

**AUDITORIA AL PROCESO PARA IMPLEMENTAR LA POLITICA DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD**

---

**SANDRA CATALINA LARA PEREZ  
FLOR ALBA DELGADO ISAZA  
DORA RAQUEL ARCIA INDABUR**

**TUTOR DEL TRABAJO DE GRADO  
AMPARO RUEDA DE CHAPARRO**

**SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD  
UNIVERSIDAD CES**

**MEDELLÍN  
2010**

## **TABLA DE CONTENIDO**

- 1. INTRODUCCION**
- 2. EVOLUCIÓN DE LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS PARA IMPLEMENTAR LA POLITICA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA**
- 3. EL CICLO GERENCIAL DEL PROCESO PARA IMPLEMENTAR LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD**
- 4. PROPUESTA DE UN PROCESO DE AUDITORIA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ORIENTADA AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**
  - 4.1 Planeación o Preparación de la Auditoria**
  - 4.2 Ejecución o desarrollo de la auditoria**
  - 4.3 Análisis de las evidencias para identificar hallazgos de auditoría relacionados Con la calidad y seguridad del paciente**
  - 4.4 Actuación por parte del equipo auditor**
- 5. ANEXOS**
- 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

## 1. INTRODUCCION

La seguridad del paciente se considera una prioridad en el Sistema de Atención en Salud, debido a la complejidad de los procesos y el ambiente en el cual se desarrollan, con tecnología y técnicas cada vez más elaboradas por los progresos científicos que se vuelven más críticos y su ejercicio puede llegar a ser potencialmente peligroso y de alto riesgo si no se cuenta con controles adecuados. Existe la probabilidad de ocurrencia de incidentes o eventos adversos en el usuario que alertan sobre la existencia de una atención insegura, ocasionada por múltiples factores que pueden alterar su condición de salud en forma transitoria, con discapacidades permanentes o inclusive la muerte. Estas situaciones, los efectos no deseados, su manejo así como las demandas generan sobrecostos que afectan económicamente a las instituciones de salud, repercuten en su imagen y en la de los profesionales responsables con resultados desastrosos en el equilibrio del sistema de salud y en la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por la Calidad de la atención y seguridad del paciente dado los eventos adversos que estaban afectándola, costos de no calidad relacionados con la oportunidad y las pérdidas financieras en las Instituciones, reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los Sistemas de Salud y en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud realizada el 18 de mayo de 2002 exhortó a sus estados miembros a considerar la seguridad como una prioridad y a tratar este problema. Pidió a la Directora General de la Comisión A, establecer directrices mundiales que facilitaran la formulación de lineamientos, la creación de programas basados en evidencia científica para trabajar prioritariamente en la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología, el desarrollo de sistemas de notificación, la adopción de medidas preventivas y la aplicación de medidas de reducción de los riesgos, para apoyar los esfuerzos de los países, promover la cultura de seguridad del paciente y estimular las investigaciones en esta materia

(3).

En Octubre de 2004, lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente iniciativa en la que contó con socios como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Departamento de Salud del Reino Unido, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, y otros organismos (1) y propuso acciones concretas implementadas a través de campañas, programas y proyectos como “Taxonomía de la seguridad del paciente” para concertar los conceptos, principios, normas y términos utilizados para trabajar en el tema y notificar sucesos adversos, elaboración de sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan las fallas en la atención y prevenirlas, “Pacientes por la seguridad del paciente” para fomentar su participación en forma individual o colectiva en su seguridad durante la atención, “Investigación para la seguridad del paciente”, en los países en desarrollo con el fin de elaborar un mecanismo de evaluación rápida a través de estudios de prevalencia de los efectos adversos, “Soluciones para la seguridad del paciente”, y desarrollo de informes e iniciativas de aprendizaje destinadas a la identificación y divulgación de “mejores prácticas”.

En este mismo año, el Comité Europeo de Sanidad en la reunión N° 56<sup>a</sup>, también dio a sus estados miembros recomendaciones orientadas a promover la seguridad del paciente, con estrategias similares.

En resumen, las estrategias de estas dos agencias internacionales se enfocaban en formular la política de seguridad del paciente, la creación de una cultura corporativa de seguridad, educación a todo el personal de la institución incluidos los órganos directivos, un sistema de información que facilite el reporte de incidentes y eventos adversos así como su investigación, la participación del paciente en el cuidado de su seguridad, la investigación en seguridad del paciente, la identificación, divulgación e implementación de buenas prácticas y la evaluación de la seguridad del paciente.

En diferentes países ya se han venido desarrollando y el problema ha sido abordado con un modelo que involucra medidas legislativas, formulación de políticas, planes, programas y proyectos. Esto significa que una vez formulada la política, han establecido un plan a partir del diagnóstico institucional, ordenado las líneas de acción, formulado objetivos y metas y están desarrollando las estrategias con acciones concretas y coordinadas que materializan sus propósitos. Su implementación incluye varios programas cada uno con objetivos, acciones, metas y metodologías para abocar la intervención sobre un área específica y a su vez, cada programa está conformado por proyectos que permiten organizar las acciones en torno a los problemas u oportunidades concretas.

## **2.EVOLUCIÓN DE LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS PARA IMPLEMENTAR LA POLITICA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA**

En el año 1996, Colombia inició la realización de los estudios necesarios para el diseño de un Sistema de Calidad en Salud, a través del Programa de Apoyo a la Reforma, que concluyó con la aparición de un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGC, definido con la expedición del Decreto 2309 de 2002 (ya derogado) y conformado por cuatro componentes para incrementar los resultados favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados a dicha atención: Sistema único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad. En el artículo 6° determinó las características de calidad con base en las cuales se debería evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud, siendo una de ellas la Seguridad, entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

En el 2003, el Ministerio de la Protección Social empieza a realizar reuniones de consenso sobre el tema de Eventos Adversos Trazadores, entendidos como las lesiones involuntarias que ocurren al paciente durante la atención en salud los cuales son atribuibles a ésta y no a la enfermedad subyacente y pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad. Además, ICONTEC como ente acreditador en salud, empieza a exigir a las instituciones de salud que deseaban acreditarse, la presentación de un programa de

vigilancia de eventos adversos como prerrequisito para aplicar a la acreditación, pretendiendo que a través de su aplicación, las instituciones aseguren niveles superiores de calidad en la prestación de sus servicios y mejore en forma permanente.

En el 2005, el MPS formuló la Política Nacional de Servicios de Salud, que determinó los lineamientos estratégicos sobre los cuales debe regir la prestación de los servicios en Colombia y concibió la calidad como un elemento estratégico basado en el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario. Uno de los objetivos formulados fue Mejorar la calidad de la atención en salud, utilizando como estrategia el fortalecimiento de los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría, para disminuir los riesgos asociados a la atención, El eje de calidad está centrado en la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad y el fomento al desarrollo del talento humano y un marco de referencia de indicadores de calidad para el país que incluya estándares indicativos de la calidad esperada.

La validación y actualización continua de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad llevó a la derogación del Decreto 2309 de 2002, quedando explícito en el artículo 57 del Decreto 1011 de 2006. Se estableció el SOGC que formalizó las bases del sistema de información para la calidad y junto con los componentes de habilitación, auditoría para el mejoramiento de los procesos con el fin de alcanzar altos estándares de calidad y la acreditación, busca establecer la calidad y seguridad del paciente como un componente transversal del sistema y dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.

Con la Resolución 1446 de 2006, el MPS expidió los lineamientos para la vigilancia de los eventos adversos trazadores para que en forma obligatoria todas las instituciones de salud del país hicieran vigilancia y gestión a los eventos adversos.

