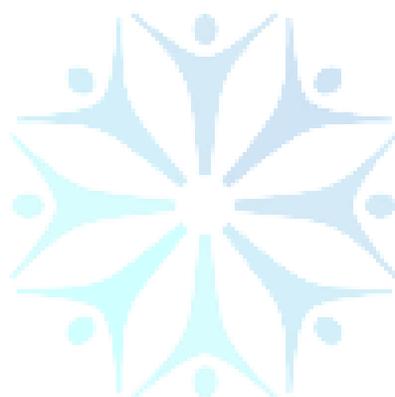


POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



BONESTAR
SALUD INTEGRAL

Coordinadora de calidad	Gerente General	Gerente General
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ

TABLA DE CONTENIDO

CONSIDERACION	2
POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	3
JUSTIFICACION.....	5
1. OBJETIVOS.....	6
1.1 Objetivo General	6
1.2 Objetivos Específicos	5
2. ALCANCE.....	6
3. DEFINICIONES	6
4. MARCO LEGAL.....	8
5. CONTENIDO	9
5.1.Recursos	9
5.2.Principios orientadores de la politica de seguridad del paciente	10
5.3 Caracterización de problema	11
5.4 Acciones institucionales que propenden por establecer la política de seguridad del paciente	12
5.5. Acciones para la implementación de la política de seguridad del paciente	13
5.5.1 Metodologías para para la detección de la ocurrencia de eventos adversos y evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos.....	13
5.5.2 Metodologías para el análisis de los eventos adversos	15
5.5.3 Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente	19
5.5.4 Protocolo para el Manejo del Paciente	19
5.5.5 Acciones interinstitucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente	20
5.5.6 El manejo del entorno legal.....	21
5.6 Elementos estratégicos para la mejora de la seguridad del paciente	22
5.6.1 Estrategia educativa	22
5.6.2 Promoción de herramientas organizacionales	23
5.6.3 Coordinación de actores	23
5.6.4 Estrategia de información	25
5.6.5 Articulación de componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad....	25
5.7 Medición de la Política de Seguridad del Paciente	26
6. BIBLIOGRAFIA	28
7. ANEXOS	28
7.1 Anexo 1: Reporte de hallazgos de seguridad del paciente	28
8. CONTROL DE CAMBIOS	29

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CONSIDERANDO

1. En marzo del año 2002 la OMS emitió una resolución en la Asamblea Mundial, en favor de la Seguridad del Paciente y en octubre de 2004, lanzo la iniciativa conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es movilizar la cooperación internacional hacia los países para llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, reducir el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables. Esta alianza se propone lograr el compromiso de los Países miembros de la OMS para aumentar la seguridad en la atención en salud, a través del mejoramiento de los establecimientos de salud y de las prácticas de atención, así como de la formulación de políticas de seguridad del paciente.
2. En Junio de 2008 Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente, los cuales se establecen en el documento "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia"
3. La Resolución 3100 de 2019, por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud, en su estándar de procesos prioritarios, establece "El prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social"
4. Por lo anterior, en cumplimiento de la normatividad vigente y con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente, Bonestar Salud Integral decide crear la Política de Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud.

ESTABLECE:

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La IPS Bonestar Salud Integral se compromete a promover una cultura de seguridad del paciente enfocada en el usuario y su familia, desarrollando procesos y entornos seguros que busquen reducir la incidencia de eventos adversos e incidentes mediante una gestión clínica basada en evidencia científica, el análisis y gestión de incidentes y eventos adversos con criterios de multicausalidad, la capacitación permanente de su talento humano y una comunicación clara y efectiva con el paciente y su familia, todo esto articulado al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud en cumplimiento de la normatividad legal vigente



VIVIANA LORENA DIAZ PABON

Gerente

Bonestar Salud Integral

BONESTAR
SALUD INTEGRAL

JUSTIFICACION

Las estadísticas brindadas con motivo de la 5.^a Cumbre Ministerial Mundial sobre Seguridad del Paciente 2023 en Suiza, permiten identificar que la seguridad del paciente es una disciplina que se ha convertido en un problema importante de salud pública mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen 134 millones de eventos adversos -provocados por una atención poco segura- en hospitales de países de ingresos bajos y medios que provoca 2,6 millones de muertes. No obstante, un porcentaje significativo de estos eventos son evitables. Por lo anterior, es esencial trabajar, implementar y tomar medidas a nivel global en materia de seguridad del paciente. Aparece como gran referencia el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, "To Err is Human", publicado en 1999, uno de los trabajos que hace referencia, fue una revisión de 30000 historias clínicas, en las cuales se encontró un 3.7% de eventos adversos, de los cuales se consideró que el 58% eran evitables y 13.6% resultaron en muerte. Los autores hicieron una extrapolación a las 33.6 millones de hospitalizaciones anuales en el año del estudio, concluyendo que se podían producir entre 44000 y 98000 muertes al año, por eventos adversos ligados a la atención en salud, asociado a un costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año. En Iberoamérica, en el año 2011, se repitió la experiencia y se realizó el estudio IBEAS (Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica), el cual incluyó 11379 pacientes de 58 hospitales de 5 países de Iberoamérica, la tasa de eventos adversos fue de 10.5%, de los cuales 60% se consideraron evitables y 6% de muertes evitables.

