

PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD

Código: DI-GDC-003

Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Versión: 2

Páginas: 1 de 43


COPIA CONTROLADA

No. COPIA

COPIA NO CONTROLADA

CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN	MEJORAMIENTO
Mejoramiento	Octubre de 2017	<p>Se aumenta en definiciones los conceptos de fármaco y tecnología vigilancia, eventos adversos a medicamentos, reporte y dispositivo médico, medicamento, PRUM y PRM.</p> <p>Se ajusta objetivo general y finalidad.</p> <p>Se modifica misión, visión, valores corporativos, principios corporativos, política de seguridad del paciente y se adiciona objetivos corporativos acordes a la actual vigencia.</p> <p>Se corrige definición de evento por error de escritura. Se ajusta en la parte de gestión de eventos adversos con diagrama y lo que corresponde a fármaco y tecnología vigilancia.</p> <p>En identificación de eventos adversos se adiciona un literal.</p> <p>En ¿cómo reportar? Y acciones de reducción del riesgo, se aumenta un numeral</p> <p>Se realiza ajuste en la zona de cómo se estimula el reporte.</p> <p>Se cambia la palabra RAM por planes de mejoramiento.</p> <p>se ajusta los objetivos generales y específicos acorde a la actualización de cada guía y protocolo</p>	Acción de Mejora
Mejoramiento	Mayo del 2018	<p>Se realiza modificación del alcance, se adiciona la legislación de seguridad del paciente vigente, política y objetivos de la política acorde al documento actual,</p> <p>Se modifica principios orientadores del programa, gestión de procesos seguros y se modifica la palabra misiones por procesos seguros.</p> <p>En los procesos seguros de procesos seguros en piscinas se ajusta objetivos generales y específicos acorde a los cambios realizados al protocolo y se elimina la misión de propiedad del cliente la cual se encuentra inmersa en el proceso de gestión documental, por tanto se iniciara a tratar este tema dentro de ese proceso.</p> <p>Se elimina diseño del programa, fundamento gestión integral de calidad, elementos de la gestión integral de calidad.</p>	Acción de Mejora

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 2 de 43

0. INTRODUCCION

La razón de todo sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población, mediante programas, procesos y procedimientos no solo gubernamentales si no también institucionales y humanos que garanticen el mejor resultado para el paciente, su familia y la comunidad.


La constitución política de Colombia de 1991 y la Ley 100 de 1993 consagran que es deber del estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad, calidad y solidaridad. Nuestro actual sistema de seguridad social en salud presento un importante cambio con la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad mediante decreto número 1011 de 2006, describiendo la seguridad del paciente, el acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia y la continuidad como características fundamentales de la calidad de la atención, lo que ha llevado a los prestadores a ser más competentes, mas organizados y sobre todo más consientes sobre la seguridad de los pacientes dentro de sus propias instalaciones.

La necesidad de sentirse seguro es una preocupación constante que debe ser satisfecha, para alcanzarla se debe liderar un interés por mejorar el funcionamiento de las instituciones de salud, en este sentido se quiere a través de este programa proponer una iniciativa de acción fundamentada en un marco legal, con el fin de garantizar a la población una atención de calidad.

Por ello es necesario entregar atenciones seguras trabajando activamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, en un ambiente educativo de responsabilidad, estimulando el reporte y el no deterioro de la calidad en la atención.

Según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los errores médicos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos, mientras que, en Australia, esta cifra es de aproximadamente 16,6%. A las consecuencias directas en la asistencia se suman sus repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y al propio dolor de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos representan en algunos países un costo anual de entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses.

La seguridad clínica actualmente es la prioridad en todos los sistemas de salud en el mundo y desde el sistema Único de Habilitación se requiere realizar Seguimiento a Riesgos, para garantizar la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos en cada uno de los servicios que se ofrecen. Los eventos adversos son uno de los principales elementos a través de los cuales los diversos actores en los diferentes niveles del sistema pueden verificar si los procesos estandarizados o las

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 3 de 43

acciones de mejoramiento efectivamente se están traduciendo en resultados en la calidad de los servicios que recibe el usuario.

El Sistema Único de Acreditación es una herramienta eficaz para el cambio de cultura en procura de un mejor cuidado para mayor seguridad del usuario.

1. JUSTIFICACIÓN


Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces que, en una atención sencilla, pueden ocurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del paciente se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás procesos. La OMS lanzó en 2004 la “Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente”, buscando estandarizar en los hospitales y en los sistemas de salud prácticas que brinden mayor seguridad y menores errores asistenciales, garantizando así una prestación de servicios de salud con calidad, basados en necesidades del paciente, en el cuidado y la protección de este.

Las estrategias de mejora de la seguridad de la asistencia sanitaria que se han desarrollado en los últimos años se basan en la aplicación de una serie de principios y técnicas que provienen de las llamadas «ciencias de la seguridad», como son el análisis de sistemas, la psicología cognitiva y la ingeniería de factores humanos.

La seguridad de un determinado sistema es una propiedad del mismo en su conjunto que depende del funcionamiento de todos sus componentes y procesos, de los profesionales que intervienen y de las interacciones entre ellos. En consecuencia, centrarse en mejorar un componente del sistema o en prevenir un determinado incidente no conduce a mejoras integrales.

En Colombia dicha cultura está apenas surgiendo como consecuencia de la globalización de la salud, además, gracias al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (decreto 1011 de 2006), que en conjunto con el Ministerio de la Protección Social y el ICONTEC “exigen a las instituciones mostrar avances en la detección, registro e intervención de los eventos adversos para solicitar la evaluación de la visita de evaluación externa, esto llevado a que muchas instituciones busquen conocer los trabajos acerca de este tema en el mundo”¹, es así como uno de los logros más grandes que trajo consigo el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido la creación, impulso y los esfuerzos de las entidades prestadoras de servicios de salud por implementar una política de seguridad clínica del paciente.

Son pocos los estudios realizados en Colombia acerca de la seguridad clínica del paciente, el más sobresaliente es el “Estudio IBEAS (Prevalencia de Eventos Adversos en

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 4 de 43

Hospitales de Latinoamérica), proyecto desarrollado por Colombia en conjunto con México, Costa Rica, Perú y Argentina, con el patrocinio de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS Ginebra) y la Organización Panamericana de la Salud y el soporte técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo (España), es uno de los proyectos más relevantes en la actualidad en el contexto internacional”²

“Este proyecto que tiene como objetivos conocer la prevalencia de Eventos Adversos en hospitales de cinco países de América Latina, desarrollar metodologías comparables internacionalmente y que sean de fácil adaptación en las instituciones de dichos países frecuentemente limitados para desplegar estudios de común aplicación en otras regiones del mundo, así como entrenar grupos de evaluadores expertos; será un gran avance en el despliegue y profundización de nuestra estrategia de seguridad del paciente y un importante paso hacia la construcción de una Política de Seguridad del Paciente en el país”³


Es así como vemos que la seguridad clínica del paciente nace de la necesidad de crear una cultura encaminada a la prevención de Eventos Adversos, a la creación de indicadores de calidad y sobre todo a la protección de los pacientes.

Dado que mejorar la seguridad de los pacientes exige un enfoque que permita identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales y encontrar soluciones, es necesario el establecimiento de un sistema completo y oportuno de notificación de los Eventos Adversos, que facilite el análisis, realizar investigaciones y así tomar medidas preventivas y/o correctivas.

2. DEFINICIONES

Seguridad del Paciente: La Seguridad del paciente de acuerdo a la OMS se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención en salud. Se conoce como tal al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Dispositivo médico: cualquier instrumento, aparato, máquina, implante, reactivo o calibradores in vitro, software o artículo relacionado, que no ejercen la acción principal que se desea por medio farmacológicos, inmunológicos o metabólicos y que sean destinados por el fabricante a ser usado solo o en combinación para uso humano en: diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una enfermedad, lesión o deficiencia; investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico; diagnóstico del embarazo y control de la concepción; cuidado durante el embarazo o nacimiento, o después del mismo y productos para la desinfección de dispositivos médicos.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 5 de 43

Medicamento: preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

Problemas relacionados con la utilización de medicamentos (PRUM): Son las causas prevenibles asociadas a errores de medicación, incluyendo los fallos en el sistema de suministro de medicamentos, relacionados principalmente a la ausencia en los servicios de procesos administrativos y técnicos.

Estos problemas se pueden clasificar en:

- a) PRUM relacionado con la disponibilidad
- b) PRUM relacionado con la calidad
- c) PRUM relacionado con prescripción
- d) PRUM relacionado con dispensación
- e) PRUM relacionado con la administración
- f) PRUM relacionado con el uso

Problemas relacionados con medicamentos (PRM): es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que se asocia o se sospecha asociado a una terapia realizada con medicamentos y que interfiere o potencialmente puede interferir con el resultado deseado para el paciente. La clasificación de los RNM se fundamenta en las tres necesidades básicas de una farmacoterapia: necesaria, efectiva y segura.

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


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.

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.

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

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 6 de 43

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

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.

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

Evento: Desviación en los procesos definidos para la atención en salud en CEHANI E.SE, 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.

Incidente desfavorable, hecho inesperado, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado no relacionado con la historia natural de la enfermedad que ocurre en asociación directa con la atención médica.

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 adverso a medicamentos (EAM): es cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante un tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente relación causal con dicho tratamiento.

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.

Farmacovigilancia: Ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos a medicamentos o cualquier otro problema asociado al uso de medicamentos.

Tecno vigilancia: conjunto de actividades que tienen por objeto la identificación y cualificación de eventos e incidentes adversos serios e indeseados producidos asociados con los dispositivos médicos, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a estos, con base en la notificación, registro y evaluación sistemática, con el fin

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 7 de 43

de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición.

Reporte: Es el medio, por el cual, un reportante notifica sobre un evento adverso sucedido a un paciente al sistema de Farmacovigilancia

3. RESEÑA HISTORICA CEHANI ESE

La Empresa Social del Estado Centro de Habilitación del Niño “**CEHANI E.S.E.**”, con sede en la ciudad de San Juan de Pasto, se inició en el mes de marzo de 1970 como una entidad de derecho privado bajo el nombre de CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL “CEDES”, fundado por la Fonoaudióloga MARÍA ISABEL ARROYO de FIJTEN y un grupo de colaboradores. En ese entonces, el enfoque inicial en la prestación de los servicios fue Educativo. En sus inicios funcionó en un aula cedida por el Instituto Nacional para Ciegos “INCI” en donde se atendían 7 niños sordos, quienes podría decirse son los usuarios fundadores de esta entidad.