En el 2007, divulgó el marco general y conceptual de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y las Pautas Indicativas y en una de ellas hace referencia a la seguridad como un atributo de calidad prioritario, debido al alto riesgo del sistema de salud por la realización de múltiples procesos con intervención de muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales se pueden presentar fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente. También, debido a los diferentes grados de aplicación de las Pautas Indicativas en las Instituciones de Salud, expidió la Guía Metodológica para implementar el modelo volviéndolo operativo a través de la herramienta PAMEC.

Otro proyecto de la misma época que aportó al fortalecimiento de los esfuerzos que estaba haciendo el país en pro de la seguridad del paciente y en el cual participó fue el estudio IBEAS, que tuvo como objetivo identificar los eventos adversos derivados de la asistencia hospitalaria, estimar su prevalencia y además la incidencia en una muestra de los pacientes del estudio en hospitales de Latinoamérica. El Ministerio de la Protección Social (MPS) señaló en el Informe final del estudio IBEAS, desarrollado en 58 hospitales de los diferentes países participantes, que la prevalencia de los eventos adversos fue del 10.5%. Este trabajo facilitó el mejoramiento del conocimiento en relación con la seguridad del paciente, favoreció la formación de un grupo de líderes clínicos, se identificaron áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para intensificar procesos de prevención, minimizar y mitigar los efectos adversos e incluir en los diferentes niveles de la organización

En junio de 2008, el Ministerio de la Protección social, expidió la Política de Seguridad del Paciente, con el ánimo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectan la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminarlas, y, contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente y divulgó:

- Sus lineamientos, principios orientadores, objetivos y estrategias, para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.
- Las definiciones básicas para su implementación, determinadas después de integrar la terminología internacional con los requerimientos específicos de Colombia
- El modelo con los seis elementos conceptuales de la estrategia institucional para su abordaje (mirada técnica a través del método científico, utilización de la Teoría del Queso Suizo, de James Reason, respuesta organizacional no punitiva ante la presencia de eventos adversos para promover su búsqueda activa y su gestión, inclusión del paciente y su familia para educarlo y hacerlo participe como una barrera de seguridad, promover una cultura de Seguridad en la Institución acompañada del despliegue de herramientas prácticas orientadas a lograr un entorno seguro en la atención del paciente y una cultura justa)  
Mediante estrategias que involucraron los diferentes actores del sistema (4).

Como parte de la estrategia de seguridad del paciente, desarrolló la Caja de Herramientas que ha ido actualizando y en abril de 2009, considerando el estado de desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), el MPS hizo el Lanzamiento del Observatorio de Calidad como un espacio para la recopilación, difusión y análisis de información e insumos relevantes sobre la calidad de la atención en salud y la generación de conocimiento acerca de la mejor manera de implementar los procesos de calidad en salud en el país. Incluyó varias salas temáticas y la caja de herramientas, aportando metodologías e instrumentos diferentes según las necesidades de los actores del sistema, los cuales se han convertido en un instrumento de información y mejoramiento que apoya el desarrollo de acciones en salud proyectadas a garantizar la seguridad del paciente.

A partir del Primer Informe Nacional de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2009" se definieron 67 indicadores para el Dominio de Seguridad en la Atención del Paciente en los siguientes subdominios: Administración Clínica, Procesos/procedimientos clínicos, Infección asociada a atención en salud, Medicación/fluidos intravenosos, Sangre/productos sanguíneos, Nutrición, Oxígeno/gas/vapor, Artefactos médicos/equipamientos, Comportamiento, Accidentes de pacientes, Infraestructura/construcción/unidades y Recursos/gestión organizacional.

El 4 de marzo de 2010, el Consejo Técnico de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud aprobó la Guía Técnica 001 en Salud "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" desarrollada con el apoyo de 111 instituciones nacionales de donde provinieron los profesionales que colaboraron a través de su participación en el Comité de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente de la USN y personal del Ministerio de la Protección Social para brindar a los profesionales y a las instituciones recomendaciones técnicas que faciliten la operativización e implementación práctica de los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente.

En el mes de junio del 2010, fueron divulgados los veinte “Paquetes Instruccionales para el entrenamiento en la implantación de las estrategias de seguridad del paciente en las instituciones de salud”, así como el material de apoyo unificado con tecnologías educativas y de información para la formación de instructores y del personal de salud, con el fin de fortalecer el conocimiento y las competencias y facilitar la implementación de la Política de Seguridad dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Colombia ha tomado en consideración las recomendaciones producidas por las Organizaciones y/o grupos técnicos reconocidos en el mundo que trabajan el tema de seguridad del paciente, los desarrollos hechos en instituciones acreditadas del país y las recomendaciones de la entidad acreditadora en salud (ICONTEC) como consecuencia del aprendizaje durante los procesos de acreditación, en el desarrollo de las estrategias para implementar la política de seguridad del paciente en el país

Las Instituciones de Salud han venido aplicando estas directrices a través de etapas con miras a garantizar la seguridad del paciente, apoyados además en las experiencias de otras instituciones, en las revisiones bibliográficas y en los avances científicos que reflejan el desarrollo del tema y el proceso de implementación de la política de seguridad del paciente se encuentra en etapas de desarrollo diferentes. Algunas tienen una Política de Seguridad del Paciente obedeciendo a las directrices del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y han adoptado Metas internacionales para la seguridad del paciente de acuerdo a los requisitos implementados por la Joint Commission International a partir de Enero de 2008. Otras han seguido las directrices nacionales y han utilizado la caja de herramientas proporcionada por el Ministerio de la Protección Social para su implementación.

En la ciudad de Medellín, así como en las demás ciudades del país, el Ministerio de la Protección Social divulgó los lineamientos para asegurar que la seguridad del paciente se situara en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, elaboró programas de educación para todo el personal de atención sanitaria afectado, incluidos los gestores, con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de toma de decisiones clínicas y de gestión del riesgo, así como el modo adecuado de enfocar los incidentes de seguridad del paciente, promover la investigación sobre seguridad del paciente y incorpora en el Observatorio de Calidad los informes periódicos sobre las medidas tomadas en el país para mejorar la seguridad del paciente

La Alcaldía a través de la Secretaria de Salud, creó el “Premio a la Calidad de la Gestión en Salud Ciudad de Medellín” articulado con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de SGSSS, las Políticas municipales de salud, y el Plan de Desarrollo Municipal 2008-2011 “Medellín es Solidaria y Competitiva”, en la línea estratégica dos “Salud con calidad “ que busca el desarrollo y bienestar para toda la población por medio del avance con las entidades prestadoras de servicios de salud en alcanzar unos mejores estándares en la calidad de la atención a la ciudadanía, para contribuir al objetivo “Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud” a través del fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido en el Plan de Desarrollo de Antioquia 2008-2011 “ ¡ANTIOQUIA PARA TODOS! Manos a la Obra” y por consiguiendo al Plan Nacional de Salud.

Este premio está dirigido a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas y enmarcado en un Modelo de Excelencia en la Gestión, con el fin de estimular la calidad y la seguridad del paciente, promover la competitividad, la innovación y el

mejoramiento en los servicios de salud y posicionar la ciudad como un referente en la prestación de Servicios de Salud de alta calidad.

