.		X	
<b>10, PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA</b>			No aplica
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad que involucre a los bancos de sangre proveedores de los componentes sanguíneos implicados en el caso.			No aplica
Protocolo o Guía para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir análisis de los bancos de sangre proveedores, la recepción segura de la sangre y componentes sanguíneos, su adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro y los controles en su entrega. Sistema de hemovigilancia y trazabilidad. También debe incluir uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no aceptan la terapia transfusional.			No aplica

Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas que incluya análisis del perfil epidemiológico en el servicio de transfusión, análisis de trazabilidad del producto y medición mensual de Infecciones Transmitidas por Transfusión. Incluye indicadores de gestión y documentación de acciones de mejora. Incluye seguimiento a pacientes politransfundidos			No aplica
Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica			No aplica



Anexo B: Cronograma de actividades

Actividades	Tiempo (meses)									
	Mes 1			Mes 2			Mes 3			
Revisión bibliográfica	■									
Desarrollo de la propuesta de intervención en la práctica empresarial	■	■								
Diagnostico situacional de la unidad funcional de Calidad y la problemática a tratar			■	■						
Aplicación de la lista de chequeo					■					
Análisis de la información						■	■			
Socialización de hallazgos							■			
Desarrollo del plan de mejoramiento							■	■	■	
Correcciones, entrega y sustentación									■	■

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arenas Gutiérrez, W. A. (2010). *Cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de III nivel en Bogotá* . Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Franco, A. (2005). La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colombia Médica*, 36(2), 130-133. Recuperado el 20 de 11 de 2019, de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/printerFriendly/343/1123>.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2010). *Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente* . Bogotá: El MInisterio.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Bogotá: Creativo.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Resolución 1441*. Bogotá: El Ministerio. Recuperado el 20 de 11 de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de 10 de 2019). *Seguridad del paciente*. Obtenido de MinSalud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). *Resolución 1446*. Bogotá: El ministerio, Diario Oficial No. 46.271. Recuperado el 20 de 11 de 2019, de [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R\\_MPS\\_1446\\_2006.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_1446_2006.pdf)
- OMS. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe técnico*. OMS. Recuperado el 20 de 11 de 2019, de [https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf)
- Presidencia de la República. (2006). *Decreto 1011*. Bogotá: La Presidencia.