A medida que la comunidad fue conociendo e identificando los servicios que se prestaban, empezaron a acudir varios niños con discapacidad auditiva quienes llevaban la esperanza de encontrar una solución a su discapacidad. Es así como creció paulatinamente hasta que se vio la necesidad de buscar una Sede que le permitiera atender la mayor afluencia de usuarios que día a día llegaban a esta entidad.

En ese entonces la fonoaudióloga MARIA ISABEL ARROYO DE FIJTEN, quien estaba a la cabeza de esta naciente obra, busca el apoyo de las autoridades departamentales y un año después de haber iniciado sus labores y tras demostrar la importancia de este servicio dentro de la comunidad, logró su departamentalización mediante Decreto 964 de diciembre 15 de 1971.

Una vez el CEDES transformado en entidad del orden departamental y viéndose la necesidad de un espacio más amplio para su funcionamiento, obtuvo la asignación en comodato de una de las propiedades del departamento situada en la calle 14 con carrera 24, en la cual funcionó por más de 10 años.

Con todo el compromiso y el convencimiento de estar trabajando por una comunidad especial, la Sra. ARROYO DE FIJTEN como Directora de la entidad, realiza las gestiones necesarias para conseguir recursos que le permitan contar con una sede propia. Es así como logró que el gobierno departamental le asignará recursos por 10 millones de pesos. Los cuales fueron capitalizados durante 10 años hasta lograr el capital suficiente para la adquisición de un lote propio en la zona de Torobajo, y más tarde construir la sede en donde actualmente funciona **CEHANI ESE**.

Hasta 1988 el CEDES, funcionó como una Entidad perteneciente al sector educativo, sin embargo, dadas las características de la población atendida y las necesidades que ella presentaba, se presenta ante el gobierno departamental la justificación requerida para que se transforme en una entidad de salud y por lo tanto es adscrita a la dirección

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 8 de 43

departamental de salud.

A partir de 1988, se transforma en entidad del sector salud y cambia su razón social como CENTRO DE HABILITACION DEL NIÑO – **CEHANI ESE**.

En el año de 1997, mediante Ordenanza 031 del 9 de agosto, en cumplimiento de lo ordenado por la ley 100 de 1993, el **CEHANI ESE** se reorganiza como Empresa Social del Estado de segundo nivel de atención en salud, adscrita a la Secretaría Departamental de Salud e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y funciona como entidad descentralizada del orden departamental con patrimonio propio y autonomía administrativa.


A lo largo de sus 43 años de existencia **CEHANI ESE** ha recibido el apoyo no solo de las entidades del sector público sino también de la empresa privada y de organizaciones internacionales, a través de las cuales ha conseguido obras como la construcción de piscinas de aguas termales financiadas por el Club Rotarios de la Ciudad de Pasto, material terapéutico donado por la Embajada de Holanda, el vehículo en el cual se transportan los usuarios de la entidad donación realizada por la Embajada del Japón, el equipo de electroencefalografía adquirido con recursos transferidos por el Ministerio de Salud, el equipo de impedanciometría donado por la Presidencia de la República y muchas otras donaciones que han apoyado la labor de la Institución.

La trayectoria de **CEHANI E.S.E.** durante más de cuatro décadas cumpliendo con su objeto social enfocado a la habilitación – rehabilitación de los niños y personas discapacitadas, muestran una institución que supo adaptarse a su entorno transformándose cuando se requirió, de una institución con enfoque educativo a una institución que desarrolla su misión desde el sector de la salud, siendo actualmente una Empresa Social del estado, que cumple con el propósito de habilitación funcional, mediante la atención clínico-terapéutica, que conlleva a mejorar la calidad de vida de la población Nariñense.

4. PLATAFORMA ESTRATEGICA CEHANI ESE

4.1. MISION

EL CENTRO DE HABILITACIÓN DEL NIÑO – CEHANI ESE es una Empresa Social del Estado, de II Nivel de Complejidad que presta servicios de salud especializados en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y habilitación-rehabilitación, con o en riesgo de afectación en las áreas cognitiva, auditiva, visual, de comunicación y neurológica; con mejoramiento continuo y un equipo humano comprometido; acompañando al usuario, su familia y comunidad; amigable con el medio ambiente y amplia participación social; gestionando nuestros recursos con racionalidad económica en forma transparente y honesta como Empresa Social del Estado.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 9 de 43


4.2. VISION

Para el año 2020, el CEHANI ESE será una Empresa Social del Estado acreditada y reconocida a nivel nacional por su modelo de atención, certificada como institución verde en el sector salud, contribuyendo al bienestar del usuario, familia y comunidad.

4.3. OBJETIVOS CORPORATIVOS

Contribuir al desarrollo del Departamento, mejorando la calidad de vida de los niños y jóvenes que presentan deficiencias intelectuales, sensorio-motoras, auditivas, de comunicación; rehabilitación en ortopedia pediátrica y epilepsia; en la medida en que esté a su alcance. Para lo cual tendrá en cuenta:

- Aplicar los programas específicos que el Ministerio de la Protección Social adopte frente a la prevención y atención de la discapacidad, con base en la normatividad vigente.
- Fomentar el cumplimiento de los derechos del niño con discapacidad, previstos en el Artículo 5º de la Declaración Universal de los Derechos del Niño originario de la ONU.
- Producir servicios de salud, eficaces y eficientes que cumplan con las normas de calidad establecidas de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Entidad, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles, pueda ofrecer.
- Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Entidad.
- Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales y jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecida por la ley y los reglamentos.
- Prestar servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas de la población en relación con la promoción, el fomento y la conservación de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad.
- Satisfacer las necesidades esenciales y secundarias de la salud de la población usuaria a través de acciones gremiales, organizativas, técnico-científicas y técnico-administrativas.
- Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la Entidad, mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren su permanencia en el mercado, su crecimiento, calidad de recursos, capacidad de competir en el mercado y rentabilidad social y financiera.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 10 de 43

4.4. PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Equidad: Los servicios de salud se brindan de igual manera a todos los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Calidad: La atención en salud brindada deberá atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

Eficiencia: Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de nuestra población.

Solidaridad: Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en salud, entre las personas.

Transparencia: Las condiciones de prestación de los servicios de salud son públicas, claras y visibles.

Corresponsabilidad: Los usuarios deben propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos de la entidad.

Trabajo en equipo: En el CEHANI ESE, el trabajo en equipo fortalece las relaciones en torno a propósitos encaminados hacia un mismo fin, aumenta la capacidad creativa, productiva y la calidad de su trabajo. Crea un clima de armonía en las relaciones interpersonales, haciendo posible la autoevaluación y optimizando los resultados.

4.5. VALORES CORPORATIVOS


Ética: Son las pautas que orientan el actuar del talento humano, quienes cumplen cabalmente los postulados y mandatos legales, los reglamentos internos del CEHANI ESE y el quehacer de sus profesiones u oficios, orientados hacia el bien común.

Honestidad: Los trabajadores del CEHANI actúan con rectitud, transparencia y coherencia con lo que piensan, expresan y hacen.

Respeto: Los trabajadores del CEHANI se apoyan en la igualdad y el deseo sincero de hacer algo por los demás, comprendiendo las necesidades básicas del ser humano y tolerando sus debilidades. Se profesa el respeto por cada uno, por la profesión u oficio, por el trabajo que se realiza, por el usuario, por las normas y conductas personales y sociales que impone la naturaleza humana, la comunidad y la sociedad.

Lealtad: Los trabajadores de la entidad son fieles con los principios y valores institucionales para contribuir con el desarrollo del CEHANI.

Responsabilidad: Los trabajadores del CEHANI ESE reconocen y asumen los efectos de sus actuaciones y omisiones, previendo y corrigiendo las consecuencias negativas de las

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 11 de 43

mismas como individuos y como organización de modo que se contribuye a un clima laboral óptimo en la Entidad y a la toma adecuada de decisiones en el ejercicio de sus funciones y obligaciones.

Compromiso: Es la interiorización y apropiación de los postulados y políticas institucionales por parte de los trabajadores del CEHANI ESE que se asume como una filosofía y cultura organizacional para el cumplimiento de la misión y visión de la entidad.

5. POLITICA ORGANIZACIONAL

En nuestra institución prestamos servicios de salud dirigidos a la habilitación - rehabilitación de nuestros usuarios con bases técnico- científicas y una atención humanizada donde el usuario es el eje de nuestro quehacer, con criterios de calidad, en continuo mejoramiento, que involucra a la familia y la comunidad.

6. POLITICA DE CALIDAD


El Centro de Habilitación del Niño CEHANI, Empresa Social del Estado, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a través del fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, orienta sus esfuerzos a prestar una atención segura y cálida centrada en sus usuarios y partes interesadas, ofreciendo servicios integrales de Habilitación y Rehabilitación accesibles, oportunos y continuos; soportados con personal competente, manejo eficiente de los recursos y enfoque al mejoramiento continuo generando satisfacción a los usuarios, familia y comunidad, con un entorno amigable con el medio ambiente

7. OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa que incentive, promueva, gestione, garantice e implemente las prácticas seguras que mejoren la calidad del servicio y minimicen el riesgo de la atención en salud en **CEHANI ESE**, a través del programa de seguridad del paciente.

7.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la terminología relacionada con la seguridad del paciente, de tal manera que el personal de **CEHANI ESE** esté capacitado para reconocer y reportar un evento adverso.
- Establecer un entorno seguro de la atención en salud dentro de la institución.
- Promover una cultura de seguridad en todos los trabajadores.
- Minimizar el riesgo de la atención en salud.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de barreras de seguridad.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 12 de 43

- Brindar lineamientos básicos sobre seguridad del paciente que permita guiar las acciones del personal de salud de **CEHANI ESE** a una cultura dirigida al control del riesgo.
- Establecer los pasos a seguir para la identificación, análisis, reporte, seguimiento y evaluación relacionada con incidentes y/o eventos adversos.
- Plantear estrategias para la educación continua del personal de **CEHANI ESE**, que permitan enfocar sus acciones a planes de mejora, a partir del reporte de los incidentes y/o eventos adversos.
- Vincular y educar a usuarios, familiares y la comunidad en las prácticas seguras durante el proceso de atención.