Sus estándares y criterios están basados en el concepto de Gestión Integral que concibe la organización como un sistema que combina tres elementos para generar valor a los diferentes grupos de interés: **Direccionamiento o Gestión Estratégica** en donde la calidad y la seguridad de la atención en salud se considera un factor clave para el éxito de la institución y se visualiza en la misión, la visión, los principios corporativos y los valores que deben reflejar los comportamientos para lograrlo, con objetivos, metas, estrategias claras y un plan de acción que se materializa en programas y proyectos y también, un sistema de medición para monitorear la gestión y evaluar el logro de los resultados esperados; la Gerencia o Gestión por Procesos con el fin de establecer, ejecutar, verificar y ajustar todas las acciones en los diferentes procesos que permiten dar respuesta a las necesidades y expectativas de los diferentes grupos de interés con quien se interrelaciona la institución y la Cultura Corporativa que unida a las estrategias facilita la puesta en marcha del plan de acción a través de un conjunto de prácticas, técnicas y herramientas gerenciales que debe aprender la organización para el logro de las metas en calidad y seguridad de la atención en salud .

A través de su diseño y puesta en marcha, busca incentivar a las instituciones en el desarrollo de procesos de gestión orientados hacia la calidad, haciendo énfasis en la seguridad del paciente a través de un proceso de aprendizaje continuo con dos pilares fundamentales que son la atención centrada en el usuario y el mejoramiento continuo para lograr una alta competitividad y confiabilidad de sus servicios, en el marco de las políticas y estrategias institucionales.

### **3. EL CICLO GERENCIAL DEL PROCESO PARA IMPLEMENTAR LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD**

Implica la aplicación del ciclo gerencial o ciclo de mejoramiento PHVA o PEVA por parte de las instituciones de salud, así:

**Planea** el proceso partiendo desde el Direccionamiento o Gestión Estratégica con el fin de contar con una Plataforma estratégica y un Planteamiento que hace énfasis en la calidad y seguridad en la atención en salud como una línea de acción identificada en la misión, visión, políticas institucionales, con principios y valores corporativos, objetivos estratégicos, metas, estrategias y acciones con estándares mínimos de estructura como los definidos en el Sistema Único de Habilitación y superiores para el desarrollo en toda la organización de los procesos como los definidos en el Sistema Único de Acreditación Nacional e Internacional (este último si la institución así lo considera) que sirven de referente y guían la actuación y un sistema de medición del mejoramiento, dado que es un componente transversal del sistema obligatorio de garantía de la calidad y tiene por objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten al paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Este plan incluye varios programas para mejorar la calidad y seguridad de la atención en salud, siguiendo los lineamientos de la política de seguridad de los pacientes divulgada por el MPS, siendo uno de ellos el Programa de Seguridad del Paciente, que a su vez



cuenta con varios proyectos, como el Proyecto de investigación sobre seguridad del paciente.

- Todo esto orienta el **enfoque** que debe dar la institución en todas sus áreas con planes, programas y proyectos para lograr el propósito establecido.
- Posteriormente, sigue la fase de **implementación** en la cual se debe aplicar el enfoque anterior en todo su alcance y extensión dentro de la organización. Para ello, socializa y capacita a los diferentes grupos de interés con énfasis en el cliente interno y el usuario (paciente y su familia), que le permita poner en marcha el plan y **ejecutarlo** a través de procesos, técnicas, prácticas y demás herramientas, teniendo en cuenta los estándares preestablecidos y dejando registros que evidencien el desarrollo de estas actividades.
- La tercera fase del ciclo PHVA o PEVA hace referencia a la **verificación** de los logros y efectos del plan de acción implementado y la medición de los **resultados** obtenidos comparándolo con el enfoque preestablecido que sirve de criterios para el monitoreo en los diferentes niveles de operación de la auditoría.

La auditoría se debe convertir en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr la calidad y seguridad del paciente dentro de los principios de mejoramiento continuo, con el objetivo de proteger a los usuarios de los principales riesgos que se presentan durante la atención en salud y orientar los procesos al logro de la calidad y seguridad del paciente dentro de los estándares superiores de calidad preestablecidos.

Así mismo, cuando los hallazgos evidencian brechas, éstos se deben convertir en oportunidades de mejora en la calidad y seguridad de la atención en salud. La institución analiza los problemas detectados, identifica las causas, establece los objetivos del mejoramiento, las metas y los indicadores, define las acciones de mejoramiento, las prioriza y las planea siguiendo la metodología 5W1H para luego implementarlas y hacerle el seguimiento a los resultados. A medida que las metas de calidad y seguridad en la atención en salud se van logrando, evidenciado a través de los indicadores de seguimiento preestablecidos, se comunica a la institución los cambios que ya fueron probados y que dieron resultados favorables, se estandarizan y se continua su implementación con el fin de mantener los estándares alcanzados e ir cerrando poco a poco los ciclos de mejoramiento iniciados.

El Gerente juega un papel importantísimo, como líder y debe contar con herramientas gerenciales y de calidad para hacer seguimiento a la gestión que se realiza en la institución en la línea estratégica de calidad y seguridad del paciente en la atención en salud. Una herramienta gerencial básica es la Auditoría la cual se debe implementar siguiendo las pautas establecidas por el Ministerio de la Protección Social..

#### **4. PROPUESTA DE UN PROCESO DE AUDITORIA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ORIENTADA AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

No obstante lo expuesto anteriormente y aunque se evidencian avances en el área de la seguridad del paciente, hoy las IPS todavía tienen muchas dificultades para detectar y disminuir el riesgo en la atención y brindar mayor calidad y seguridad en la atención en salud y queda todavía mucho por mejorar.

Para alcanzar el propósito de establecer una atención segura, no solo es necesario la formulación, expedición y el conocimiento de las normas porque estas son solamente el marco de referencia; es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, coordinar, implementar y el seguimiento tanto al proceso desarrollado por las instituciones para su aplicación como al resultado de las acciones para que realmente alcancen logros efectivos. Una de las herramientas claves para proteger la seguridad del paciente es la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y como tal se debe constituir, de acuerdo con la Política Nacional de Servicios de Salud y las pautas de auditoría formuladas por el MPS quien determina la seguridad como uno de los elementos conceptuales en el cual se desarrolla su contexto.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y una herramienta indispensable en el modelo de gestión de la seguridad del paciente. Actualmente existen pautas y lineamientos de auditoría y mejoramiento impartidos por el MPS y se define como un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva, a fin de determinar la medida en que se cumplen los criterios de auditoría previamente establecidos.

Soportados en la caja de herramientas puestas por el MPS en el Observatorio de Calidad para la implementación de la política de seguridad del paciente, ponemos en consideración esta propuesta que pretende contribuir al desarrollo de las estrategias, fortaleciendo los conocimientos y estimulando la evaluación del proceso que realizan las instituciones de salud. A continuación se presenta un ejercicio que permitirá orientar el proceso de auditoría para evaluar el cumplimiento de los estándares preestablecidos en la normatividad vigente, haciendo énfasis en los criterios de la NTC “Buenas prácticas de Seguridad”,

Como proceso, la auditoría también parte de la elaboración de:

#### **4.1 Planeación o Preparación de la Auditoría**

- **Análisis de requisitos:** para la planeación sistémica de la auditoría se observa la institución en su totalidad, en su conjunto, en su relación con el todo, en sus interacciones y en sus procesos.
- **Solicitud de documentación:** el equipo auditor solicita a la institución el envío de documentación relacionada con los requisitos de que ha establecido y que debe cumplir para la implementación de la política de seguridad en la institución. Esto es necesario en cualquiera de los niveles de operación de la auditoría (autocontrol, auditoría interna, auditoría externa)
- **Recepción de la documentación:** el equipo auditor recopila la documentación remitida y comprueba que la documentación recepcionada es la solicitada. En caso que la documentación remitida no sea completa, contacta con la gerencia de la institución para completarla.
- **Análisis de la documentación enviada, de los antecedentes y documentación general sobre la institución, en el tema de calidad y seguridad de la atención en salud:** se realiza en función de lo establecido en los criterios de auditoría. El equipo auditor valora la documentación disponible sobre la institución para comprobar si requiere

información adicional (Informes previos, planes de mejora elaborados por la institución para solucionar problemas detectados sobre la calidad y seguridad en la atención, recomendaciones de anteriores auditorías, planes de calidad generales o específicos).

