

**CONSTRUCCION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL
SAN RAFAEL DE ANDES, ANTIOQUIA 2014**

AUTORES

**EVÉLYS DEL CARMEN ORTIZ BOCANEGRA
JANY LEYLA CASTILLO MARTÍNEZ
ZENEDY MURILLO CAICEDO**

ASESOR

AMPARO RUEDA DE CHAPARRO

**FACULTAD DE MEDICINA
ÁREA POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
GRUPO OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
LÍNEA AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD**

MEDELLÍN

2014.

**CONSTRUCCION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL
SAN RAFAEL DE ANDES, ANTIOQUIA 2014.**

AUTORES

**EVÉLYS DEL CARMEN ORTIZ BOCANEGRA
JANY LEYLA CASTILLO MARTÍNEZ
ZENEDY MURILLO CAICEDO**

ASESOR

AMPARO RUEDA DE CHAPARRO

**FACULTAD DE MEDICINA
ÁREA POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA**

**TRABAJO FINAL PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN
SALUD**

MEDELLÍN

2014

CONTENIDO

	Pag.
GLOSARIO	5
RESUMEN	7
ABSTRACT KEY WORDS	9
INTRODUCCION	10
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA	13
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION	15
2. MARCO TEORICO	16
2.1 MARCO CONCEPTUAL	16
2.2 MARCO ESTRATEGICO Y NORMATIVO	17
2.3 MARCO REFERENCIAL	29
3. OBJETIVOS	40
3.1 OBJETIVO GENERAL	40
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	40
4. METODOLOGIA	41
4.1 ENFOQUE METODOLÒGICO	41
4.2 TIPO DE ESTUDIO	41
4.3 POBLACION	41
4.4 DISEÑO MUESTRAL	41
4.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	41
4.5.1 Diagrama de Variables	41
4.5.2 Tabla de Variables	43
4.6 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION	51
4.6.1 Fuentes de Información	51
4.6.2 Instrumento de Recolección de Información	51
4.7 PROCESO DE OBTENCION DE LA INFORMACION (qué, quién, cómo, cuando)	54
4.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	58
4.9 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS	58
4.10 CONSIDERACIONES ETICAS	59
5. RESULTADOS	61

6. CONCLUSIONES	86
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	87
ANEXOS	90

GLOSARIO

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

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

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

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 el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

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 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.

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.

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

SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD: es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO

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

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN: es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD: estimula la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

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

RESUMEN

INTRODUCCION: En el mundo, numerosos estudios han evidenciado la alta prevalencia de eventos adversos, lo que conllevó a adoptar una resolución sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente durante la 55ª asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). En respuesta a estas peticiones, se acordó durante la 57ª asamblea mundial de salud establecer una Alianza internacional para la seguridad del paciente, mediante el apoyo en la formulación de políticas de seguridad y el empleo de prácticas óptimas, la cual se hizo realidad en el 2004. Además, realizar labores de información, investigación, evaluación y búsqueda de soluciones a nivel mundial. Colombia se acogió a las estrategias de la OMS.

Desde el año 2008 Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, cuya formulación e implementación a través de buenas prácticas para la seguridad del paciente, inicialmente fue voluntario y en el año 2014, se volvió obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud, a través del Sistema Único de Habilitación en el cual se estableció que todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben contar con un Programa de Seguridad del Paciente, primera práctica obligatoria.

El objetivo de este trabajo fue desarrollar el Programa de Seguridad del Paciente en el Hospital San Rafael de Andes, siguiendo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

METODOLOGIA: Para la planeación y desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente en el Hospital San Rafael de Andes, se consideró población de estudio, la totalidad de servicios brindados en el Hospital San Rafael de Andes, se involucró a todo el personal de la institución, con énfasis en el asistencial, a los usuarios y su cuidador y a las EPS que tienen convenio con el Hospital, teniendo en cuenta su respectivo ámbito de acción.