8. ALCANCE


El programa de seguridad del paciente involucra en su desarrollo e implementación al grupo de colaboradores de **CEHANI ESE**, liderados por la alta gerencia e involucrando a usuarios, familia comunidad y/o cuidadores, para propender por la consolidación de un entorno seguro para los usuarios, familia, comunidad y/o cuidadores, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del proceso de atención y el fomento de la cultura de seguridad, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención, a través del reporte activo de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje organizacional

9. LEGISLACION SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

Desde este punto de vista dicha política está apoyada por medio de diferentes acuerdos, leyes y decretos, el principal y por ende el más importante es el “Decreto 1011 de 2006, que define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyas acciones se orientan a la mejora de resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, en la vigilancia y prevención de Eventos Adversos”⁴, el cual desde sus cuatro componentes busca mejorar la calidad en la atención del paciente minimizando los riesgos en salud.

Desde el Sistema Único de Habilitación se establecen los estándares mínimos y básicos de atención que deben cumplir las distintas entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de proteger del riesgo al paciente, desde el Sistema Único de Acreditación se ha venido promoviendo en todas aquellas instituciones acreditadas y en proceso de acreditación la creación de una política interna basada en la seguridad clínica del paciente, haciéndolas más competitivas en el medio y favoreciendo la protección del paciente en cuanto a riesgos y Eventos Adversos institucionales, en el Sistema de Información para la Calidad se ha creado un Sistema de Monitorización de Indicadores de

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 13 de 43

Calidad (Sistema de Información para la Calidad), que permite hacer seguimiento al estado de la calidad de la atención en salud en Colombia, a los Eventos Adversos presentados en cada una de estas instituciones, las consecuencias para el paciente y el sistema y además los gastos que estos acarrearán.

En el numeral 9 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, se señala que “el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”⁵.


En el artículo 42 numeral 5 de la Ley 715 de 2001, “se establece como competencia de la nacional definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el sistema general de seguridad social en salud; así como divulgar sus resultados con la participación de las entidades territoriales”⁶.

En 2008 el Ministerio de Salud de nuestro país, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad.

En el mundo entero el reporte “Errar es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es reconocido hoy como el documento que dio vida al movimiento mundial por la seguridad de los pacientes. En respuesta a este problema mundial, considerado como una verdadera epidemia, en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la antigua Alianza Mundial por la Seguridad de los pacientes, hoy Programa de Seguridad del Paciente de la OMS y conminó a los países miembros a trabajar en el tema para evitar eventos adversos prevenibles. Desde entonces son gigantescos los esfuerzos que se realizan para mejorar la seguridad de la atención y numerosas las publicaciones internacionales evidenciando el problema y entregando soluciones.

En el 2004 la encuesta nacional hecha por la Agencia para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (AHRQ), la misma que fue creada por el gobierno Clinton para que apoyara económicamente todo el trabajo relacionado, evidenció que el 55% de quienes respondieron se sentían insatisfechos con la calidad de atención en salud en su país (11% más que la encuesta 4 años atrás) y de hecho, 40% creían que la calidad de atención había empeorado. Cinco años más tarde (diez años después de la publicación) un nuevo reporte de la misma agencia continúa con la misma percepción y evidencia en el 2009 que uno de cada 7 pacientes hospitalizados del Medicare experimenta 1 o más Eventos Adversos y que miles de pacientes desarrollan cada año infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACC).

Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en nuestras instituciones, más recientemente en nuestras instituciones pasamos de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una estructura

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
		Versión: 2
		Páginas: 14 de 43

exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros, tal como lo dicta nuestra reciente resolución 2003 de 2014.

Desde el 2004, el Ministerio de la Protección Social tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores, como se le llamó en ese momento; se hicieron reuniones de consenso en diferentes partes del país y se promovieron los procesos de vigilancia de estos eventos en algunas instituciones.


En ese mismo año, con la colaboración de ICONTEC, ente acreditador en salud, se estableció como prerrequisito necesario para aplicar a la acreditación en salud, que la institución demostrara que desarrollaba procesos de vigilancia de los mencionados eventos.

Dos años más tarde, en 2006, la evaluación del proceso mostró avances tangibles que llevaron a tomar la decisión de extender a todo el país la estrategia; lo cual se hizo mediante la expedición de la Resolución 1446 de 2006. El tema de la Seguridad del Paciente es complejo. La estrategia de Seguridad del Paciente requiere acciones coordinadas y, sobre todo, un importante cambio cultural en las organizaciones y en el país, y exige amplia concertación. Este libro ofrece un “estado del arte del tema” en Colombia a diciembre de 2007, recoge algunos de los avances más notables y da una visión panorámica de los aspectos conceptuales y técnicos involucrados.

10. MODELO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CEHANI ESE

Una vez recordando el modelo base se presenta a continuación el Modelo de gestión integral por Calidad para la creación del programa de seguridad del paciente.



 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 15 de 43

11. MODELO DE GESTIÓN ENFOCADO A SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Modelo de Gestión tiene como propósito lograr una atención segura, mediante la implementación de tres líneas estratégicas las cuales se fundamentan en una propuesta de Gestión Integral como sistema gerencial, las cuales son: **Direccionamiento Estratégico en Seguridad del Paciente, Gestión de Procesos seguros y Transformación Cultural en Seguridad del Paciente**; además debe conducir a la implementación de acciones específicas, utilización de herramientas prácticas y a obtener resultados concretos.

Para asegurar la efectividad del modelo, deben desarrollarse programas centrados en la especialidad de pacientes que se atienden; teniendo claro que estos representan el principal foco de atención y en consecuencia será posible el logro de resultados prácticos y demostrables.

El esfuerzo debe ser colectivo, sistemático y continuo, tener metas cuantitativas explícitas, un foco concreto o claro, involucrar los principales factores que intervienen en dicho foco, contar con el respaldo explícito y demostrable del equipo directivo institucional y abordar temas que todos consideren relevantes para su práctica diaria.

Para que el modelo funcione se deben estandarizar los conceptos, socializar la política de seguridad del paciente, las estrategias, los componentes y las herramientas utilizadas para reducir los riesgos y mejorar los resultados en el paciente, brindando atención en un entorno seguro y generando y manteniendo una cultura de seguridad. Instituir una cultura de seguridad del paciente – cultura justa, institucionalizar el reporte no punitivo, practicar la confidencialidad, educar a los funcionarios, al paciente y a su familia en los conceptos de seguridad, reducir la incidencia de errores y de eventos adversos y crear o fomentar un entorno seguro en la atención.


11.1 ELEMENTOS DEL MODELO

11.1.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

El direccionamiento estratégico se puede considerar el instrumento fundamental para la aplicación de Planeación Estratégica, Táctica y Operativa, ya que al final dicha aplicación es la que nos garantiza el poder alcanzar el objetivo que nos hemos propuesto.

Es un proceso sistemático de desarrollo e implementación de planes para alcanzar propósitos u objetivos

El direccionamiento estratégico se entiende como la formulación de las finalidades y propósitos de la empresa entorno a la seguridad del paciente en el marco de la construcción de objetivos, articulados a la estrategia empresarial.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 16 de 43

De esta forma con el direccionamiento estratégico de la Seguridad del Paciente se desarrollarán planes, proyectos, programas, entorno a los elementos constitutivos de **CEHANI ESE**:

- ✓ Personas
- ✓ Infraestructura
- ✓ Mobiliario
- ✓ Equipos
- ✓ Dispositivos médicos
- ✓ Procesos
- ✓ Cultura
- ✓ Software
- ✓ Ambiente
- ✓ Modelo gerencial
- ✓ Sistemas documentales


Como primer elemento del direccionamiento estratégico es la creación de lineamientos definidos como políticas alineados a los movimientos del sector salud, es por ello que atañe al presente ítem elaborar la política de Seguridad del Paciente.

Para la construcción de la nuestra Política de Seguridad del Paciente se tuvieron en cuenta múltiples fuentes de información como los son: la guía de buenas prácticas para seguridad del paciente; emitida por SOGC, la Política de seguridad emitida por la OMS en 2002, la Política de Seguridad del Paciente emitida por el Ministerio de Salud en 2008, también se consideró importante hacer parte del componente de Seguridad del Paciente nuestras políticas institucionales las cuales forman parte de la tabla anteriormente descrita, en donde podemos ver claramente que se articulan directamente con nuestra Política de Seguridad ya que esta, se encuentra diseñada a partir de los ítems aplicables para **CEHANI ESE**

Además, se tuvo en cuenta las Políticas de nuestros clientes, tomando de primera parte la Política de Seguridad del Paciente, y las demás Políticas de Seguridad de las EPS pertenecientes tanto al régimen contributivo como suicidado se irán integrando paulatinamente durante el desarrollo de nuestro Programa de Seguridad del Paciente.

12. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CEHANI ESE

El Centro de Habilitación del Niño CEHANI Empresa Social del Estado, en concordancia con la política de Seguridad en Colombia y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, se compromete a prestar una atención en habilitación, rehabilitación, ayudas diagnósticas, cirugía ambulatoria y consulta externa ambulatoria seguros, promoviendo en el usuario, en las familias, en el personal y en el entorno institucional una cultura que conlleve a la generación de hábitos, técnicas, tecnologías, insumos y ambientes seguros en base a guías con un nivel de evidencia científica, apoyados en la identificación, reporte e investigación de nuestros riesgos, fortaleciendo

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 17 de 43


continuamente las barreras de seguridad e involucrando al usuario, familias y colaboradores.

13. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Articular el programa de seguridad del paciente al programa SOGS y a otros sistemas de Gestión.
- Prestar servicios de habilitación, rehabilitación, cirugía ambulatoria, ayudas diagnósticas y servicios consulta externa seguros contribuyendo al bienestar seguro del usuario, familia y comunidad.
- Promover procesos institucionales seguros.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada desde su ingreso y durante todo el proceso de atención.
- Incluir en los procesos de atención en salud 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.
- Fortalecer la cultura de reporte, investigación y análisis de eventos adversos e incidentes con enfoque no punitivo.
- Socializar y evaluar el conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.
- Promover una cultura de seguridad
- El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal, por lo cual se involucraran las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores de la institución.
- Alianza con el paciente y su familia y el profesional de la salud.
- 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.
- 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

12. PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PROGRAMA

- La **responsabilidad** de dar seguridad al paciente es de todas las personas de la institución.
- **Cultura de seguridad**, el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe 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, es transversal a todos sus componentes.