- Preparación de papeles de trabajo: Como auditores necesitamos de papeles de trabajo los cuales son fundamentales en el ejercicio de nuestra profesión y corresponden a listas de chequeo, verificación, planes de auditoría, formatos de entrevistas, de observación directa entre otros; los cuales se constituyen en evidencias que soportan los hallazgos y resultados para luego generar el informe de auditoría con las conclusiones y recomendaciones que posteriormente serán objeto de análisis por parte de la institución auditada y el seguimiento correspondiente.
- Para su elaboración, el equipo auditor analiza los estándares preestablecidos en los procesos institucionales, procesos asistenciales, con los comentarios, aclaraciones o Dudas fruto del análisis de la documentación, así como las áreas de mejora detectadas en anteriores auditorías a fin de comprobar su implantación en la auditoría de campo,  
En el ANEXO 5. Se incorpora el plan de auditoría y ejemplo de los papeles de trabajo

#### **4.2 Ejecución o desarrollo de la auditoría**

En las fechas acordadas, el equipo auditor realiza la auditoría de campo con el fin de evaluar el cumplimiento de los criterios y detectar las áreas que presentan brechas y que requieren mejoramiento. En el abordaje de la auditoría se ve la interrelación y los procesos de cambio en lugar de las concatenaciones lineales de causa-efecto e instantáneos, porque lo que se pretende es articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la institución para aportar a su efectividad.

Se desarrolla teniendo en cuenta las siguientes actividades:

- Reunión de apertura: con la gerencia y el equipo que ella considera, se realiza una reunión inicial, no mayor de 30 minutos. Durante su desarrollo se presenta al equipo auditor, se comunica el propósito de la auditoría, se explica su desarrollo, se realizan los cambios que la Institución requiera en el horario de las actividades planeadas y se ajusta la agenda en el mismo lugar. Se comunica sobre el código de ética que sigue el equipo auditor y la confidencialidad de toda la información manejada, que durante la auditoría, el auditado será informado del progreso de misma y se resuelven las dudas surgidas respecto a la auditoría. Además se comentan los pasos posteriores a la realización de la auditoría, la generación de un informe preliminar que se entregará en la reunión de cierre
- Búsqueda de evidencias: Para la realización de la auditoría el equipo auditor tiene en cuenta la documentación establecida y presentada por la institución (Ej. Plan de Gestión de Calidad y seguridad del paciente, procedimientos institucionales seguros, protocolos, guías y prácticas de actuación, la legislación aplicable y los criterios establecidos en la Guía Técnica 001 en Salud "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud " y los paquetes instruccionales establecidos por le MPS
- El equipo auditor aplica las técnicas de auditoría que ha seleccionado durante la preparación de la auditoría: entrevista con el personal detallado en la agenda de auditoría para que le facilite evidencias objetivas y datos que acrediten el cumplimiento de los requisitos, verificación de registros, inspección, observación de

actividades, para comprobar que estas se desarrollan según lo indicado en la documentación

- Registra en los papeles de trabajo, la información obtenida y determina la necesidad de adquirir información adicional.
- Registra la información adicional y las observaciones relativas al procedimiento.

#### **4.3 Análisis de las evidencias para identificar hallazgos de auditoría relacionados con la calidad y seguridad del paciente**

- Desde el punto de vista sistémico, se utilizan los hallazgos de auditoría para realimentar o retroalimentar a la institución con el fin de que se siga fortaleciendo el autocontrol, se estructure el plan de mejoramiento de los procesos y se establezcan los recursos para la ejecución de éste
- Verificación de la claridad y calidad de la información obtenida: el equipo auditor evalúa las diferentes fuentes
- Verificación de los indicadores con los cuales la institución miden los resultados de los procedimientos seguros, de los procesos asistenciales seguros, de las prácticas implementadas por las profesiones para mejorar su actuación y las prácticas con los pacientes, su familiar responsable o cuidador.  
Aunque desde el MPS se crearon nuevos indicadores dentro del sistema de información para la calidad entre los años 2009 y 2010 (aún poco conocidos y/o implementados), el que corresponde a la gestión de eventos adversos, único que se reporta semestralmente a la Superintendencia nacional de salud, presenta confusiones, pues no están claramente definidos los criterios de validez, fiabilidad, sensibilidad y especificidad ya que el indicador fijado por el MPS denominado "Proporción de vigilancia de eventos adversos detectados y gestionados" no define criterios de exclusión como las complicaciones y evento adverso no prevenible, además frente al tema de seguridad todos los incidentes deben gestionarse y estos no se encuentran incluidos dentro del indicador. Se presenta una propuesta de indicador general para eventos adversos
- Identificación y análisis de los factores de riesgo: analiza los factores de riesgo y determina cómo se deben manejar esos riesgos
- Preparación de las conclusiones de auditoría: el equipo auditor se reunirá antes de la reunión final a fin de revisar las áreas de mejora detectadas durante la auditoría, así como cualquier otra información recopilada durante la misma; acordar las conclusiones de la auditoría (fortalezas y brechas que se convierten en oportunidades de mejora) y elabora el informe preliminar el cual debe detallar teniendo en cuenta la siguiente información: participantes en la reunión final, equipo evaluador, fecha de realización de la visita, fecha de la reunión final y entrega de informe, cumplimiento o no de la recolección de la documentación de las visitas incluidas y las técnicas planeadas en la agenda de auditoría para su aplicación
- Reunión final: se realiza con la Gerencia y el equipo definido por la institución. Durante su desarrollo se debe comentar el desarrollo de la auditoría, resumir el avance de la institución a los requisitos preestablecidos con el fin de puedan formularse las observaciones oportunas, entregar el Informe preliminar, informar los pasos que se siguen para la elaboración del informe final y difusión del mismo
- Elaborar el Informe de Auditoría: el equipo revisa los datos y elabora el informe de auditoría de tal forma que incluya los hallazgos, las conclusiones y recomendaciones y lo pone a disposición del gerente o su representante para su revisión.

#### 4.4 Actuación por parte del equipo auditor

En el seguimiento sistémico verifica el cumplimiento de las mejoras, estima los efectos, y con las mejoras efectivas se evidencia en aprendizaje organizacional y se retroalimenta.

- Socialización de los resultados de la Auditoría, los procedimientos institucionales, procesos asistenciales, practicas que deben mejorar la actuación de los profesionales y prácticas que deben mejora los pacientes, su familia o cuidador en su seguridad para que la institución auditada establezca las acciones correspondientes
- Acompañamiento al equipo en la aplicación de métodos de análisis y solución de problemas y soportar al equipo en la formulación del Plan de Mejoramiento.
- Seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora, monitoreando a través de los Indicadores definidos con este fin, si el Plan de Mejora es efectivo y monitoreando el aprendizaje organizacional así como la estandarización de procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados.