Este complejo panorama mundial y nacional, hace necesario implementar la presente política de seguridad del paciente, que dé cumplimiento a lineamientos nacionales que han sido ampliamente probados con experiencias exitosas en numerosas instituciones, al igual que disponer de herramientas para la detección, reporte, análisis, implementación y mejora de barreras ante eventos que pudieran presentarse en la IPS Bonestar Salud Integral.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Direccionar la implementación de la política de seguridad y salud del paciente acorde a los lineamientos nacionales y el diseño de los procesos de atención en salud para una atención segura centrada en el paciente.

1.2 Objetivos Específicos

1. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
2. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
3. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
4. Homologar la terminología utilizada en el país.
5. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
6. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente
7. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema

2. ALCANCE

La presente política es de aplicación y cumplimiento por todo el personal asistencial y administrativo que labore en Bonestar Salud Integral. Contiene los lineamientos contemplados en la normatividad vigente para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de aplicación a nivel nacional por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.

3. DEFINICIONES

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Según la OMS, es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso

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

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

EVENTO: Desviación en los procesos definidos para la atención en salud en la clínica de la visión, el cual puede causar daño o riesgo de daño al paciente

EVENTO ADVERSO: Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia, es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser:

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: Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad. Lesión física, o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente

INCIDENTE: Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención

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

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

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

ACCIÓN INSEGURA: Se considera una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo involucrados en ella

FACTOR CONTRIBUTIVO: Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

Paciente: Cómo ese paciente contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad de su patología, inconsciente.

Tarea y tecnología: Documentación ausente, poco clara no socializada, que contribuye al error. Cómo la tecnología o insumos ausentes, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error.

Individuo: Cómo el equipo de salud que contribuyen a la generación del error.

Equipo de trabajo: Cómo las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, etc.) contribuyen al error.

Ambiente: Cómo el ambiente físico contribuye al error. (Deficiente iluminación, hacinamiento, deficiencias en infraestructura)

Organización y gerencia: Cómo las decisiones de la gerencia que contribuyen al error.

Contexto institucional: Cómo las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error.

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. 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 del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causa.

SISTEMA DE GESTIÓN 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.

4. MARCO LEGAL

Ley 1751 de 2015: Derechos de la salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

Decreto 780 de 2016: Ministerio de salud y Protección Social. Reafirma el concepto de seguridad establecido en el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio del Sistema Único de Habilitación

Resolución 3100 de 2019: Ministerio de salud y Protección Social. Estándar de procesos prioritarios, establece que "el prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos.

Decreto 903 de 2014: Ministerio de Salud y Protección Social Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud

Resolución 2082 de 2014: Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud

Resolución 256 de 2016: Ministerio de Salud y Protección Social. 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

Resolución 1446 del 2006: Ministerio de Salud y Protección Social. Establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos. Esta estrategia es más efectiva si se combina con un sistema de reporte de lo encontrado.

Documentos Ministerio de salud y Protección Social: (<https://www.minsalud.gov.co/>)

Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia: Su propósito 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

Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001 2010: Su propósito es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos

Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010: Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales.

Promoción de la cultura de seguridad del paciente: Su propósito es integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – SOGCAS –Año 2007

5. CONTENIDO

5.1 RECURSOS

Recurso humano

- Gerente General
- Médico general
- Auxiliar de enfermería
- Auxiliar administrativo

Medicamentos, Insumos Y Dispositivos Médicos

- NO APLICA

Equipos Biomédicos

- NO APLICA

5.2 PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- **Enfoque de atención centrado en el usuario:** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.
- **Cultura de Seguridad:** El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.
- **Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud:** La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.
- **Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.
- **Validez:** Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- **Alianza con el paciente y su familia:** La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- **Alianza con el profesional de la salud:** La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

5.3 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

El modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso La opinión pública, ante la ocurrencia de un evento adverso, tiende a señalar al profesional y a pedir su sanción. No obstante, la evidencia científica ha demostrado que cuando un evento adverso ocurre, es la consecuencia final, derivada de una secuencia de procesos defectuosos que han favorecido la aparición del evento adverso o no lo han prevenido El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este documento, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó

Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

Los estudios que cuantifican y evidencian la incidencia y prevalencia de los eventos adversos La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de salud del mundo. Existe suficiente evidencia a nivel internacional para hablar de una pandemia universal, algunos países lo consideran incluso un problema de salud pública. Se han realizado varios estudios nacionales procurando evaluar la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos y se han empleado diversas modalidades epidemiológicas, las cuales han tenido en común ser desarrolladas en dos fases, en la primera se aplican técnicas de tamizaje por personal de enfermería para detectar alertas en aquellos casos en los cuales existe una alta probabilidad de que se presente un evento adverso y en la segunda se realiza un análisis en profundidad por profesionales médicos para confirmar si en el anterior tamizaje se detecta la ocurrencia de un evento adverso para entrar a clasificar y explorar la causalidad de ese evento adverso detectado. Para medir la frecuencia con la cual se presenta el fenómeno se han realizado estudios de incidencia y de prevalencia, lo cual es importante de tener claro para poder interpretar correctamente los hallazgos de los mencionados estudios y eventualmente hacer inferencias acerca de los hallazgos encontrados.