RESULTADOS: Se logró la planeación estratégica de la seguridad del paciente, definir los mecanismos que va a utilizar el equipo líder para socializar el tema de seguridad del paciente con el propósito de fortalecer la cultura de seguridad del paciente en la institución, desarrollar la metodología para obtener procesos seguros en la atención de los usuarios en el Hospital San Rafael de Andes, desarrollar el sistema a utilizar en el hospital para el reporte de fallas de calidad en la atención en salud, el sistema de análisis de causas de fallas de calidad en la atención en salud y la gestión de las mismas.

CONCLUSIONES: Se realizó la planeación del Programa de Seguridad del Paciente con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente, programa, hospital.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In the world, numerous studies have shown the high prevalence of adverse events, what I pitting to adopt a resolution on the quality of care and safety of the patient during the 55th assembly of the World Health Assembly agreed to establish an international alliance for the safety of the patient, through support in the formulation of security polices and the use of practice optimal, which became a reality in 2004. In addition, task of information, research, evaluation and solutions around the world. Colombia welcomed the OMS strategies.

Since 2008 Colombia promotes a policy of patient safety, whose formulation and implementation through best practices for the safety of the patient, was initially voluntary and in 2004, It became mandatory for all providers of health services, through the unique system of rating in which it was established that all the institutions providers of health services must have a program of patient safety, first mandatory practice.

The objective of this work was to develop the program of patient safety in the Hospital San Rafael of Andes, following the guidelines established by the Ministry of health and social protection which provide an adequate toolbox for the identification and management of adverse events.

METHODOLOGY: For the planning and development of the program of patient safety at the Hospital San Rafael of Andes, considered study population, all services rendered at the Hospital San Rafael of Andes, involved the staff of the institution, with an emphasis on the assistance, users and their caregiver and the EPS that have agreement with the Hospital taking into account their respective scope of action.

RESULTS: Was planning strategic of the patient safety, define the mechanisms that will use the leading team to socialize the issue of patient safety in order to strengthen the culture of the patient in the institution safety, develop the methodology for safe processes in the attention of the users in the san Rafael Hospital of Andes develop the system used in the hospital to report faults of quality in health care, system analysis of causes of failures of quality in health care and the management of the same.

CONCLUSIONS: Was the planning of the program of patient safety based on the guidelines establishes by the Ministry of health and Social protection.

KEY WORDS: patient safety, program, hospital.

INTRODUCCION

La prestación de servicios de salud se enfrenta a la ocurrencia de una amplia gama de eventos adversos que afectan la seguridad del paciente. En el mundo, numerosos estudios han evidenciado la alta prevalencia de dichos eventos, lo que conllevó a adoptar una resolución sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente durante la 55ª asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que se solicita a los estados miembros fortalecer la seguridad en la prestación de servicios de salud, al igual que se solicita a la directora local, entre otras cosas, a elaborar normas y establecer políticas para tal fin (1).

Con el propósito de mejorar en el tema, y en respuesta a estas peticiones, se acordó durante la 57ª asamblea mundial de salud establecer una Alianza internacional para la seguridad del paciente, mediante el apoyo en la formulación de políticas de seguridad, y el empleo de practica optimas; además de realizar labores de información, investigación, evaluación y búsqueda de soluciones a nivel mundial. La Alianza fue puesta en marcha el 27 de octubre de 2004.

Colombia se acogió a las estrategias de la OMS, y desde el año 2008 impulsa una política de seguridad del paciente, que tiene como objetivos direccionar a los prestadores y a los aseguradores en la atención segura de los pacientes; evitar los eventos adversos, identificarlos y gestionarlos cuando ocurran; articular a los prestadores, aseguradores y a la academia para garantizar el logro de estos objetivos; involucrar a los pacientes y a sus familias para que sean consientes de los riesgos que existen en la atención, promoviendo atenciones seguras, correlacionadas con el cuidado en casa y el estilo de vida saludable; y promover herramientas prácticas dentro de los hospitales para garantizar la seguridad en el paciente.

A pesar de la divulgación de la Política Nacional de Seguridad del Paciente y de la elaboración de los Lineamientos para su implementación, no se han logrado grandes avances en el tema, debido a que la mayoría de instituciones no asumieron el compromiso de mejorar la seguridad durante la prestación de los servicios de salud y posiblemente por fallas en las estrategias de difusión y sensibilización de la política.