#### 5. ANEXOS

##### ANEXO 1. ACRONIMOS Y SIGLAS

AMEF(AMFE)	Análisis modo de falla y efecto
EA	Evento Adverso
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ECDC	Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Europa
EPS	Empresa Promotora de Salud
FEPASDE	
INCAS	Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios
MPS	Ministerio de la Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
USN	Unidad Sectorial de Normalización

##### ANEXO 2. DEFINICION DE TERMINOS

Acciones de reducción de riesgo	Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal
AMEF (AMFE)	Metodología utilizada principalmente en forma proactiva para la

	priorización de los riesgos y la toma de acciones preventivas dirigidas a su reducción, mediante la identificación de fallos o modos de fallos conocidos y potenciales, sus causas y el efecto sobre el paciente y la institución, la priorización de cada uno de acuerdo a la frecuencia de ocurrencia, la gravedad y el grado de facilidad para su detección, calculando de esta forma el número prioritario de riesgo (NPR o RPN) que determina el orden en que necesariamente deben realizarse los cambios o ajustes en los procesos con el fin de mejorar su desempeño y mitigar el riesgo dentro de la estrategia de prevención
Atención en Salud	Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud
Barrera de seguridad	Acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso
Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud	Recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los lineamientos de la política de seguridad en los procesos asistenciales, disponibles en la literatura médica y reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos
Caja de herramientas	Contiene las estrategias, metodologías e instrumentos necesarios para promover la estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, guiar a todas las instituciones de salud cobijadas por el Sistema para que implementen la política institucional de seguridad del paciente.
Complicación	Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente
Evento Adverso	Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles
Evento Adverso Prevenible	Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado
Evento Adverso No Prevenible	Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial
Evento Centinela	Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida
Factores contributivos	Condiciones que predisponen o facilitan la ejecución de acciones inseguras o fallas de la atención en salud que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno que pueden haber jugado un papel causal en su aparición.
Falla de la Atención en Salud	Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión, en que incurrieron

	las personas que tenían a su cargo ejecutar las tareas en la atención del usuario
Falla Activa	Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso debidas a olvidos(no recordar que debe realizarse un procedimiento, descuidos(tomar la jeringa equivocada),equivocaciones (errores de juicio)y rara vez desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos, que constituyen una acción insegura y puede generar un incidente o un evento adverso evitable
Falla Latente	Fallas en los sistemas de soporte, relacionadas con decisiones gerenciales y procesos organizacionales
Guía Técnica en Salud	Establece las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos que buscan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtener procesos institucionales seguros</li> <li>- Obtener procesos asistenciales seguros</li> <li>- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad</li> <li>- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales</li> </ul>
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.
Indicio de Atención Insegura	Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso
Monitorización de la Seguridad del Paciente	Seguimiento que se hace a través de diferentes medios, complementarios entre sí al avance de las diferentes etapas de desarrollo de las acciones planeadas y orientadas a promover y garantizar la seguridad del paciente en la atención en salud, para desencadenar acciones de mejoramiento y progresar hacia la consecución de condiciones de atención más seguras y nunca a la simple recolección de datos estadísticos.
Paquetes instruccionales	Apoyan la implementación de las recomendaciones conocidas como buenas prácticas en los procesos internos de las instituciones, comunicando la mejor manera de alcanzar el propósito hacia el cual está dirigida, de acuerdo con la evidencia científica, las tendencias mundiales en seguridad del paciente y/o el consenso obtenido en el Comité Sectorial de Normalización, con el fin de fortalecer el conocimiento y las competencias y facilitar la implementación de la Política de Seguridad dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. En la actualidad consta de veinte Paquetes Instruccionales para el entrenamiento en la implantación de las estrategias de seguridad del paciente en las instituciones de salud”, así como el material de apoyo unificado con tecnologías educativas y de información para la formación de instructores y del personal de salud, una herramienta de “e-learning” para la autoinstrucción <sup>3</sup> y un aula virtual para la formación de instructores.
Plan de mejoramiento de la calidad y seguridad del paciente	Planteamiento de acciones encaminadas a mitigar y prevenir el daño al paciente, que se documentan en un plan de mejoramiento 5W 1H (qué, quien, cuándo, dónde, por qué o para qué y cómo), para su

	<p>ejecución, la retroalimentación de los resultados al personal en los diferentes niveles de la organización incluyendo el directivo y que finaliza con el aprendizaje organizacional considerado la cumbre de este ciclo que exige un grado de madurez institucional no fácil de lograr con el fin de crear y mantener cultura de seguridad.</p>
Política de Seguridad del Paciente	<p>Es el marco de referencia liderado por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, que contiene los lineamientos para prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos con el fin de contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente</p>
Protocolo de Londres	<p>Proceso con un enfoque estructurado y sistemático, sugerido por el Ministerio de Protección Social como metodología para la investigación y análisis claro y objetivo de causalidad de los eventos adversos y los incidentes.</p> <p>Comienza por la identificación de las acciones inseguras y las barreras de seguridad que fallaron hasta llegar a la cultura y los procesos organizacionales, considerando el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores las cuales son conocidas factores contributivos o condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras.</p> <p>Se debe convertir en una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema</p>
Riesgo	<p>Pprobabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.</p>
Ruta para la investigación de incidentes o eventos adversos	<p>Secuencia estandarizada de pasos que se debe seguir para investigar y analizar un incidente clínico o un evento adverso.</p> <p>Incluye la identificación del evento adverso o del incidente y decisión de investigar por parte de la institución, la selección del equipo investigador, la obtención y organización de la información, la cronología del incidente, la identificación de las acciones inseguras y los factores que contribuyeron a su presencia, las recomendaciones propuestas y el plan de acción.</p>
Seguridad del Paciente	<p>Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.</p>
Sistema de Gestión del Evento Adverso	<p>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.</p> <p>Juega un papel fundamental dentro del marco de la seguridad del paciente y se debe entender como un ciclo permanente de mejoramiento que busca aprender del error y evitar la ocurrencia de éstos.</p>

### ANEXO 3. PLAN DE AUDITORIA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

---



LOGO	<b>PLAN DE AUDITORIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. IPS XXXX</b>			Auditoria:	Auditoria Interna de Calidad No 1	Codigo: Versión: 1
	<b>TITULO:</b> Auditoria institucional de la seguridad del paciente			Fecha:		Fecha de Actualización:
<b>OBJETIVO GRAL:</b>	Evaluar el cumplimiento del plan de seguridad del paciente					
<b>ESPECIFICOS:</b>	<p>Verificar el cumplimiento de la politica institucional de seguridad del paciente</p> <p>Detectar el grado de cultura de seguridad institucional</p> <p>Evaluar el funcionamiento del modelo existente para la deteccion, reporte, gestión y análisis de eventos adversos e incidentes</p> <p>Realizar mediciones de cumplimiento de criterios relacionados con procedimientos estrategicos dictados en la norma tecnica de "Buenas practicas de seguridad" impartida por el MPS.</p>					
<b>ALCANCE:</b>	Esta auditoria será aplicada a los diferentes procesos institucionales tenidos en cuenta en la NTC de buenas practicas de seguridad, evaluara desde las directrices impartidas por la alta gerencia hasta los resultados obtenidos en los pacientes atendidos durante un periodo (previamente establecido).					
<b>PROFUNDIDAD:</b>	Para realizar dicha verificación se tendra en cuenta la plataforma estrategica y su despliegue, la cultura organizacional, el programa de gestion de EA, los procedimientos institucionales segun los servicios y pacientes atendidos en un periodo determinado.					
<b>CRITERIOS:</b>	Documentos de Caracterización de los Proceso de Atención (determinando puntos de control), Manual de procedimientos, protocolos y guias, plan institucional de seguridad del paciente, Norma tecnica colombiana de "Buenas practicas para la seguridad del paciente en la atencion en salud", Politica de seguridad en colombia, Modelos de gestion de eventos adversos.					
<b>METODOLOGIA:</b>	Verificación en HC, Entrevistas, Observaciones, revision de soporte documental, reuniones con el personal					
<b>DEFINICIONES:</b>	NTC: Norma Tecnica Colombiana. EA: Evento Adverso.					
<b>AUDITOR LIDER:</b>		<b>EQUIPO AUDITOR:</b>			<b>PROCESO AUDITADO:</b>	
<b>REUNIÓN APERTURA:</b>					<b>REUNIÓN DE CIERRE:</b>	
<b>HORA</b>				<b>HORA:</b>		
<b>DESARROLLO:</b>						
<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>AUDITADO</b>	<b>AUDITORES</b>	