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención. Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud

- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

Todo lo anterior, se documenta en los procedimientos y protocolos de seguridad descritos en el PG01_MI_CE Programa de Seguridad del paciente.

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual se utilizará El Protocolo de Londres. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

5.4 ACCIONES INSTITUCIONALES QUE PROPENDEN POR ESTABLECER LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Una estrategia institucional orientada hacia la mejora de la seguridad del paciente, debe desplegarse de manera sistemática, y mediante el despliegue de herramientas prácticas. A continuación, se hace un breve recuento de algunos de las herramientas prácticas comunes a los principales programas de seguridad del paciente en el mundo: Política Institucional de Seguridad del Paciente La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad. La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente Además de lo anterior, debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, lo que significa abordar algunos de los siguientes temas.
- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se va construye una alianza con al paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.

- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

5.5. ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.5.1 ACCION 1: Metodologías para para la detección de la ocurrencia de eventos adversos y evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos

Con el fin de establecer el programa de seguridad del paciente en Bonestar Salud Integral de acuerdo al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud se establecen los siguientes lineamientos:

Qué se reporta:

- Indicio de atención insegura
- Incidente
- Evento adverso
- Evento centinela
- Complicaciones

Cómo Reportar:

- Al ocurrir el incidente o evento adverso, el servicio involucrado debe garantizar el registro completo y adecuado en el formato FO11_DE_GQ Reporte de hallazgos en seguridad del paciente para el análisis sistemático del mismo.
- El formato debe diligenciarlo quien haya estado involucrado en el incidente o evento adverso.
- Se entrega al jefe inmediato y/o líder del programa de seguridad del paciente.
- El líder del programa de seguridad del paciente lo revisa y define si se considera un incidente o evento adverso de seguridad del paciente en caso de no ser así, lo direcciona al ente encargado.
- Si se considera incidente o evento adverso, se convoca al comité de seguridad del paciente para su respectivo análisis y toma de decisiones, el cual se reúne ordinariamente cada mes y extraordinariamente cuando la situación lo requiera. De todas las reuniones se deja constancia en actas firmadas por los integrantes del Comité.
- En el comité de seguridad del paciente se realiza un plan de acción o de mejoramiento en el que se involucre a los afectados (paciente, familia y colaboradores), para evitar que dicho evento adverso vuelva a ocurrir en el servicio

A través de qué medios se debe reportar:

- Verbalmente se pueden reportar incidentes y/o indicios de atención insegura

- Formato FO11_DE_GQ Reporte de hallazgos en seguridad del paciente: Se utiliza para el reporte de incidentes y/o indicios de atención insegura, eventos adversos, eventos centinelas, complicaciones.
- Formato de PQRSF: Los pacientes, proveedores o usuarios implicados en la ocurrencia de un incidente o evento adverso pueden dejar su queja en el formato, el cual se anexa al formato de hallazgos de seguridad de paciente para el respectivo análisis.

A quién se reporta:

- Al jefe inmediato y/o líder de seguridad del paciente

Confidencialidad del reporte:

La confidencialidad del reporte se asegura a través de:

- Todos los documentos y la información relacionada con un incidente o evento adverso, son manejados y custodiados por el Programa de Seguridad y son conocidos únicamente por el grupo investigador y las personas implicadas en el hecho.
- Cabe aclarar que todos los indicios de atención insegura, incidentes, eventos adversos y eventos centinelas, con su respectivo análisis, serán dados a conocer periódicamente a todo el personal, como estrategia para prevenir la ocurrencia de errores en la atención y evitar que se repitan los que ya han ocurrido, pero sin mencionar los nombres de los trabajadores involucrados

Cómo se estimula el reporte:

- La Gerencia general debe demostrar y ser explícito en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.
- Mediante el establecimiento de una cultura que anime la discusión y la comunicación de aquellas situaciones y circunstancias que puedan suponer una amenaza para la seguridad de los pacientes; y que vea en la aparición de errores y sucesos adversos una oportunidad de mejora.
- Cultura de seguridad del paciente justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Mediante actividades de educación, capacitación, entrenamiento y motivación del personal en todo lo relacionado con el programa de seguridad del paciente.

- Garantizando la confidencialidad de los análisis y sensibilizar al personal acerca de la importancia de reportar errores y eventos adversos, resaltando que no se denuncia personas sino hechos.

5.5.2 ACCION 2: Metodologías para el análisis de los eventos adversos

En presencia de un incidente o evento adverso en salud, es muy común señalar al profesional involucrado e incluso pedir sanciones por ello, no obstante, la evidencia científica nos ha demostrado que cuando un evento adverso se presenta es la consecuencia de una serie de procedimientos defectuosos, los cuales favorecen la presencia del evento adverso o no lo previnieron, es por ello que en Bonestar Salud Integral se aplicará la metodología para el análisis de los incidentes o eventos adversos conocida como Protocolo de Londres, que se presenta a continuación.