 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 18 de 43

- **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 impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
- **Alianza con el paciente y su familia:** El programa de seguridad del paciente debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
- **Alianza con el profesional de la salud:** El programa de seguridad del paciente 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.
- En el **enfoque de atención centrada en el paciente**, el resultado más importante que se desea obtener es la satisfacción del usuario y su seguridad, lo cual es el eje transversal en el cual giran todas las acciones.
- Es necesario **trabajar proactivamente** en la prevención y detección de fallas de la atención diariamente, para analizarlas y generar un aprendizaje organizacional que al ser asimilado previene que la misma falla se repita.
- Trabajar en un **ambiente educativo no punitivo**, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- El número de eventos adversos reportados obedece a la política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de la atención.

13. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Teniendo en cuenta que la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud concibe al eje central de calidad como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el de mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario, y en la estrategia número cuatro (4) plantea el fortalecimiento de los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría, con el fin de disminuir los riesgos asociados a la atención e incrementar el impacto de los servicios en la mejora del nivel de salud de la población.

Considerando la Seguridad del Paciente como una característica del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud que se despliega de manera transversal por cada uno de sus componentes, es decir el Sistema Único de Habilitación, el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad en la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 19 de 43


CEHANI E.S.E. decide conformar el comité de Seguridad del Paciente, el cual tendrá por objeto liderar la gestión de la Seguridad del Paciente y la implementación de sus estrategias, a partir de la Política de Seguridad del Paciente, el cual estará conformado de la siguiente manera:

- GERENTE O SU DELEGADO
- SUB GERENTE TECNICO
- PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD
- UN REPRESENTANTE POR AREA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
- PROFESIONAL AREA DE CALIDAD
- PROFESIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- COORDINADOR SERVICIO FARMACEUTICO
- QUIMICO FARMACEUTICO O DIRECTOR TECNICO

14. FUNCIONES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Comité de Seguridad del Paciente es una instancia de carácter de asesor técnico-científico dentro de la institución, cuya finalidad principal es sensibilizar y capacitar al personal en lo relacionado con Seguridad del Paciente, analizar las situaciones adversas que se presenten en los usuarios durante la atención en salud, retroalimentar los resultados y gestionar los recursos necesarios para asegurar la calidad de la prestación del servicio mediante la adopción de medidas de prevención y control de los incidentes y los eventos adversos prevenibles.

- Formular las políticas institucionales relacionadas con gestión de riesgos que garanticen la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud, tomando como referente las políticas nacionales expedidas por del Ministerio de la Protección Social e internacionales respecto del tema.
- Establecer las directrices sobre el modelo organizacional para el análisis de las situaciones adversas que se presenten durante la atención y controlar su cumplimiento estricto.
- Organizar y coordinar los programas de educación continua sobre seguridad del paciente a todos los niveles, también la seguridad a los medicamentos y dispositivos médicos.
- Analizar con los líderes de los procesos, las posibles fallas que puedan presentarse en la atención del paciente y en la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos; el potencial efecto adverso sobre el paciente, las causas de las fallas y las actividades de control que se desarrollan en la institución para detectarlas con el fin de establecer acciones preventivas que eviten su ocurrencia, tomando como base el proceso institucional de gestión de riesgos.
- Sensibilizar a todo el personal de **CEHANI ESE** en la importancia del reporte de las situaciones adversas que se presenten durante la atención y la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 20 de 43

- Realizar un proceso regular y continuo de recolección, procesamiento, análisis, evaluación y control permanente de los reportes de situaciones adversas derivadas de la atención y la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos.
- Analizar la información de importancia para la seguridad del paciente, obtenida por diferentes fuentes de información:
 - Registros de consulta y egresos
 - Rondas de seguridad
 - Ficha de reporte de eventos adversos
 - Informe de análisis y seguimiento de eventos adversos
 - Planes de mejoramiento
 - Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias
 - Derechos de petición
 - Tutelas
- Hacer seguimiento al (manejo) dado al paciente que ha sufrido un evento adverso durante la atención y la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos.
- El Químico Farmacéutico hará el análisis del caso, cuando se presenten PRUM o RMN de los medicamentos y algún evento con los dispositivos médicos.
- Elaborar y realizar el análisis pertinente a los indicadores de seguridad en la prestación de servicio, tanto institucionales como los requeridos por entes de vigilancia y control.
- Evaluar las actividades de prevención y control de los eventos adversos que afecten a los usuarios presentes en **CEHANI E.S.E.** y al personal mismo que trabaja en ella.
- Hacer seguimiento y análisis a los resultados de las acciones formuladas para controlar los factores que contribuyen a la presencia de atenciones inseguras o fallas en la atención y que están generando eventos adversos prevenibles o incidentes en los pacientes.

15. REUNIONES


El comité de Seguridad del Paciente se reunirá de manera ordinaria una vez al mes y de carácter extraordinario cuando las circunstancias así lo requieran.

16. GESTIÓN DE PROCESOS SEGUROS

Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros.

Es una metodología corporativa y disciplina de gestión, cuyo objetivo es mejorar el desempeño (eficiencia y eficacia) y la optimización de los procesos de negocio de una organización, a través de la gestión de los procesos que se deben diseñar, modelar,

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 21 de 43

organizar, documentar y optimizar de forma continua. Por lo tanto, puede ser descrito como un proceso de optimización de procesos

El modelo de administración por procesos, se refiere al cambio operacional de la empresa, al migrar de una operación funcional a una operación administrada por procesos.

Comprende las siguientes iniciativas:

Mejores Prácticas: Hace referencia a la flexibilización de los cargos, la implantación de los procesos y la adecuación de la estructura de la Empresa, para pasar del trabajo por funciones a la organización por procesos y la gestión de los mismos.

Sistema de Gestión de Calidad: Proporciona herramientas de gestión que permiten dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción en la prestación del servicio.

Tecnologías de Información: Apunta a la automatización de las tareas de los procesos financieros, de gestión humana, servicios internos y los diferentes mantenimientos que se ejecutan en la Empresa.

Promoción de la cultura de seguridad: La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamientos individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por:


- Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua
- Percepción compartida de la importancia de la seguridad
- Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.
- La existencia de un plan de capacitación y recursos

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.

Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer castigo.

17. PROCESOS SEGUROS

Esta estrategia se encamina a fortalecer prácticas en el personal asistencial y administrativo con base en metodologías probadas y sustentadas en guías basadas en la evidencia científica disponibles que orienten las actuaciones (mejoras en los procesos y actividades) del personal, con el fin de asegurar a nuestros pacientes que reciben un

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 22 de 43

servicio de calidad, adaptado a sus necesidades y expectativas, y dirigido a la minimización de los riesgos asistenciales.

PROCESO SEGURO N°1: PREVENIR INFECCIONES

OBJETIVO GENERAL

Establecer criterios de Bioseguridad que apliquen en **CEHANI ESE**, con el fin de prevenir y brindar protección a nuestros profesionales de la salud, sus colaboradores y nuestros Usuarios, frente al riesgo de adquirir algún tipo de enfermedad o de sufrir accidentes relacionados con la prestación de servicios de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las normas generales de bioseguridad obligatorias para todo procedimiento de atención en salud y así contar con un instrumento de consulta para el manejo del riesgo biológico.
- Incrementar la cultura del auto cuidado, mediante la aplicación de las Normas Universales de Bioseguridad, estableciendo las condiciones para el correcto uso de los elementos de protección personal.
- Establecer y relacionar los documentos que soportan la prevención, notificación y atención de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales causadas por los riesgos biológicos.
- Establecer protocolos de Limpieza y desinfección.
- Dar a cada uno de los servicios una herramienta de apoyo para el manejo del Riesgo biológico
- Manejar de forma adecuada los residuos provenientes de las actividades en salud realizadas en **CEHANI ESE**, para así garantizar un buen desecho de los mismos y la protección del medio ambiente.

RESPONSABLES: Personal asistencial, servicios generales, líder proceso de ambiente físico

ACTIVIDADES: Ver MANUAL DE BIOSEGURIDAD


PROCESO SEGURO N° 2: IDENTIFICACION CORRECTA DE PACIENTES

OBJETIVO GENERAL

Identificar correctamente al usuario a quien que va dirigido el tratamiento, los cuidados o el servicio, evitando incurrir en errores de reconocimiento que conlleven a una falla en el servicio prestado dentro de CEHANI ESE.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los documentos que soportan la práctica segura.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 23 de 43

- Identificar factores de riesgo relacionados con identificación correcta de pacientes.
- Identificar a todos los usuarios que sean hospitalizados con manilla Institucional
- Asegurar el cumplimiento del protocolo de Identificación correcta del paciente.
- Realizar capacitación constante en el personal sobre la temática.

RESPONSABLES: Personal asistencial, personal de vigilancia, líder proceso y personal de admisión y registro y facturación

ACTIVIDADES: Ver PROTOCOLO IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES

PROCESO SEGURO N° 3: PREVENCION DE CAIDAS

OBJETIVO GENERAL

Establecer criterios de prevención y cuidados para los usuarios de CEHANI ESE con riesgo de sufrir caídas, golpes o fracturas en nuestras instalaciones, con el fin de evitar la presencia de estos eventos adversos y mejorar la calidad de la atención

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar factores de riesgo y pacientes con riesgo de sufrir caídas, golpes o fracturas.
- Establecer recomendaciones en pacientes con riesgo de lesión por caídas, golpes o fracturas.
- Conocer la evaluación del riesgo de caídas para nuestros pacientes.
- Proporcionar al usuario, familia y/o acompañantes un ambiente seguro en nuestras instalaciones.
- Educar a los pacientes, acompañantes y trabajadores, con de evitar caídas durante la atención en salud.


RESPONSABLES: Personal asistencial, personal de vigilancia, personal de servicios generales, líder proceso y personal de admisión y registro y facturación, líder proceso ambiente físico

ACTIVIDADES: Ver PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS, GOLPES Y FRACTURAS

PROCESO SEGURO N° 4: PREVENCION DE QUEMADURAS

OBJETIVO GENERAL

Detectar y/o evitar oportunamente los casos de quemaduras que puedan ocurrir en CEHANI ESE a fin de orientar acciones de prevención y control que reduzcan su incidencia en nuestra institución.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 24 de 43

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los documentos que soportan la práctica segura.
- Identificar factores de riesgo relacionados con quemaduras.
- Facilitar la capacitación constante en el personal asistencial sobre la temática.
- Evaluar el cumplimiento y la adherencia del protocolo de prevención de quemaduras.