		Reunión de apertura	Acta de reunión, Lider del proceso a auditar, Grupo Auditor	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Evaluación de la implementación de la política de seguridad y despliegue a los colaboradores	Plataforma estrategica institucional	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Evaluación de la implementación del plan de seguridad institucional	Plan de seguridad que incluye: identificación del riesgo por servicios, cultura de seguridad, detección y reporte, modelo de gestión de EA, planes de mejora, educación al paciente y familia.	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Entrevistas al personal asistencial para evaluar la adherencia al plan de seguridad	Políticas institucionales, Plan de seguridad Médicos generales y especialistas Enfermero jefe Auxiliares de enfermería	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Entrevistas al personal administrativo del área para evaluar la adherencia al plan de seguridad	Políticas institucionales, Plan de seguridad Personal Administrativo	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Entrevistas a usuarios para evaluar el grado de conocimiento y participación en su seguridad en la institución	Políticas institucionales, Plan de seguridad, Plan de comunicación e información Usuarios. Liga de usuarios	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Entrevistas a familiares para evaluar el grado de conocimiento en su seguridad en la institución y participación dentro del proceso de atención de su paciente	Políticas institucionales, Plan de seguridad, Plan de comunicación e información Usuarios. Liga de usuarios Familiares	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor

		Observacion directa de los procedimientos en los diferentes servicios	Norma Tecnica Colombiana, Manuales de procedimientos, guias, protocolos. Modelo de reporte y gestion de EA. Definir la muestra por servicio y procedimiento.	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Solicitar el informe de eventos adversos detectados y gestionados en la institución durante "X" periodo de tiempo	Consolidado de reporte de eventos adversos e incidentes detectados y gestionados durante "X" periodo de tiempo	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Realizar la trazabilidad de los eventos adversos detectados y gestionados	Solicitar HC (revisar EA). Norma Tecnica Colombiana, Manuales de procedimientos, guias, protocolos. Modelo de reporte y gestion de EA.	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Verificar la retroalimentación al equipo de salud de los eventos adversos detectados y gestionados	Reuniones, comites, capacitaciones y listado de asistencia. Entrevistas al equipo de salud	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Verificar los incentivos que tiene la institución para que los profesionales mejoren su actuación	Gestión y administración del servicio (Cuadros de turnos), plan de comunicación, actividad de consentir e informar al paciente, programa de bienestar social, convenios docente - asistenciales	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor

		Reunion de enlace	Hallazgos, Norma Tecnica Colombiana, Manuales de procedimientos, guias, protocolos. Modelo de reporte y gestion de EA, Plan de seguridad. Politicas institucionales y Colombinas (normatividad)	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
		Reunión de cierre	Acta de auditoria y sus anexos, Lider del proceso, Grupo Auditor	Proceso de Atención	Auditor lider Grupo auditor
OBSERVACIONES: El informe será entregado .... días después del cierre de auditoría					
ELABORADO POR: AUDITOR LIDER			APROBADO POR: COORDINADOR DE CALIDAD		

#### ANEXO 4. PAPELES DE TRABAJO DE AUDITORIA PROCESO DE IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGIA

<b>LISTA DE CHEQUEO PARA LA VERIFICACIÓN DE INFRAESTRUCTURA EN QUIROFANOS</b>					
<b>Tomado de la Resolución 1043/06: ESTANDAR 2 "INSTALACIONES FÍSICAS"</b>					
<b>Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.</b>					
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
2.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios hospitalarios y <u>quirúrgicos</u> solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel.			
2.2	TODOS LOS SERVICIOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.			
		La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.			

<b>2.3</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.			
<b>2.6</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta <u>servicios quirúrgicos</u> , obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.			
<b>2.10</b>	TODOS LOS SERVICIOS	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.			
<b>2.12</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunczantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.			
<b>2.20</b>	SERVICIOS QUIRÚRGICOS	Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución y Dispone de los siguientes ambientes: ü Área para recepción y entrega de pacientes.			
		ü Vestier y baño para el personal.			
		ü Sala(s) de cirugía.			
		ü Sala de recuperación.			
		ü Área para lavamanos quirúrgicos.			
		El servicio cumple además con las siguientes condiciones específicas Las puertas para los quirófanos tienen visor y un ancho que garantice el paso de las camillas y sus acompañantes en condiciones de rutina y emergencia.			
Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en los quirófanos o acumulador, con suficiente capacidad para el servicio quirúrgico					

	La sala de cirugía cuenta con un sistema mínimo para extracción de gases anestésicos residuales de la máquina, hacia el exterior			
	Los equipos eléctricos en salas de cirugía estarán conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra			
	Si existen ventanas de abrir en las salas de cirugía, éstas cuentan con un control de la apertura de los basculantes			
	La Iluminación es uniforme y simétrica en el campo operatorio			
	La sala de recuperación está localizada en forma contigua y se comunica con el área de recepción y entrega de pacientes, así mismo, tendrá acceso al corredor o pasillo interno			
	Por cada paciente en sala de recuperación se cuenta con dos tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia de la institución, una fuente de succión y una fuente de oxígeno			
	Área de aseo.			
	Cuenta con luz de emergencia generada por unidad autónoma o lámpara con acumulador, con suficiente capacidad para el servicio quirúrgico			
	El servicio de cirugía está dispuesto de tal modo que es de fácil acceso para los pacientes que requieren procedimientos de emergencia en salas de cirugía, para lo cual contarán con rampa o ascensor en caso de ser necesario			
	Si el servicio realiza procedimientos de cirugía cardiovascular debe contar además con: Fuente de oxígeno y aire comprimido para la bomba de circulación extracorpórea			
	Una toma eléctrica independiente para la bomba de circulación extracorpórea			
	Cuenta con la señalización para el acceso restringido a los quirófanos.			

**LISTA DE CHEQUEO PARA LA VERIFICACIÓN DE INFRAESTRUCTURA EN QUIROFANOS**

**Tomado de la Resolución 1043/06: ESTANDAR 3 "DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO"**

**Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador**

<b>COD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>3.1</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.			
		Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.			
<b>3.2</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.			
		El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.			
<b>3.3</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.			
<b>3.9</b>	SERVICIOS QUIRÚRGICOS TODAS LAS COMPLEJIDADES	Cada quirófano cuenta con la siguiente dotación:			