Abordar este tema es complejo ya que requiere de un cambio cultural al interior de las instituciones, al igual que de estrategias concretas y direccionadas que logren un impacto positivo en la seguridad del paciente. Es evidente que acoger esta política no puede ser

voluntario, por lo que en el año 2014 a través del Sistema Único de Habilitación se estableció que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deben contar con un programa de seguridad del paciente.

Para la construcción del programa se debe tener en cuenta las necesidades de las instituciones y las herramientas facilitadas por el Ministerio de la protección social. Dicho programa debe involucrar a todas las personas que laboran en las instituciones prestadoras de servicios de salud, a proveedores, a pacientes y a sus familias. Implica llevar a cabo actividades para la construcción de una plataforma estratégica de la seguridad del paciente; el fortalecimiento de la cultura institucional; el reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos; todo esto con el propósito de alcanzar procesos institucionales seguros.

Brindar servicios de salud con calidad y seguridad constituye el pilar fundamental de las instituciones de salud. Dentro de este marco el presente trabajo tiene como objetivo desarrollar el Programa de Seguridad del Paciente en el Hospital San Rafael de Andes, siguiendo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente, se ha convertido a través de los años en una prioridad a nivel mundial. Se calcula, que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño en su salud durante su estancia en el hospital, generado por fallas en la prestación del servicio (2). En los países en desarrollo la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño es mucho mayor (2).

La necesidad de encontrar una solución a la ocurrencia de eventos adversos ha llevado a los diferentes países y a las organizaciones internacionales a generar estrategias destinadas a garantizar que la seguridad del paciente sea vista como parte fundamental de la salud, y que además sea incluida en las políticas nacionales como parte de los sistemas de calidad.

Colombia es uno de los países que ha desarrollado estrategias orientadas a mejorar la seguridad del paciente durante la atención en salud, sin embargo, hoy en día existen instituciones prestadoras de servicios de salud, que aun no cuentan con un programa de seguridad del paciente, y que además se les dificulta el reporte y la gestión de los eventos adversos.

El Hospital San Rafael de Andes, es una institución que presta servicios de salud de primer nivel en Colombia, a una población aproximada de 44573 habitantes, se encuentra ubicada en el suroeste del departamento de Antioquia y en promedio allí se realizan 1.981 consultas con médico general en el año, cuenta con 20 camas en el servicio de hospitalización y genera 45.879 egresos anuales, de los cuales el parto único espontáneo es la principal causa, seguida de bronconeumonía, infección de vías urinarias y neumonía.

Este hospital hace parte de las instituciones que aún no cuentan con un programa de seguridad del paciente y que al igual que en la gran mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud, se presentan eventos adversos durante la atención, generando daño en la salud de los pacientes, que bien producen secuelas, morbilidad o incluso la muerte, convirtiéndose esto en un problema. Por lo anterior, se hace necesario contar con un Programa de Seguridad del Paciente en el Hospital San Rafael de Andes.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura (3).

La prevalencia de eventos adversos en Colombia es alta. El estudio IBEAS, proyecto desarrollado en el año 2010 en colaboración con la OMS y la OPS para evaluar la prevalencia de eventos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria en 5 países latinoamericanos, detectó que la prevalencia de eventos adversos en el país fue de 13.1% (4), siendo ésta, la cifra más elevada obtenida entre los países participantes. Este estudio se realizó con el objetivo de: Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente por medio de la identificación, trascendencia e impacto de los efectos adversos (EA); analizar las características de los pacientes y de la asistencia, asociada a la aparición de EA evitables; identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y dinamizar procesos de prevención con el propósito de minimizar y mitigar los efectos adversos; lograr que los profesionales se involucren en la seguridad del paciente e incorporar a la agenda de todos los países, en los diferentes niveles organizativos y asistenciales, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de ésta.

Todo lo anterior, ha tenido gran relevancia para Colombia, a tal punto que se tomó la iniciativa de incluir aspectos claves en la normatividad en salud, con el fin de orientar las acciones hacia el logro de un ambiente seguro para la prestación de los servicios y procesos seguros para la atención de los usuarios con el fin de obtener resultados que impacten en la seguridad del paciente.