A) Protocolo de Londres:

Es otro método utilizado para el análisis de los eventos adversos. Está basado en el modelo organizacional de investigación de accidentes de James Reason. Introducido por Vincent, mira el proceso de atención desde un enfoque sistémico más amplio multicausal para encontrar las brechas e incorrecciones involucradas en todo el sistema del cuidado de la salud y no simplemente al evento en sí para detectar las causas de error. En él se involucran todos los niveles de la organización, incluyendo la alta dirección, debido a que las decisiones que allí se toman terminan por impactar directamente en los puestos de trabajo y pueden, en ocasiones, facilitar la aparición de errores que lleven a eventos adversos.

A continuación, se muestra el modelo:



Su implementación en el campo de la atención en salud se soporta en la experiencia que se tiene gracias a su utilización en otros sectores como la aviación, las petroleras, y el de la producción de energía nuclear, donde un resultado no esperado (accidente) usualmente es catastrófico. Por ello, la investigación exhaustiva para saber qué pasó, es mandatorio. Para su implementación exitosa se recomienda que, en lo posible, se aleje de la evaluación del desempeño individual y no genere procesos disciplinarios y retaliaciones, lo cual ocurre muy frecuente en nuestro sistema de salud.

B) Investigación de eventos adversos e incidentes:

Una vez se reporta un incidente o evento adverso mediante el formato FO11_DE_GQ Reporte de hallazgos en seguridad del paciente, el equipo investigador debe seguir los siguientes pasos, apoyando la investigación a través de los siguientes pasos:

a. Revisión de la historia clínica:

La primera fuente de información debe ser la historia clínica. Allí se encuentra la mayor parte de la información necesaria para, objetivamente, saber qué pasó. Quien investiga debe hacer una revisión muy cuidadosa de la historia clínica, elaborar un resumen que contenga las fechas y los aspectos clínicos más importantes de la atención médica, haciendo énfasis especial en los atributos de calidad: oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Este resumen y la historia clínica completa deben estar disponibles al momento del análisis del evento en el comité de seguridad.

b. Entrevistas:

La entrevista la realiza el líder de seguridad del paciente, es muy importante, también, para quien investiga hablar previamente con los involucrados y preguntarles sobre su versión de lo sucedido. En ocasiones, si es posible, hablar con el paciente y la familia ayudará también a tener más elementos de juicio para la discusión al momento del análisis. Se debe indagar sobre la acción insegura o falla activa y los factores que contribuyeron en la acción. Se recomienda entrevistar a todos los miembros del servicio en búsqueda de factores que pudieron contribuir a la presencia de la acción insegura o falla activa.

c. Indagación documental:

Se debe verificar si en el servicio donde se presentó el evento se cuenta con guías, protocolos, procedimientos relacionados con barreras de seguridad que sirvan de barreras de seguridad, si éstos se conocen y están disponibles para consulta. Adicionalmente se revisa la estructura, actualización y consistencia de la documentación, la facilidad de acceso a los mismos y la socialización.

d. Verificación de los recursos tecnológicos:

Se verifica si se cuenta con la tecnología adecuada para la prestación del servicio, si se encuentra en buen funcionamiento, si cuenta con el mantenimiento preventivo y si el personal ha sido entrenado en el uso de la tecnología. Para esto se entrevista al personal del servicio y al personal responsable de mantenimiento de equipos, el cual es contratado en Bonestar Salud Integral, lo cual debe hacerse cuando se considere necesario.

e. Disponibilidad del personal completo:

Se verificar si para el día del evento se encontraba todo el personal del servicio o si existió algún cambio en el personal o una ausencia del mismo. Para ello se indaga con el personal del servicio, cuando se considere necesario.

Este modelo multi-causal considera diferentes factores contribuyentes como son los del paciente, de la institución, de la gerencia, de la tarea y tecnología, del ambiente, del individuo y del trabajo en equipo. Los creadores del modelo recomiendan enfocarse inicialmente en los del paciente y su carga de enfermedad como los fundamentales para tener resultados no esperados. Identificado el factor contribuyente y priorizadas las causas por frecuencia e impacto, seguidamente nace la acción correctiva, la cual se vuelve preventiva a futuro (barrera) para evitar que el mismo evento se repita. En el transcurso del tiempo quienes lideran el programa de seguridad del paciente debe hacer vigilancia a que efectivamente se implementen las acciones de mejora recomendadas. A continuación, se describen los factores contribuyentes más comunes.

A) Análisis de eventos adversos e incidentes:

Una vez finalizada la etapa de investigación, se realiza el análisis por parte del líder del proceso involucrado y se fortalece en el comité de seguridad; para esto se deben seguir los siguientes pasos:

- a. Invitación al comité: se debe invitar a los miembros permanentes.
- b. Lectura del resumen de la investigación: la persona o el equipo referente para la seguridad del paciente realiza la lectura de los resultados de la investigación.
- c. Se realiza el análisis: para esto, el referente inicia indagando a los participantes del comité: "¿cómo cada factor contributivo predispuso o no a la presencia de la falla activa o acción insegura?", uno por uno.