		<p>Mesa para cirugía, acorde al tipo de cirugías que realiza, máquina de anestesia, la cual debe contar con: Alarmas de desconexión, seguro de mezcla hipóxica, analizador de gases anestésicos, monitor de oxígeno administrado, monitor de presiones en la vía aérea y ventilador. Lámpara cielítica exceptuando cuando se tengan fuentes diferentes de luz (vgr. oftalmología), mesa para instrumental quirúrgico, aspirador portátil, laringoscopio con hojas para adultos y si se requiere hojas pediátricas, tensiómetro y fonendoscopio, camillas rodantes con barandas, equipo básico de reanimación, disponibilidad de desfibrilador, y elementos de monitoreo mínimo para administrar anestesia: Presión arterial no invasiva, electrocardiograma continuo y pulsoximetría.</p>			
		<p>Instrumental necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realizan en el servicio.</p>			
		<p>Bala o cilindro (s) de oxígeno con carro de transporte o sistemas de oxígeno central, en estos últimos casos deben tener planes y equipos para manejo de la contingencia de daños en la red.</p>			
		<p>Si el servicio es de <b>mediana y alta</b> complejidad cuenta con: Monitor de signos vitales, tensiómetro, disponibilidad de electrocardiógrafo y de pulsoxímetro y/o monitor cardíaco.</p>			
		<p>En sala de recuperación: Aspirador de succión, camillas y equipo básico de reanimación. Equipo para monitorear tensión arterial, trazado electrocardiográfico, pulsoximetría por camilla, desfibrilador.</p>			
		<p>Si el servicio es de <b>alta complejidad</b> cuenta además con:</p>			
		<p>Bombas de infusión</p>			
		<p>Estimulador de nervio periférico</p>			
		<p>Presión arterial invasiva y no invasiva</p>			
		<p>El Capnógrafo se requerirá en quirófanos como elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.</p>			



		El analizador de gases anestésicos inspirados y expirados se requiere en cirugía cardiovascular, neurocirugía y en cirugías en las que se empleen técnicas anestésicas con flujos bajos.			
		El monitoreo de la temperatura se requiere en todos los servicios quirúrgicos que practiquen cirugías en neonatos, en infantes menores, en cirugía cardiaca, en trauma severo y en cirugías de más de tres horas.			
		Equipo de gases arteriales.			
		Sistema de infusión rápida de líquidos y sistema de calentamiento de líquidos y sangre.			
		Disponibilidad de rayos X portátil.			
		Disponibilidad de equipo de gasimetría arterial y electrolitos.			
		Cardiovisoscopio con una derivación estándar.			
		En sala de recuperación, además de lo definido anteriormente:			
		Equipo mínimo para manejo de la vía aérea: carro de vía aérea con las siguientes características:			
		Hojas de laringoscopio curvas y rectas de diferentes tamaños incluidas pediátricas.			
		Tubos endotraqueales de diferentes calibres.			
		Bujías.			
		Estiletes luminosos.			
		Máscaras laríngeas.			
		Equipo de cricotiroidotomía percutánea.			
		Equipo de intubación retrógrada.			
<b>3.13</b>	<b>CIRUGÍA CARDIOVASCULAR</b>	Además de la dotación para servicios quirúrgicos cuenta con: Equipos e instrumental necesario para la práctica de cirugías cardiovasculares: Bomba de circulación extracorpórea con entrada y salida de agua independiente, balón de contra pulsación aórtica, toma eléctrica independiente para la bomba de circulación extracorpórea, fuente de oxígeno y aire comprimido para la bomba de circulación extracorpórea, intercambiador de calor, cobija térmica, salvador de células, fotóforo de luz fría.			

## LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD ANESTESICA

### IDENTIFICACION

Nombres y apellidos			
Documento de identidad		Fecha	
Nombre del procedimiento			

### MAQUINA DE ANESTESIA

	SI	NO
Adecuada presión de Oxígeno y otros gases a utilizar		
Presencia de bala de oxígeno de emergencia		
Buen función/ del dispositivo para administración del oxígeno de flujo rápido (flush)		
Buen estado de flujómetros, vaporizadores, circuitos(sin fugas), válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO2		
Nariz de camello instalada en la máquina		
Buen funcionamiento del ventilador		

### MONITOREO BASICO

Se cuenta con fonendoscopio y tensiómetro		
Monitor de EKG funcionando correctamente		
Oxímetro y capnógrafo funcionando adecuadamente		
Termómetro cutáneo/ esofágico/ rectal.		

### PACIENTE

Se cuenta con vía venosa permeable		
Se cuenta con los exámenes paraclínicos requeridos		
Se cuenta con el consentimiento informado firmado		
Se conocen las necesidades de posición del paciente		
Se realizó protección sobre puntos de presión		
Se realizó protección ocular		
Hay cambios frente a la evaluación preanestésica		

Cuales: \_\_\_\_\_

**MATERIALES MEDICAMENTOS Y EQUIPOS**

Se cuenta con equipo básico y avanzado para manejo de la vía aérea		
Se cuenta con todos los medicamentos previstos para su utilización		
Se cuenta con equipo de succión adecuadamente funcionando		
Se cuenta con desfibrilador adecuadamente funcionando y paletas internas		


Nombres y apellidos del anesthesiologo			
Registro médico		Firma	

**LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDA DE CIRUGIA**

<b>ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA</b>	<b>ANTES DE LA INCISION QUIRURGICA</b>	<b>ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL Qx.</b>
<p><b>El paciente ha confirmado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Su identidad</li> <li><input type="checkbox"/> El sitio quirúrgico</li> <li><input type="checkbox"/> El procedimiento</li> <li><input type="checkbox"/> Su consentimiento</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Demarcación del sitio / No procede</p> <p><input type="checkbox"/> Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia</p> <p><input type="checkbox"/> Pulsoxímetro colocado y en funcionamiento</p> <p><b>Tiene el paciente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.</li> </ul> <p><b>Cirujano, Anesthesiologo y Enfermero confirman verbalmente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La identidad del paciente</li> <li><input type="checkbox"/> El sitio quirúrgico</li> <li><input type="checkbox"/> El procedimiento</li> </ul> <p><b>Previsión de eventos críticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista</li> <li><input type="checkbox"/> El Equipo de anestesia revisa: Si el paciente presenta algún problema específico</li> </ul>	<p><b>El enfermero confirma verbalmente con el equipo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado</li> <li><input type="checkbox"/> Que los recuentos de los instrumentos, gases y agujas son correctos (o no proceden)</li> <li><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente)</li> <li><input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> El cirujano, anesthesiologo y</p>

<p><b>Alergias conocidas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, y hay instrumental y equipos / ayuda disponible</p> <p><b>Riesgo de hemorragia &gt; 500ml</b></p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos</b></p> <p><b>Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No procede</p> <p><b>Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No procede</p>	<p><b>el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente</b></p> <p><b>Nombre del paciente:</b></p> <hr/> <p><b>No. Documento de identidad:</b></p> <hr/> <p><b>Fecha:</b></p> <p><b>Procedimiento:</b></p> <p><b>Observaciones:</b></p> <hr/>
--	---	--

Anestesiólogo responsable de la Verificación:

NORMA CRITICA			
ATRIBUTO O CARACTERISTICA	NORMA CRITICA	PERIODICIDAD	NOMBRE Y FUENTE DEL INDICADOR
Satisfacción	Los usuarios deben quedar satisfechos con los servicios recibidos por la IPS	Mensual	NOMBRE: Proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos por la IPS. FUENTE: Consolidado mensual de la encuesta de satisfacción al usuario.
PREGUNTA DE SATISFACCIÓN GLOBAL: Esta usted satisfecho con los servicios recibidos por la IPS. 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ Donde 1 representa el más alto grado de insatisfacción y 5 el grado más alto de satisfacción.			
FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
	CODIGO DEL INDICADOR: I-S-01		
	NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos por la IPS		
	APROBADO POR : Ministerio de la Protección Social		
	FECHA DE ACTUALIZACION : Junio 5 de 2010		
JUSTIFICACION	<p>La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores de mayor relevancia en la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá identificar los usuarios satisfechos con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p>		
ATRIBUTO O CARACTERISTICA	Satisfacción		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de usuarios satisfechos con los servicios recibidos por la IPS} * 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$		
METAS DEL INDICADOR	<p>Sobresaliente: superior al 95 %</p> <p>Aceptable: entre 90 y 95 %</p> <p>No cumplida: inferior al 90 %</p>		
FUENTE DE LOS DATOS	<p>NUMERADOR: PARA EL CALCULO GLOBAL: Corresponde al número de usuarios que respondieron 4 ó 5 a la pregunta de satisfacción global de la encuesta de satisfacción al usuario con los servicios recibidos por la IPS. Escala de calificación utilizada entre 1 y 5, donde 1 representa el más alto grado de insatisfacción y 5 el grado más alto de satisfacción.</p> <p>PARA EL CALCULO DESAGREGADO POR SERVICIOS : Corresponde al número de usuarios que respondieron 4 ó 5 en la encuesta de satisfacción del usuario en cada uno de los servicios de la institución en los cuales aplica.</p> <p>DENOMINADOR: PARA EL CALCULO GLOBAL: Corresponde al Total de usuarios que respondieron a la pregunta de satisfacción global de la encuesta de satisfacción al usuario con los servicios recibidos por la IPS.</p> <p>PARA EL CALCULO DESAGREGADO POR SERVICIOS: Corresponde al total de usuarios que respondieron la pregunta de satisfacción global de la encuesta de satisfacción al usuario en cada uno de los servicios de la institución en los cuales se aplica.</p>		
CRITERIOS DE EXCLUSION	<p>NUMERADOR: Se excluyen los usuarios que responden inadecuadamente la encuesta. (Respuesta inadecuada: preguntas sin respuesta, con tachones o con doble marcación).</p> <p>DENOMINADOR: Se excluyen los usuarios que responden inadecuadamente la encuesta. (Respuesta inadecuada: preguntas sin respuesta, con tachones o con doble marcación).</p>		
PERIODICIDAD	Mensual		
RESPONSABLES	<p>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS: Oficina de atención al usuario</p> <p>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR: Coordinador de Calidad / Auditoria Médica</p> <p>DE LA TOMA DE DECISIONES: Comité Técnico</p>		
NIVELES DE DESAGREGACION	Por Servicios, según la Institución.		

NORMA CRITICA			
ATRIBUTO O CARACTERISTICA	NORMA CRITICA	PERIODICIDAD	NOMBRE Y FUENTE DEL INDICADOR
Gestión del Riesgo	Los Eventos Adversos e Incidentes detectados en la institución deben cumplir con la meta institucional para su gestión	Mensual	NOMBRE: Proporción de Eventos adversos e Incidentes gestionados. FUENTE: Consolidado mensual de reportes y gestión de eventos adversos e incidentes entregados por el comité de seguridad del paciente
FICHA TECNICA DEL INDICADOR			
INSTITUCIÓN XXX	CODIGO DEL INDICADOR: I.3.3		
	NOMBRE DEL INDICADOR: PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES GESTIONADOS		
	APROBADO POR : Ministerio de la Protección Social		
	FECHA DE ACTUALIZACION : Junio 5 de 2010		
JUSTIFICACION	La seguridad paciente cada vez toma más importancia en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad del paciente es el relacionado con la presentación de los eventos adversos e incidentes; su gestión y todo lo que se derive de los mismos; es importante resaltar que acorde con lo que se viene trabajando a nivel mundial todos los incidentes que se presenten deben ser "gestionados" por tal razón es incluido en este indicador. Existe evidencia de que se demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos e incidentes, la monitorización de este Indicador debe impactar en la eficacia y efectividad clínica. Las instituciones de salud requieren conocer, detectar y gestionar los eventos adversos e incidentes que se presenten, para así minimizar los riesgos inherente a la atención en salud.		
ATRIBUTO O CARACTERISTICA	GESTION DEL RIESGO		
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de eventos adversos e incidentes gestionados} \times 100}{\text{Total de eventos adversos e incidentes detectados}}$		
METAS DEL INDICADOR	Sobresaliente: superior a 90%		
	Aceptable: entre 80 -90 %		
	No cumplida: menor de 80%		
FUENTE DE LOS DATOS	<p>NUMERADOR: PARA EL CALCULO GLOBAL: Corresponde al número de eventos adversos e incidentes institucionales que se gestionen en su totalidad, la gestión incluye: Reporte, Análisis, Plan de mejora, Retroalimentación. Definición de Evento Adverso (EA): lesión o daño causada en el paciente derivada de su atención médica más no por la enfermedad Subyacente del paciente, ocasionada involuntariamente. Incidente (I): Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente, que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. PARA EL CALCULO DESAGREGADO POR SERVICIOS: Corresponde al número de Eventos adversos e Incidentes gestionados que provienen de los diferentes servicios. FUENTE: Protocolo de análisis de para la gestión de los eventos adversos e incidentes, relacionados en el plan de seguridad de paciente institucional. Esta gestión es coordinada por el líder de seguridad del paciente.</p>		
	<p>DENOMINADOR: PARA EL CALCULO GLOBAL: Corresponde al total de Eventos adversos e Incidentes detectados por cualquier medio institucional. Detectar: Descubrir la existencia de algo, captar, descubrir, percibir y reportarlo en el formato destinado para éste. Medio institucional: mecanismos a través de los cuales se da a conocer información al cliente interno acerca de los posibles Eventos Adversos o Incidentes presentados en la institución, puede ser de forma verbal, escrita, visual, auditiva; con el fin de que sean gestionados en su totalidad. PARA EL CALCULO DESAGREGADO POR SERVICIOS: Corresponde al número de eventos adversos e Incidentes reportados en el formato "reporte de eventos adversos e incidentes" que provienen de los diferentes servicios. FUENTE: Formato de reporte de Eventos adversos e Incidentes que llegan al comité de seguridad del paciente</p>		
CRITERIOS DE EXCLUSION	<p>Numerador: Eventos adversos e incidentes que no cumplan con la totalidad de la gestión. Además complicaciones (C), Eventos Adversos No Prevenibles (EANP) y otros eventos que no sean clasificados como Eventos adversos e Incidentes. Complicaciones: 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. EANP: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial</p> <p>Denominador: Se excluyen Eventos Adversos No prevenibles, Complicaciones y otros eventos que no sean clasificados como Eventos adversos e incidentes</p>		
PERIODICIDAD	Mensual		
RESPONSABLES	DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS: Todos los clientes internos que reportan Eventos adversos e Incidentes		
	DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR: Líder de seguridad/ Auditor		
	DE LA TOMA DE DECISIONES: Comité de seguridad / Comité de Calidad		
NIVELES DE DESAGREGACION	Por Servicios, según la Institución.		

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente. [En Línea] [http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03\\_nov04.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm) Consulta: 15/02/2005.
2. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.
3. Duarte, W. Manejo de eventos adversos, aspectos legales. Revista nuevos tiempos-COHAN. Junio de 2006; volumen 14, numero 1, paginas 73 ,74
4. Organización Mundial de la Salud, 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, Resolución WHA 55.18, punto 13.9 orden del día, 18 de mayo de 2002
5. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Atención en Salud. Bogotá, 2007
6. Ministerio de Protección Social de la República de Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá; 2008
7. Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Editorial FUNDACION FITEC. Bogotá, 2007
8. Ministerio de la Protección Social. Republica de Colombia. 1º Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2009". Bogotá, diciembre de 2009.
9. Ministerio de la Protección Social de Colombia - Unidad Sectorial de Normalización en Salud. Guía Técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, Bogotá; 2010
10. Ministerio de la Protección Social de Colombia – Paquetes Instruccionales- Guía Técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, Bogotá; 2010