RESPONSABLES: Personal asistencial

ACTIVIDADES: Ver PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

PROCESO SEGURO N° 5: PROCESOS SEGUROS EN PISCINA

OBJETIVO GENERAL

Establecer normas para el área hidroterapia de CEHANI ESE, que permitan que los servicios prestados en esta zona sean seguros para todos los usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los documentos que soportan la practica segura.
- Identificar falencias relacionados procesos seguros en piscina: evitar caídas, prevenir quemaduras, evitar infecciones y ahogamientos, evitar cortaduras
- Facilitar la capacitación constante del personal asistencial
- Retroalimentar a usuarios sobre las normas de higiene y uso adecuado la piscina, los baños y los implementos utilizados en el área.
- Evaluar el cumplimiento y la adherencia del protocolo de procesos seguros en piscina.

RESPONSABLES: Personal asistencial

ACTIVIDADES: Ver PROTOCOLO DE PROCESOS SEGUROS EN ÁREA DE PISCINA


PROCESO SEGURO N° 6: LAVADO DE MANOS

OBJETIVO GENERAL

Garantizar la práctica del lavado de manos de forma adecuada y correcta con el fin de disminuir la posible transmisión de diferentes tipos de microorganismos a pacientes, familiares y/o acudientes y personal de CEHANI ESE.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los documentos que soportan la práctica segura.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 25 de 43

- Realizar de manera continua rondas de seguridad y aplicación de listas de chequeo que garanticen que todas las personas que se encuentran en la institución conocen y realizan de manera correcta el lavado de manos y la desinfección con el caso lo amerite.
- Capacitar a los empleados, usuarios y/o acudientes de CEHANI ESE sobre esta práctica.

RESPONSABLES: Todo el personal.

ACTIVIDADES: Ver PROTOCOLO PARA LAVADO DE MANOS

18. GESTION, REPORTE Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

18.1. GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Registrar continuamente los eventos adversos de la seguridad del paciente y de la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos, nos ayudara a conocer y dimensionar lo que está ocurriendo realmente en las unidades funcionales.


Saber con exactitud cuáles son los eventos que se están presentando nos dará la pauta para iniciar los estudios y las investigaciones de cuáles fueron los factores que se alienaron de tal manera que dieron como resultado un efecto indeseado.

Hacer funcional el sistema de reporte de eventos adversos, con el fin de mejorar algunos aspectos, como la cultura del auto reporte, definición de los tipos de errores, establecimiento de conductos regulares, garantizar el análisis y la gestión de todos los errores que se cometan en la atención de los pacientes y la utilización de los medicamentos y dispositivos médicos, crear bases de datos que permitan tener indicadores relacionados con los errores y eventos adversos e informar tanto a directivos como asistenciales, sobre los resultados obtenidos con el sistema de reporte, garantizando la confidencialidad.

Definir 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.

Identificar cuáles son los eventos adversos más frecuentes y realizar un registro continuo, para hacer análisis causa-efecto y llevar a cabo planes de acción que disminuyan su aparición y que incrementen la seguridad del paciente, al mismo tiempo diseñar estrategias que minimicen los efectos y consecuencias de los errores. Monitorizar el sistema de reporte de eventos adversos.

Si bien el objetivo principal de cualquier sistema de reporte es obtener información sobre la frecuencia y naturaleza de los eventos adversos, la razón más importante para no reportar es el miedo. Este miedo reconoce muchos aspectos, algunos relacionados al individuo que se equivoca y tiene temor al desprestigio y vergüenza y otros relacionados

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 26 de 43

al contexto por miedo a ser penalizado o que se lo demande. Los usuarios pueden sentirse inseguros respecto a la confidencialidad de los sistemas de reporte así como de la forma en que éste los protege en relación a la exposición legal.

Los sistemas voluntarios brindan la oportunidad de relatar la historia completa del evento, pero esto sólo ocurre si se le asegura al que reporta la confidencialidad del reporte (es decir, que no trascenderá fuera del sistema), así como su falta de vínculo con acciones punitivas. Ambos aspectos constituyen incentivos sumamente importantes para promover la adherencia de los profesionales al sistema y a la terapia farmacoterapéutica.

Reportes anónimos pueden ser no creíbles y en muchos casos el anonimato es difícil de garantizar. Sin embargo, puede ser beneficioso en una etapa temprana del reporte hasta que crezca la confianza en el sistema y se comiencen a ver los resultados.

Otro de los incentivos a los que reportan, además de asegurarle la confidencialidad de la información, es que el reporte le debe de proveer algún grado de inmunidad o protección, solidaridad con los pacientes dañados que se beneficiarán con los datos obtenidos y, lo más importante, el aprendizaje a partir del error. Para la sociedad la existencia de un sistema de reporte abierto a la comunidad, tiene como beneficio la información a los pacientes, la transparencia en la gestión, la mejora en la confianza y credibilidad en las instituciones de salud.

19. MECANISMOS PARA LA IDENTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS


- Fomentar el auto reporte de incidentes, errores y eventos adversos, teniendo en cuenta la premisa de trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- Rondas de Seguridad.
- Aplicar de listas de verificación, instrumentos diseñados para la detección de eventos adversos.
- Fomentar por búsqueda activa la identificación de eventos adversos relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos.

20. RONDAS DE SEGURIDAD

INTRODUCCION

Los eventos adversos asociados a la atención en salud siguen siendo un reto importante para la Salud Pública debido a los costes humanos y materiales que representan. Según la Organización Mundial de la Salud se estima que anualmente decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren fruto de una atención sanitaria insegura.

Desde 2004, a raíz de la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, se viene haciendo un esfuerzo importante por priorizar prácticas seguras en la actividad sanitaria. Existen múltiples herramientas disponibles para mejorar la cultura de seguridad, entre ellas las Rondas de Seguridad.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 27 de 43

Las Rondas de Seguridad (RS) son reuniones periódicas entre la Dirección de la institución de salud y los profesionales de un determinado servicio para tratar temas de SP, y observar distintos ITEMS previamente definidos. Su objetivo principal es potenciar la implicación de los Directivos así como identificar oportunidades de mejora y promover este cambio cultural. Su utilidad ha sido ampliamente demostrada en los últimos años obteniendo resultados positivos en términos de seguridad, calidad y eficiencia. Además, esta herramienta permite detectar sucesos adversos y prácticas poco seguras, mejorando las actitudes del personal hacia cuestiones relacionadas con la Seguridad del Paciente.

CEHANI ESE, busca permanentemente el mejoramiento continuo de todos sus procesos y servicios, por esto ha implementado las rondas de seguridad, como una estrategia para lograr el alcance de sus objetivos corporativos. Con estas rondas se busca identificar y dar respuesta a las oportunidades de mejora detectadas en los diferentes procesos y servicios de la entidad en el tema de seguridad, elemento esencial en la calidad en salud. Además compromete a los organismos de direccionamiento y demás personas de la institución en la búsqueda permanente de una cultura de la calidad.

El desarrollo de las Rondas de Seguridad del Paciente permitirá conocer de manera directa los factores que condicionan riesgos para el paciente, así como evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención.


Para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente, se ha desarrollado el presente instructivo, el cual busca fortalecer la cultura de seguridad del paciente en **CEHANI ESE**, dicho instructivo está basado en la normatividad de seguridad vigente y será aplicado en todos los servicios prestados por la entidad.

20.1. DEFINICIONES

Rondas de Seguridad: Práctica recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes. Consiste en una visita planificada del personal directivo relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa.

Atención Segura: Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.

Evento Adverso en Salud: Una lesión, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 28 de 43

20.2. FINALIDAD

Detección temprana de posibles riesgos en la atención e identificación de oportunidades para la mejora de la calidad, la seguridad del paciente y la toma de decisiones institucionales e implementación de prácticas seguras, para la reducción de incidentes/eventos adversos asociados a la atención.

20.3. OBJETIVO GENERAL

Construir, fomentar y fortalecer una cultura de seguridad a través de la identificación temprana de oportunidades de mejora y su tratamiento oportuno con el fin de disminuir la presencia de incidentes/eventos adversos relacionados a la atención en salud.

20.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras
- Educar in situ al personal
- Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con su seguridad
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente
- Demostrar compromiso con la seguridad.
- Fomentar el cambio cultural frente a la seguridad.
- Identificar oportunidades de mejoramiento de la seguridad.
- Establecer líneas de comunicación acerca de la seguridad entre líderes, ejecutivos y personal asistencial.
- Comprobar los mejoramientos de la seguridad de los pacientes

20.5. METODOLOGÍA


- **HORARIO**
- **DURACIÓN**
- **ESPACIO DE APLICACIÓN**
- **INSTRUMENTOS**

20.6. EQUIPO DE TRABAJO

El equipo de trabajo será definido por el Líder del Programa de Seguridad del Paciente una vez definida la metodología de implementación de las rondas de seguridad.

20.7. PROCEDIMIENTO PARA LAS RONDAS DE SEGURIDAD

Una vez conformado el equipo de trabajo se procederá a:

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 29 de 43

1. Planificar las rondas de seguridad

La persona responsable del equipo de las Rondas de Seguridad deberá convocar a reuniones de trabajo a todos los integrantes del equipo para la elaboración de un Plan de Implementación de las Rondas de Seguridad, el cual debe contener los siguientes puntos:

- ✓ Elaboración de un cronograma de Rondas de Seguridad, en el que se debe detallar por mes la fecha y hora en que se efectuará las Rondas de Seguridad, teniendo en cuenta la factibilidad de todos los miembros y sin especificar el servicio a visitar, el cual se identificara el mismo día. Las Rondas de Seguridad deben realizarse inicialmente con una periodicidad mensual. Posteriormente de acuerdo a la disminución de las observaciones podrá irse a una periodicidad bimensual.
- ✓ La frecuencia de realización de las Rondas de Seguridad por departamento, servicio o proceso dependerá de la matriz de priorización o criterios establecidos por el equipo responsable de las Rondas de Seguridad.
- ✓ Elaboración de una lista de chequeo, que deberá tener los siguientes puntos: Historia Clínica, medicamentos, supervisión de personal en entrenamiento, prácticas de bioseguridad, funcionamiento y manejo de equipos biomédicos.
- ✓ Elaboración de informe de los resultados de las Rondas de Seguridad a las Unidades involucradas.

2. Aprobación del plan de implementación de rondas de seguridad


El plan será aprobado por la Gerencia de CEHANI ESE, siempre teniendo en cuenta las áreas consideradas como críticas dentro de la entidad.