Durante el análisis de un incidente o evento adverso, cada uno de los factores contributivos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea.

Contexto institucional general: El paso siguiente es considerar el y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos.

Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

Paciente: La cabeza de los factores contributivos son los relacionados con el paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores.

Individuo: Hace referencia al prestador. Los factores del tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores.

Ambiente: Se analizan los ambientes físicos (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos.

Decisiones y directrices organizacionales: Se originan en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo, estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros.

La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo

5.5.3 Acción 3: Estrategias para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente

El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

1. La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
2. El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
3. La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento
4. La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.

5. El énfasis en los resultados que se obtienen antes que en las acciones formales que se desarrolla

En Bonestar salud Integral, Se dispone de la versión tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria, la cual se aplicará en forma anual al personal de Bonestar Salud Integral, tanto asistencial como administrativo para hacer una medición de la cultura de seguridad del paciente, permitiendo a través del comparativo anual, tomar acciones que fortalezcan las estrategias de seguridad del paciente definidas por la institución. Se incluye en el anexo 1 la encuesta.

5.5.4 Acción 4: Protocolo para el Manejo del Paciente

Con el fin de prevenir incidentes y eventos adversos, es importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
2. Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
3. Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un evento adverso, y acompañarlo.

Bonestar Salud Integral, define el presente protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso:

1. No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.
2. Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso desde la consulta externa general que brinda Bonestar salud Integral. Realizar la respectiva remisión si el estado del paciente lo amerita.
3. Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
4. Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
5. Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
6. Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del evento adverso.

5.5.5. Acción 5: Acciones interinstitucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente

La Política de Seguridad del Paciente requiere de la coordinación entre actores alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, así como el incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios: En el caso de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio es claro que a su interior deben tener sus propios procesos de Seguridad del Paciente, dado que en el análisis de la causalidad de los incidentes y eventos adversos se pueden identificar factores atribuibles al asegurador, cuya intervención debe darse de manera coordinada con las instituciones de su red en lo referente a las fallas que involucren a ambos actores. Igualmente, en su relación contractual con los prestadores deben evitarse prácticas que antes que favorecer el mejoramiento, puedan incentivar el ocultamiento como:

- Las glosas indiscriminadas de situaciones calificadas unilateralmente como evento adverso sin un previo análisis con el prestador, o análisis de la recurrencia o de la existencia de programas efectivos de seguridad del paciente.
- Establecer procedimientos punitivos o que desincentiven el reporte de los eventos adversos, por parte del prestador.

Los entes externos de vigilancia y control: Los organismos de vigilancia y control son las instancias a quienes corresponde realizar el seguimiento a las situaciones de carácter particular que sean de su conocimiento, algunas de las cuales pueden estar relacionadas con incidentes o eventos adversos:

- Es importante entender que, dado el modelo explicativo de la ocurrencia de la atención insegura, a esta pueden contribuir múltiples factores, solamente algunos de los cuales son atribuibles a un individuo específico y, por lo tanto, en la ejecución de sus procesos debe tenerse en cuenta este tema, evitando el señalamiento prematuro de culpables sin una sólida base probatoria resultante de una evaluación de la situación específica.
- Debe tomarse en consideración igualmente, la ejecución de las acciones correctivas y preventivas adoptadas por la institución o el individuo frente a los mismos hechos.

El Reporte Extrainstitucional: En la búsqueda para mejorar la seguridad de los pacientes, las experiencias nacionales más avanzadas han propuesto la creación de un sistema de reporte del evento adverso y su manejo para que de las fallas sirvan a todos los actores del sistema como aprendizaje cuando los mismos errores ocurren repetidas veces en muchos escenarios y los pacientes continúan siendo lesionados no intencionalmente por errores evitables. El Sistema de Reporte extrainstitucional es voluntario y recogerá aquellos eventos adversos originados en situaciones que ameriten acciones al nivel del

sistema o coordinación entre diferentes actores. Para el sistema de seguridad institucional, esto puede constituir una oportunidad, al aportar para la generación de acciones extrainstitucionales que potencien los esfuerzos intrainstitucionales.

- El reporte puede capturar los errores, los daños y lesiones involuntarias, los incidentes, los funcionamientos defectuosos de los equipos, los fracasos de los procesos, que si no se detienen en un informe individual, sino que se proyectan a todo un sistema, se logrará estandarizar, comunicar, analizar, mejorar y en la respuesta se diseminarán las lecciones aprendidas de eventos informados.
- El sistema de reporte extrainstitucional podrá generar acciones a través de la concertación de los diferentes actores: Comité de Calidad y Seguridad, o del establecimiento de normas: Unidad Sectorial de Normalización en Salud, o generar alertas normativas: Ministerio del Protección Social – Organismos de Vigilancia y Control del Sistema.