3. Ejecución del plan de implementación de rondas de seguridad

Una vez aprobado el plan para la realización de las rondas de seguridad en CEHANI ESE, la Gerencia informará a las áreas involucradas sobre la realización de las rondas de seguridad, con el fin de garantizar el involucramiento del personal en dicha actividad.

Para la ejecución de las rondas de seguridad se deberá tener en cuenta:

- a. Deben participar todos los miembros del equipo, quienes deberán mantener un código de conducta.
 - Presentarse y saludar adecuadamente al grupo de colaboradores.
 - Explicar claramente los propósitos de la realización de la ronda de seguridad.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 30 de 43

- b. La metodología de la visita será fundamentalmente de observación, revisión documental y entrevista.
 - Realizar la entrevista al personal con base en la lista de chequeo.
- c. Las observaciones de las rondas de seguridad deben estar centradas en la evaluación de prácticas inseguras en la atención de los usuarios.
- d. Al finalizar la ronda de seguridad se realizará el acta por servicio visitado, en dicha acta se consignarán las observaciones identificadas en el formato como hallazgos y los compromisos para soluciones inmediatas o si bien su condición no permite generar una solución inmediata, se deberá generar una medida de contención.

4. Acciones posteriores a la ejecución de las rondas de seguridad

- a. Informar a la Gerencia, adjuntando actas y listas de chequeo, enviando copia a los servicios involucrados con el fin de dar cumplimiento a las recomendaciones.
- b. Se deberá considerar extender una felicitación por escrito a los servicios o personal de salud que realice buenas prácticas de atención, donde los resultados de las rondas de seguridad sean satisfactorios.
- c. El equipo de rondas de seguridad designará a un responsable para el seguimiento respectivo de casos particulares.
- d. Cada problema identificado deberá servir de insumo en la ejecución de Planes de Mejora Continua garantizando el compromiso institucional y su sostenibilidad.

Se hará encuesta de seguridad al personal de la entidad de forma periódica para medir la percepción que se tiene de la seguridad del paciente antes y después de iniciadas las rondas y teniendo en cuenta la implementación de acciones de mejoramiento.


21. PROCESO PARA REPORTE DE EVENTO ADVERSO

21.1. REPORTE

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución.

21.2. QUE REPORTAR

- Indicio de atención insegura
- Evento adverso
- Incidente

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 31 de 43

21.3. COMO REPORTAR

Al ocurrir el evento adverso, el funcionario involucrado debe garantizar el registro completo y adecuado del formato para el reporte de Eventos Adversos o incidentes, además:

- Quien haya estado involucrado en el Evento Adverso debe diligenciar el formato diseñado para el reporte.
- Debe entregarlo a la Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente.
- La coordinación del Programa de Seguridad del Paciente, revisará y definirá si se considera evento adverso; en caso de no serlo, se direcciona al ente encargado. Si se considera Evento Adverso, se convoca al comité de Seguridad del Paciente para su respectivo análisis y toma de decisiones.
- El comité de Seguridad del Paciente deberá realizar un plan de acción o de mejoramiento en el que se involucre a los afectados (paciente, familia y trabajadores), para evitar que dicho Evento Adverso vuelva a ocurrir en el servicio o en la institución.
- Para el caso de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia se hará el reporte, basándose en los formatos FOREAM del INVIMA.

21.4. A TRAVES DE QUE MEDIOS

- Formato de acciones, preventivas y de mejora (FR-GDC-006): Se utiliza para el reporte de incidentes y/o indicios de atención insegura y eventos adversos.
- FOREAM de tecnovigilancia y farmacovigilancia.


21.5. A QUIEN SE REPORTA

- A la Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente.
- Al jefe inmediato y/o a la Coordinación respectiva.

22. COMO SE ASEGURA LA CONFIDENCIALIDAD DEL REPORTE

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, eventos adversos e incidentes, con su respectivo análisis. Serán dados a conocer periódicamente a todo el personal de **CEHANI ESE**, 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.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 32 de 43


23. COMO SE ESTIMULA EL REPORTE

- Las Directivas y Coordinadores de **CEHANI ESE** deben demostrar y ser explícitos en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.
- Es necesario promover 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 eventos adversos una oportunidad de mejora.
- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad y que tengan la confianza de contar al personal farmacéutico lo que le causa el medicamento.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal en todo lo relacionado con el programa de seguridad del paciente.
- Garantizar 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.

Ver anexo 4: Formato para acciones correctivas, preventivas y de mejora, con código FR – GDC – 006

24. ACCIONES DE REDUCCION DEL RIESGO

- Revisión anual de todas las guías clínicas, protocolos, procedimientos, para determinar los riesgos inherentes a cada uno y realizar planes de acción.
- Los coordinadores de las respectivas áreas realizan las modificaciones y actualización de los protocolos de acuerdo a la evaluación de riesgos encontrada.
- Socializar a todo el personal asistencial protocolos y guías de atención.
- Realizar y aplicar listas de chequeo para protocolos y guías con el fin de evaluar la adherencia por parte del personal, con el fin de identificar las fallas que se cometen, para intervenirlos.
- El Programa de Seguridad del Paciente en conjunto con las Coordinaciones de áreas, elabora material didáctico como folletos y afiches, sobre los procesos de seguridad en la atención en salud y las estrategias de la institución.
- Rondas de seguridad y supervisión.
- Programas de capacitación continua.
- Llevar registro estadístico de los eventos adversos reportados e informar a todo el personal periódicamente, haciendo análisis de las causas y generar planes de acción para evitar que se repitan.
- Revisión por parte del Químico Farmacéutico en guías clínicas, artículos científicos y base de datos cuando se presente un evento adverso relacionado con los medicamentos y/o dispositivos médicos.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018 Versión: 2 Páginas: 33 de 43

25. PROCESO DE ANALISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

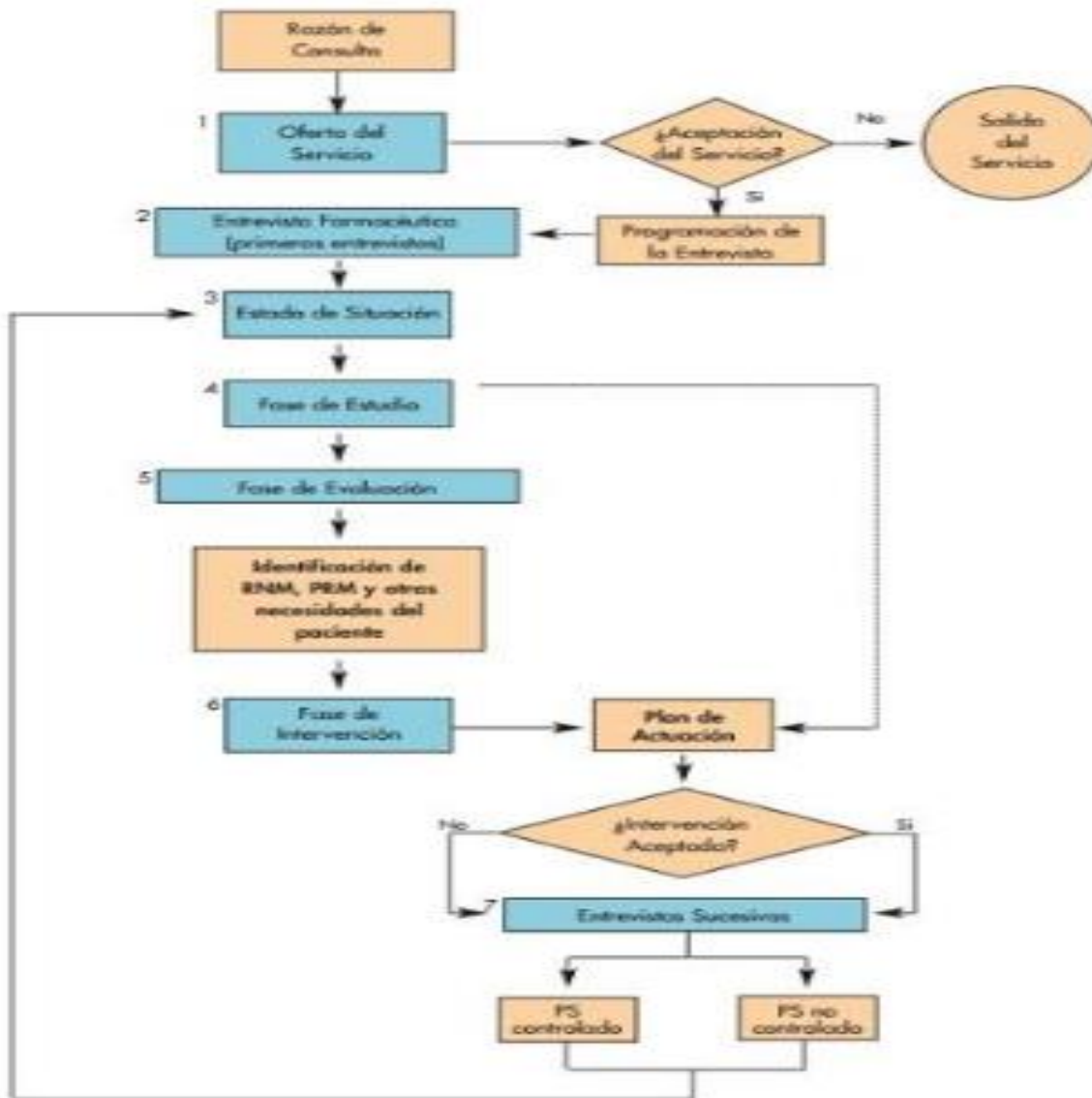
En presencia de un evento adverso en salud, es muy común señalar al profesional involucrado e incluso pedir sanciones por ello, no obstante, la evidencia científica nos ha demostrado que cuando un evento adverso se presenta es la consecuencia de una serie de procedimientos defectuosos, los cuales favorecen la presencia del evento adverso o no lo previnieron.