5.5.6 Acción 6: El manejo del entorno legal

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente. Tanto las experiencias internacionales como la nacional son claras en evidenciar que benefician a las instituciones y al profesional de la salud mediante tres mecanismos básicos:

- El impacto de las acciones para la mejora de la seguridad del paciente incide en prevenir la ocurrencia de eventos adversos y por lo tanto en la disminución de los procesos legales
- Los mejores protocolos de manejo del paciente al mejorar el resarcimiento de la institución y del profesional con este, en muchas ocasiones evitan que los pacientes o sus familias instauren acciones legales que de otra manera si se hubieren producido.
- Cuando la situación llega a una instancia legal el tener procesos de seguridad del paciente podría constituirse en un factor atenuante y no tenerlo en un factor que pudiera considerarse agravante. Dado que la lesión por evento adverso no se encuentra tipificada.

El marco regulatorio al interior de la institución se dirigirse hacia:

- Estimular el reporte y sancionar administrativa y éticamente el no reporte
- Sancionar la reincidencia en las mismas fallas de atención, sin acciones de mejoramiento
- Proteger la confidencialidad del análisis del reporte de eventos adversos
- Garantizar la confidencialidad del paciente y de la historia clínica

5.6 LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

5.6.1 ESTRATEGIA 1: ESTRATEGIA EDUCATIVA

Línea de Acción 1: Capacitación en la Política y el programa de Seguridad del Paciente

Todo el personal asistencial y administrativo de Bonestar salud Integral, debe contar con certificado del curso de Seguridad del Paciente emitido por una entidad debidamente acreditada para el mismo, adicional, la IPS cuenta con un cronograma anual de capacitaciones que incluye los temas de seguridad del paciente y principales riesgos en la atención, con el fin de fomentar la cultura de seguridad, facilitar la detección, reporte, análisis y gestión de los eventos adversos, así como la socialización y actualización de los diferentes manuales, protocolos, guías, procedimientos y demás documentos elaborados para su correcta implementación por el personal del servicio, el cual se registra en el formato FO01_AP_GH Cronograma Anual de Capacitaciones.

Línea de acción 2: acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad: Las actividades se describen en el documento: PR04_MI_CE Procedimiento de promoción del autocuidado al paciente y allegados

5.6.2 ESTRATEGIA 2: PROMOCIÓN DE HERRAMIENTAS ORGANIZACIONALES

Línea de Acción 1: Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad)

Con el fin de realizar la gestión de incidentes y eventos adversos, Bonestar Salud Integral dispone de herramientas para el reporte a través del formato FO11_DE_GQ Reporte de hallazgos en seguridad del paciente, los cuales se gestionan mediante la metodología de Protocolo de Londres. Estos resultados se analizan mensualmente en la reunión del comité integrado de seguridad del paciente, comité de infecciones, comité de historias clínicas, vigilancia epidemiológica, comité de ética y el comité del grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria, creado por Resolución 001 del 25/08/2023, a través de los cuales se realiza seguimiento a la gestión de todos los casos reportados y se definen las respectivas barreras de seguridad y planes que permiten el mejoramiento continuo

Línea de Acción 2: Promoción del reporte extrainstitucional

Los eventos se reportarán a través de los aplicativos del Sistema de Información para la Calidad según resolución 256, los hallazgos en seguridad del paciente que apliquen, al igual que los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica, farmacovigilancia y tecnovigilancia cuando se presenten.

5.6.3 ESTRATEGIA 3: COORDINACIÓN DE ACTORES

Línea de Acción 1: Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente

Mediante resolución 001 del 25/08/2023 se crea el comité integrado de Bonestar salud integral que incluye la conformación del comité de seguridad del paciente, comité de infecciones, comité de vigilancia epidemiológica, comité de historias clínicas, comité de uso racional de antibióticos, comité de ética y el comité del grupo de gestión ambiental.

Equipo de seguridad del paciente

Bonestar salud Integral mediante Resolución número 001 del 25/08/2023 constituyó el comité de seguridad del paciente y en él, el equipo para la gestión de la seguridad del paciente que acorde a la estructura y complejidad de la institución, está conformado por:

- Gerente General
- Médico de consulta externa
- Auxiliar de enfermería

El grupo está liderado por la Gerente General y tendrá por objeto:

1. Liderar la gestión de la seguridad del paciente, la implementación de estrategias y su socialización, acorde a la política de Seguridad de la paciente definida en su programa.
2. Reducir daños no intencionales a los pacientes, a través de la prevención y disminución de los errores, identificados tanto en el sistema como en las personas.

Funciones del comité de seguridad del paciente

1. Definir e implementar la política de seguridad del paciente en cumplimiento de los lineamientos nacionales velando por el seguimiento a las estrategias establecidas en el Programa de Seguridad del Paciente.
2. Realizar un análisis acerca del estado de la calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente en la institución en forma periódica, midiendo el impacto obtenido con el fin de tomar las acciones correctivas y de mejoramiento requeridas.
3. Garantizar la capacitación en seguridad del paciente a todo el personal, favoreciendo la detección y prevención oportuna de los eventos adversos e incidentes derivados de la prestación de servicios.

4. Orientar y realizar seguimiento a la implementación de las estrategias de seguridad del paciente de manera articulada con los procesos de calidad, identificando oportunidades de mejora que cumplan los objetivos propuestos.
5. Fomentar la cultura del reporte y análisis de eventos adversos que se presenten en la institución.
6. Realizar seguimiento a la gestión de los eventos adversos reportados, al igual que a la implementación de planes de acción tendientes a disminuir la ocurrencia de los mismos
7. Retroalimentar los resultados de la gestión de eventos adversos.
8. Realizar seguimiento a las acciones de mejora generadas de los análisis de eventos adversos.
9. Identificar y aprender de los errores sucedidos en la atención clínica, creando prácticas seguras a través de implementación de procesos seguros y el fortalecimiento o creación de barreras de seguridad.
10. Diseñar estrategias que busquen garantizar la adherencia de los trabajadores de Bonestar Salud Integral a los lineamientos definidos en el Programa de Seguridad del Paciente
11. Las demás funciones que sean propias de su naturaleza, al igual que la asesoría y orientación frente a la calidad y la seguridad de la atención en salud

Línea de acción 2: Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente

Nuestra política de seguridad del paciente, se dará a conocer a través a nuestros proveedores, aseguradores y demás contratantes o contratistas, para trabajar conjuntamente por el fortalecimiento de las barreras de seguridad que garanticen la calidad de atención a nuestros pacientes. Las aseguradoras y demás partes interesadas, pueden hacer seguimiento a la documentación, implementación y resultados del programa de seguridad del paciente establecido por la institución.

5.6.4 ESTRATEGIA 4: Estrategia de información

Línea de acción 1: Plan de medios

Nuestra política de seguridad del paciente, se difundirá a través de las redes sociales de Bonestar Salud Integral, igualmente estará publicada en la cartelera institucional ubicada en la sala de espera de nuestros pacientes.

Línea de Acción 2: Difusión de Alertas de Seguridad del Paciente

Las alertas de seguridad de tecnovigilancia y farmacovigilancia, serán revisadas y socializadas al equipo institucional cuando apliquen, para la toma de medidas oportunas que minimicen el riesgo en la atención de nuestros pacientes.

5.6.5 ESTRATEGIA 5: Articulación de componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad

La Política de Seguridad del Paciente se entenderá integrada con los procesos institucionales, como se puede evidenciar en las siguientes políticas, programas, guías, protocolos, procedimientos y manuales:

1. PO02_DE_GG Política de no reuso.
2. PG01_MI_CE Programa de seguridad del paciente
3. PR02_MI_CE Procedimiento de consentimiento informado
4. PR04_MI_CE Procedimiento de promoción del autocuidado al paciente y allegados
5. PR09_MI_CE Procedimiento de comunicación efectiva
6. PT01_MI_CE Protocolo correcta identificación de paciente
7. PT02_MI_CE Protocolo lavado de manos
8. PT02_MI_CE Protocolo para la minimización del riesgo de caídas
9. PL03_AP_GA Programa control de infecciones
10. MN01_AP_GA Manual de limpieza y desinfección
11. MN02_AP_GA Manual de bioseguridad
12. PG01_AP_GA Programa de orden y aseo
13. PG01_AP_MD Programa de uso racional de antibióticos
14. PR02_AP_MD Procedimiento Uso seguro de medicamentos
15. MN01_AP_GI Manual de historias clínicas
16. PG01_AP_GH Programa de seguridad y salud en el trabajo

5.7 Medición de la Política de Seguridad del Paciente

La política se mide a través de los indicadores de seguridad del paciente, los cuales se alinean a la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Protección Social: Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

Bonestar Salud Integral realiza un seguimiento periódico mediante indicadores de proceso, estructura y resultado, así monitoriza constantemente la seguridad de la atención, a través de la medición planificada, periódica y sistemática. La frecuencia de las mediciones se realiza de acuerdo a lo establecido en cada una de las fichas de los indicadores FO08_DE_GQ Indicadores de Gestión