En **CEHANI ESE** se llevará a cabo la metodología para el análisis de los eventos adversos por medio del Protocolo de Londres, que se presenta a continuación:

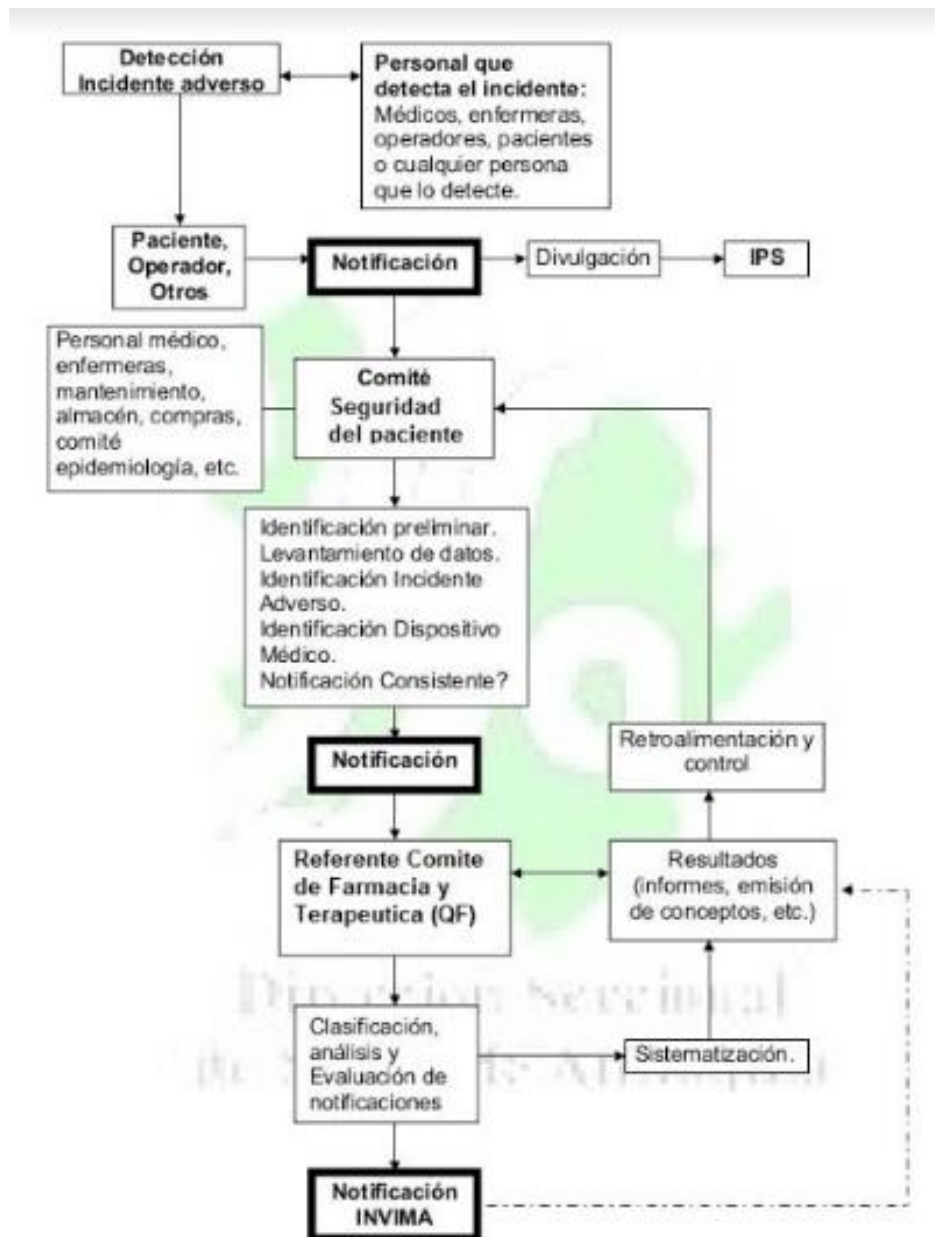



Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.

A modo de resumen se presenta el siguiente esquema que muestra de forma resumida las siete etapas del Método Dáder de SFT:



PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 36 de 43

Durante el análisis de un incidente, cada uno de estos elementos 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.

El paso siguiente es considerar el contexto institucional general 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.


La cabeza de los factores contributivos son los del 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.

Los factores del individuo (prestador) 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.

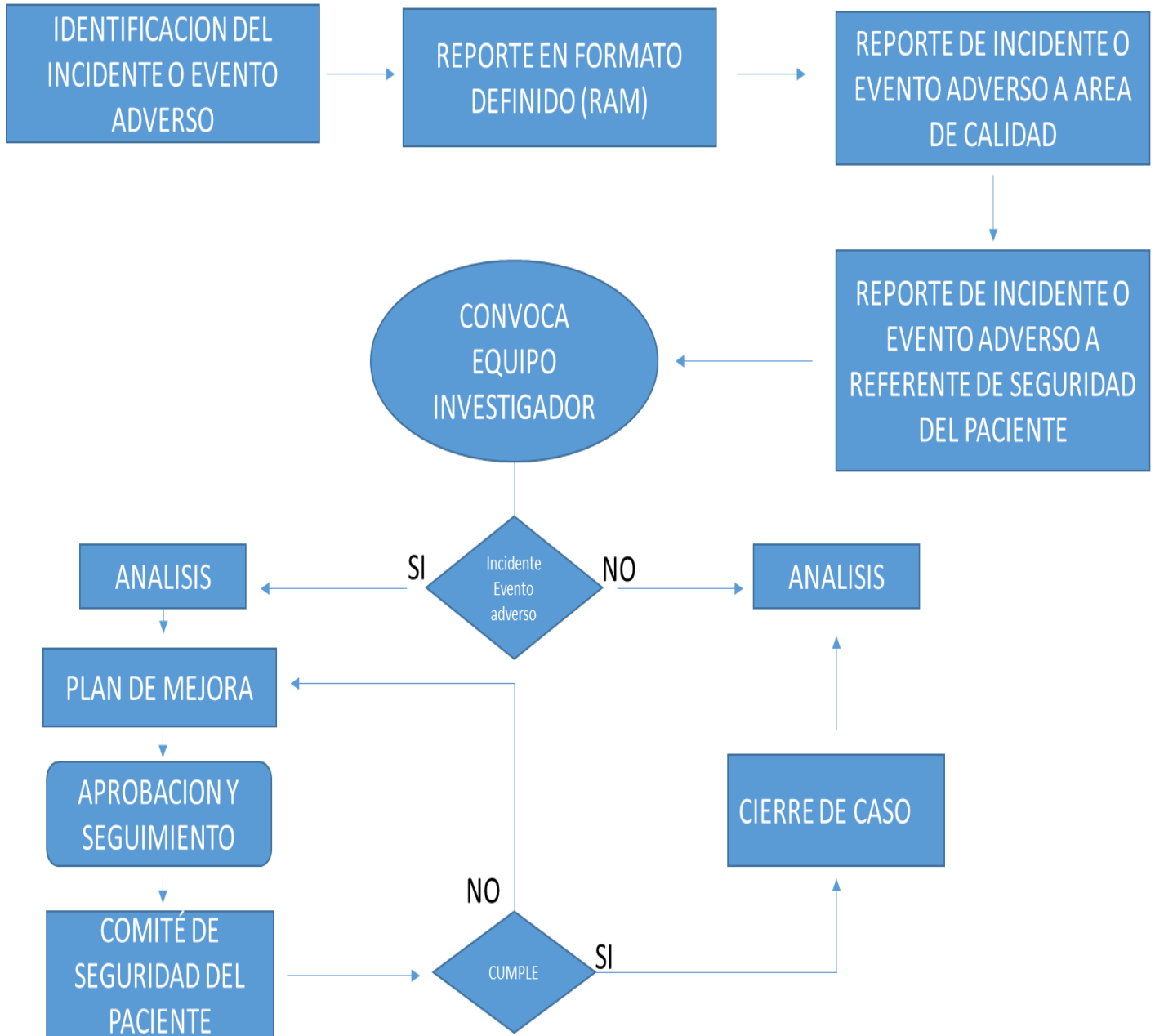
Los ambientes físicos (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente 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.


Ver anexo 5: Formato para análisis de eventos adversos **CEHANI ESE**, con código FR – GDC – 014.

Ver anexo 6: Instructivo Sistema de reporte y análisis de eventos adversos **CEHANI ESE**,

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 37 de 43

26. DIAGRAMA DE FLUJO GESTION, REPORTE Y ANALISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS



 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		Código: DI-GDC-003
			Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 2
			Páginas: 38 de 43

Por otro lado, para dar cumplimiento al programa nacional de Farmacovigilancia, el Director Técnico del Servicio Farmacéutico debe diligenciar el Formato de Reporte de Eventos Adversos asociados a Medicamentos – FOREAM. Una vez se ha diligenciado el FOREAM del INVIMA, estos se envían dentro del periodo establecido de la siguiente manera:

SERIEDAD/ TIPO DE REPORTE	SERIO		NO SERIO	
	Enviar a:	Tiempo	Enviar a:	Tiempo
FARMACOVIGILANCIA	IDSN e INVIMA	IDSN dentro de las primeras 72h, luego de haber identificado la sospecha de Evento Adverso.	INVIMA	Dentro de los primeros 5 días siguientes al vencimiento del mes en que se informa.

Tabla No. 1 Periodicidad de reportes según la seriedad del reporte.


Por otro lado, para dar cumplimiento al programa nacional de Tecnovigilancia, El Director Técnico del Servicio Farmacéutico debe diligenciar el Formato de Reporte de Evento e Incidente Adverso asociado al uso de un Dispositivo Médico - FOREIA001. Una vez se ha diligenciado el Formato FOREIA001 del INVIMA, estos se envían dentro del periodo establecido de la siguiente manera:

SERIEDAD/ TIPO DE REPORTE	SERIO		NO SERIO	
	Enviar a:	Tiempo	Enviar a:	Tiempo
TECNOVIGILANCIA	IDSN e INVIMA	IDSN dentro de las primeras 72 h, luego de haber identificado la sospecha de Evento Adverso.	IDSN	Según Tabla 2

Tabla No. 1 Periodicidad de reportes según la seriedad del reporte

PERIODO	TIEMPO DE NOTIFICACIÓN
Primer Trimestre Enero a Marzo	Primera semana de Abril
Segundo Trimestre Abril a Junio	Primera semana de Julio
Tercer Trimestre Julio - Septiembre	Primera semana de Octubre
Cuarto Trimestre Octubre - Diciembre	Primera semana de Enero

Tabla No. 2 Tiempos de Notificación de Eventos No Serios

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 39 de 43

27. TRANSFORMACION CULTURAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE


Desarrollar una cultura de seguridad de pacientes es esencial para minimizar errores y efectos adversos; evaluarla permite identificar fortalezas y debilidades y diseñar estrategias de mejora. Se trata de tomar conciencia de que pueden cometerse errores, de ser capaces de identificarlos, de aprender de ellos y de actuar para mejorar la seguridad de las prácticas asistenciales. La cultura de seguridad debe ser abierta e imparcial y estar basada en un enfoque orientado al sistema, ya que los fallos en seguridad no están sólo ligados a la persona sino también al sistema en el que se trabaja. Analizar los fallos sistémicos ayuda a aprender lecciones y prevenir la recurrencia de los eventos adversos y tendrá un impacto positivo sobre el funcionamiento de la organización.