Tabla de indicadores del Programa de seguridad del paciente

#	NOMBRE	FORMULA	FUENTE
1	Proporción de infecciones asociadas a la atención en salud	$\frac{\text{N.º de casos de IAAS}}{\text{N.º total de pacientes atendidos en consulta externa}}$	FO11_DE_ GQ Reporte de hallazgos
2	Proporción de adherencia a la higiene de manos	Total, de criterios cumplidos/Total de criterios evaluados	Lista de chequeo FO03_DE_ GQ Ronda de seguridad lavado de manos
3	Proporción de adherencia medidas de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud	Total, de criterios cumplidos/Total de criterios evaluados	Lista de chequeo FO06_DE_ GQ Ronda de seguridad prevención de infecciones asociadas a la atención en salud
4	Porcentaje de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente	$\frac{\text{Número de Incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente}}{\text{Total de eventos adversos presentados en el periodo}}$	FO11_DE_ GQ Reporte de hallazgos
5	Porcentaje de incidentes o eventos adversos relacionados con la identificación redundante	$\frac{\text{Número de pacientes con incidentes o eventos adversos relacionados con la falla en la identificación redundante}}{\text{Total, de eventos adversos presentados en el periodo}}$	FO11_DE_ GQ Reporte de hallazgos
6	Proporción de adherencia al protocolo correcta identificación del paciente	Total, de criterios cumplidos/Total de criterios evaluados	Lista de chequeo FO04_DE_ GQ Ronda de seguridad correcta identificación del paciente
7	Porcentaje de incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	$\frac{\text{Número de Incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la comunicación con el paciente o equipo de salud}}{\text{Total de eventos adversos presentados en el periodo}}$	FO11_DE_ GQ Reporte de hallazgos
8	Cumplimiento del programa de capacitación en principales riesgos	$\frac{\text{Numero de capacitaciones ejecutadas}}{\text{Total de capacitaciones programadas}}$	FO01_AP_ GH Cronograma de capacitación en principales riesgos en la atención
9	Proporción de pacientes ambulatorios a quien se les brindo información sobre autocuidado	$\frac{\text{Número de pacientes ambulatorios a los cuales se les entregó información sobre autocuidado}}{\text{Total de pacientes auditados en el periodo.}}$	Historia clínica - registros sobre información y actividades de educación al paciente/familia
10	Proporción de adherencia a los procedimientos de comunicación y promoción del autocuidado del paciente	Total, de criterios cumplidos/Total de criterios evaluados	FO09_DE_ GQ Ronda de seguridad comunicación y promoción del autocuidado al paciente
11	Proporción de reacciones adversas a medicamentos.	$\frac{\text{Número de casos notificados de reacción adversa a medicamentos según el código CIE 10, causados en un período determinado}}{\text{Población medicada durante ese período}}$	Lista de chequeo FO07_DE_ GQ Auditoria historia clínica. FO11_DE_ GQ Reporte de hallazgos
12	Porcentaje de errores de medicación	$\frac{\text{No. de errores de medicación identificados en el periodo}}{\text{No. de medicaciones administradas en el periodo}}$	Lista de chequeo FO07_DE_ GQ Auditoria historia clínica.

		pacientes atendidos en el período	FO11_DE_ GQ Reporte de hallazgos
13	Proporción de caídas del paciente	Número de caídas/Número de pacientes atendidos durante el periodo	FO11_DE_ GQ Reporte de hallazgos
14	Adherencia al protocolo prevención de caídas	Criterios cumplidos/Criterios a cumplir	Lista de chequeo FO05_DE_ GQ Ronda de seguridad prevención y reducción de caídas
15	Adherencia al correcto diligenciamiento de historia clínica institucional	Total, de criterios cumplidos/Total de criterios evaluados	FO07_DE_ GQ Auditoria historia clínica
16	Adherencia a guías de manejo	Total, de criterios cumplidos/Total de criterios evaluados	FO10_DE_ GQ Evaluación de adherencia a guías de manejo
17	Proporción de eventos adversos	Total, de eventos adversos reportados el periodo /Total de pacientes atendidos	FO11_DE_ GQ Reporte de hallazgos
18	Proporción de incidentes	Total, de incidentes reportados el periodo /Total de pacientes atendidos	FO11_DE_ GQ Reporte de hallazgos
19	Proporción de vigilancia de eventos adversos en la atención	Total, de eventos gestionados/ Total de eventos reportados	FO11_DE_ GQ Reporte de hallazgos FO12_DE_ GQ Análisis de eventos - protocolo de Londres
20	Proporción de adherencia al manual de bioseguridad	Total, de criterios cumplidos/Total de criterios evaluados	FO13_DE_ GQ Adherencia al manual de bioseguridad
21	Proporción de adherencia al programa de uso racional de antibióticos	Total, de criterios cumplidos/Total de criterios evaluados	FO14_DE_ GQ Adherencia al uso racional de antibióticos

6. BIBLIOGRAFIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, Bogotá D.C., noviembre de 2008

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Paquetes instruccionales guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" Versión 2

MOLINA OSPINA y otros. El comportamiento de la seguridad del paciente en Colombia. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, 2021 En:
https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4163/Monografia_El%20comp%20ortamiento%20de%20la%20seguridad%20del%20paciente%20en%20Colombia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. ANEXOS

	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Código: PO01_DE_GG Versión: 01 Fecha: 10/09/2023
		Responsable: Gerente General y Coordinadora de calidad Página 28 de 28

7.1 Anexo 1: FO11_DE_GQ Reporte de hallazgos

	REPORTE DE HALLAZGOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Código: FO11_DE_GQ
		Versión: 1
		Fecha: 10/09/2023
		Responsable: Gerente General y Coordinadora de calidad
OBJETIVO: Disponer de una herramienta que permite El reporte de los hallazgos en seguridad del paciente (Incidentes, eventos adversos, complicaciones, eventos centinela) que se presenten en la institucion para el respectivo analisis y mejora en favor de la seguridad del paciente.		
INSTRUCTIVO: Marcar con x en la casilla según corresponda cumple, no cumple, no aplica		
FECHA DE OCURRENCIA:		HORA:
SERVICIO EN QUE SE PRESENTA:		
DESCRIPCION DEL EVENTO:		
		
ELABORADO POR (Opcional):	FECHA DE REPORTE:	

8. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	DESCRIPCION DEL CAMBIO
01	10/09/2023	Coordinadora de calidad	Gerencia General	Gerencia General	Elaboración del documento