La consecución de una adecuada cultura se ha señalado como la primera de las recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente, según el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de EE.UU., reforzado en la reciente actualización de este informe, en el que también se señalan la medición de la cultura de seguridad, la retroalimentación de los resultados y las intervenciones consecuentes, como algunos de los elementos necesarios para llevar a cabo dicha recomendación.

Para mejorar la seguridad del paciente, las organizaciones deben ser capaces de detectar y abordar rápidamente los problemas y factores que contribuyen a las fallas del sistema. Una de las maneras más eficaces para identificar estos factores es mediante la revisión y la investigación de los errores que informa el personal. El desarrollo de una cultura en la que el personal no tenga miedo de reportar los eventos adversos y los incidentes es extremadamente difícil, debido a que en muchas organizaciones existe una tendencia persistente a responder a los errores de una manera que es la norma social, es decir, culpar a alguien.

Pasar de una cultura de la culpa a una no punitiva que abarca la presentación de reportes y que se guía por los principios de equidad y justicia, es un trabajo difícil y exige el compromiso de los líderes en todos los niveles. También se requiere la creación de un entorno que permita al personal “levantar la mano” para reconocer sus errores sin el temor a represalias. Informar de un evento adverso o de un incidente debería iniciar un proceso que no se centra en las fallas de los individuos, sino en la exploración y el descubrimiento de las fallas del sistema que son factores contribuyentes.

También son muy útiles el análisis de causa raíz y técnicas similares para examinar los problemas e identificar los factores sistémicos que contribuyen a los errores. Estos procesos ayudan a apreciar el valor de reportar los eventos adversos y los incidentes con un enfoque coherente y no punitivo. Esto permite entender que si bien de vez en cuando los eventos adversos pueden tener responsabilidad individual, la mayoría de estos en realidad se producen como consecuencia de sistemas inadecuados y con fallas. La mejor manera de prevenir los errores es el desarrollo de un clima de seguridad que aliente a todas las personas a identificar los eventos adversos e incidentes, y que promueva la discusión abierta, el aprendizaje, y la solución de problemas compartidos.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 40 de 43

Algunos de los beneficios esperados del desarrollo de una cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud son:

- La reducción potencial en la recurrencia y en la gravedad de incidentes y/o eventos adversos, a través del aumento en la notificación y reporte de dichos incidentes y/o eventos adversos, generando un aprendizaje organizativo continuo.
- La reducción del daño físico y psicológico que los usuarios de los servicios de salud puedan sufrir, gracias al trabajo realizado para prevenir errores, sobre todo facilitando el hablar abiertamente cuando las cosas fallan.
- La mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención como consecuencia de los incidentes presentados.
- Reducción en los costos financieros y sociales provocados por la presencia de incidentes y/o eventos adversos, incluyendo pérdida de tiempo laboral e incapacidades.

Por esto el cambio de la cultura dentro de **CEHANI ESE** es un punto fundamental para el desarrollo del programa de seguridad del paciente, en este punto se trabajará con tres (3) ítems, los cuales se describen a continuación:

28. RECONOCIMIENTO


Se define como un conjunto prácticas diseñadas felicitar públicamente a los colaboradores con la finalidad de reforzar comportamientos y conductas positivas que se encuentren alineadas con la estrategia de la empresa y se orienten a incrementar la productividad.

Es importante que los trabajadores se sientan reconocidos y apreciados, ya que así mostrarán una actitud positiva y mayor confianza en sí mismos. Esto se traducirá en un mayor compromiso con la empresa, de forma que se favorece el crecimiento, la rentabilidad y la productividad del negocio.

Algunos beneficios del reconocimiento a los trabajadores:

- ✓ Mejora el rendimiento y desempeño de los trabajadores.
- ✓ Incrementa la productividad y calidad de sus productos y/o servicios.
- ✓ Motiva a los empleados e incrementa la autoestima y satisfacción.
- ✓ Genera un clima laboral agradable.

Específicamente para nuestro contexto, en **CEHANI ESE** se tendrá en cuenta para el reconocimiento, una estrategia educativa en donde se podrá evaluar directamente los conocimientos de todo el personal en lo relacionado con el programa de seguridad del paciente. La cual permitirá evaluar el nivel de apropiación de la estrategia definida para Seguridad del Paciente por parte de la Gerencia

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 41 de 43

29. FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS

Dentro del programa de capacitaciones definido en **CEHANI ESE**, para el año 2018 se tendrá en cuenta aspectos relacionados con el desarrollo y puesta en marcha del programa de seguridad del paciente.

Además, para el desarrollo y despliegue de la estrategia se considerara aspectos como INDUCCION de personal nuevo, RE INDUCCION en temas específicos y actualizaciones relacionadas con la estrategia de seguridad del paciente y CAPACITACIONES encaminadas a contribuir con la transformación cultural de nuestros funcionarios.


30. SISTEMA DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con el fin de tener una herramienta con la cual se logre medir la efectividad de la implementación del Programa de Seguridad del paciente, se tendrá en cuenta el análisis de diversos puntos los cuales nos permitirán identificar en donde se encuentran las falencias en lo relacionado con la prestación de servicios seguros y de calidad en **CEHANI ESE**.

Dichas evaluaciones se realizaran de una manera periódica, con el fin de implementar y/o mejorar las barreras de seguridad establecidas dentro de la institución y así lograr el objetivo establecido como general para nuestro programa de Seguridad del Paciente, en el cual se busca a parte de implementar el Programa de Seguridad como tal, prestar servicios de calidad y minimizar el riesgo de atención para nuestros usuarios, familiares y/o acompañantes.


Dichas herramientas son:

- I. Evaluar el cumplimiento de los indicadores definidos para evaluar la Seguridad del Paciente dentro de nuestra institución.
- II. La evaluación a los planes operativos definidos para cada área de atención.
- III. La implementación de barreras de seguridad descritas acciones preventivas en el marco del mapa de riesgos, en el lenguaje del día a día de nuestros profesionales y en el resultado de mediciones periódicas relacionadas con el clima organizacional enfocado a Seguridad del Paciente.
- IV. Los resultados de auditorías externas.

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 42 de 43

BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez C E Estudio Latinoamericano de seguridad del paciente y acreditación en salud (sitio de internet) disponible en http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/estudio_IBEAS.pdf
 2. (Rodríguez C E Estudio Latinoamericano de seguridad del paciente y acreditación en salud (sitio de internet) disponible en http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/estudio_IBEAS.pdf.
 3. (Giraldo M. Ministerio de la Protección Social. EL ESTUDIO IBEAS Y LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA (sitio en internet) disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/Documents/DocNewsNo14913DocumentNo4633.pdf>)
 4. (MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, DECRETO NUM 1011 DE 2006, PAG 1)
 5. (CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, LEY 100 DE 1993, LIBRO II, TITULO I, ARTÍCULO 153, NUMERAL 9)
 6. (CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, LEY 715 DE 2001, TITULO 3, CAPITULO I, ARTICULO 42, NUMERAL 5)
- Estrategias de gestión de la seguridad del paciente Jornada Geriátrica Hospital de Gudarrama. 25 de mayo 2009 (sitio de internet), disponible en : <http://www.jornadashguadarrama.com/EJMORON.pdf>
 - Giraldo M. Ministerio de la Protección Social. EL ESTUDIO IBEAS Y LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA. (sitio en internet) disponible en: <http://minproteccionsocial.gov.co/VBecontent/Library/Documents/DocNewsNo14913DocumentNo4633.pdf>
 - Kohn LT, Corrogan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Institute of medicine. Washintong D.C.: National Academy Press, 2000. (sitio en internet) Disponible en: http://www.nap.edu/catalog.phg?record_id=9728.
 - Lorda, P.S, ETICA Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada (España). 2006. (sitio de internet), disponible en: http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/Articulo_10.pdf.
 - MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, DECRETO 1011 DE 2006
 - Restrepo P.F, Ministerio de la Protección Social, el riesgo de la atención en salud y la vigilancia de eventos adversos. (sitio de internet), disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBecontent/Library/documents/DocNewsNo15384DocumentsNo2566.pdf>.
 - Franco, A.L. Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. 1ª ed. Cali: Editorial universidad del Valle, 2006
 - Kerguelen C.A. Más allá del error médico. Revista vía salud 2002

 NIT 891200638 - 1	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	Código: DI-GDC-003
		Fecha de aplicación: 7 de junio de 2018
	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión: 2
		Páginas: 43 de 43

- Sanabria, Álvaro. Errare humanum est. Repercusiones del error Médico. Revista Terapéutica al Día. (sitio de internet) disponible en: www.medilegis.com/BancoConocimiento/T/TM103N5_Foro/Foro.htm.
- Esguerra Gutiérrez, Roberto. Calidad y Seguridad en la Atención Hospitalaria. FACP Fundación Santa Fe de Bogotá. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (sitio de internet) disponible en: www.achc.org.co/calidadyseguiridad%2025.doc.
- Ruiz O, José. “La Gestión de Riesgos Sanitarios en los Hospitales”. Alicante 27 Nov 2003. Universidad Internacional Méndez Pelayo. (sitio de internet) disponible en: www.dsp.umh.es/proyectos/idea/ponencias/jueves/parte1/jose_maria_ruiz_ortega.pdf.
- Fernández, Nelida. “Los eventos adversos y la calidad en la atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos”. Arch. Argent. Pediatr 2004
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. 1ª ed. Bogotá D. C., diciembre de 2007.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
- https://minalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf
- <http://www.hospitalsanblas.gov.co/attachments/article/39/MANUAL%20PROGRAMA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITAL%20SAN%20BLAS.pdf>

	Elaborado	Revisado	Aprobado
Firma			
Nombre	GABRIELA DELGADO DE LOS RÍOS	ANA MILENA ARROYO V.	RIGOBERTO MELO ZAMBRANO
Cargo	Referente seguridad del paciente	Profesional Universitario – Líder GDC	Gerente