Ejemplo de ello fue el establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud, mediante el Decreto 1011 de 2006, que dio relevancia a la seguridad definiéndola como una de sus características, entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (5). Incluyó el desarrollo de cuatro componentes como son el Sistema Único de Habilitación en Salud, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el Sistema de Información para la Calidad

y el Sistema Único de Acreditación en Salud, todos enfocados a brindar seguridad a los Usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud.

Dado los avances del sector, el Ministerio de Salud y Protección Social ajustó los procedimientos y condiciones para la Habilitación de los Servicios de Salud, incorporando el tema de seguridad en los requisitos de habilitación de todos los servicios, siendo el Programa de Seguridad del Paciente la primera buena práctica definida obligatoria para todos los Prestadores de Servicios de Salud.

Esta disposición expedida en el año 2013 y ratificada en el 2014, estableció que todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben contar con un programa de seguridad del paciente⁽⁶⁾, que les permita disminuir la ocurrencia de dichos eventos. Este programa beneficiará a los pacientes y sus familias, así como a las instituciones que lo implementen, en la medida en que logren llevar a cabo la prestación de los servicios de salud de una manera correcta y segura, logrando así disminuir las lesiones o daños no intencionales a los pacientes, durante la atención en salud, los costos generados por las acciones correctivas y los procesos legales en los que se pueden ver involucrados.

En el Hospital San Rafael de Andes es evidente que el establecimiento de normas no son suficientes a la hora de alcanzar el objetivo propuesto, lo cual se ve reflejado en la ocurrencia de eventos adversos en la institución, donde en el año 2013 se reportaron 79 eventos correspondientes a caídas de usuarios, sobredosis de medicamentos, fuga de pacientes, úlceras por presión, infecciones posquirúrgicas, endometritis, reingresos por fallas en el diagnóstico y tratamiento de pacientes, error en la entrega de medicamentos, alveolitis post exodoncia, exodoncia incompleta, reporte de resultado a paciente incorrecto, muerte por no remisión oportuna, etc. De otra parte, la institución se ha visto involucrada en procesos legales como consecuencia de demandas por parte de usuarios inconformes con la atención, que han sufrido algún tipo de daño en su salud.

Por lo anterior, es prioritario que la alta dirección de la empresa, incluya en su plataforma estratégica una política de seguridad del paciente que tenga como propósito disminuir la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos, mediante la orientación de las acciones a realizar con participación de funcionarios capacitados en temas de seguridad que faciliten la implementación del programa de seguridad del paciente y el fomento una cultura de seguridad.

De no construir y ejecutar el programa de seguridad del paciente en el hospital San Rafael de Andes, además del daño a los pacientes, estaría incumpliendo con las normas establecidas y los estándares de habilitación, convirtiéndose en objeto de sanción.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué aspectos debe tener en cuenta el Hospital San Rafael de Andes, para Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos?

2. MARCO TEORICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

La seguridad definida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (7), es un elemento clave y prioritario de la calidad asistencial.

Las fallas en la atención en salud implican una deficiencia en la calidad del servicio que se presta y generan daño en los usuarios del servicio, en su familia, en los profesionales y demás personal de salud involucrado en la atención y en las organizaciones de salud.

Los primeros registros de daño involuntario se originaron en el siglo XVII A.C, época en la que la solución a este problema era netamente punitiva (8). En el siglo XXI las organizaciones de salud comenzaron a prestar una especial atención a la seguridad en la estructura en la cual se efectúa la asistencia a los usuarios, a los procedimientos que realizan durante la asistencia, a la identificación de fallas de calidad durante la atención en salud, a la presencia de incidentes o eventos adversos y a las acciones que debían implementar para mejorar, porque los procesos se han vuelto más complejos debido a que son más los que participan en el proceso asistencial y la tecnología cada vez es más sofisticada.

De otra parte, aunque en el mundo se han hecho muchos esfuerzos por implantar una medicina basada en la evidencia científica continua presentándose gran variabilidad en las prácticas asistenciales. Todos estos factores determinan la presencia de riesgos en la práctica asistencial que es necesario disminuir, siendo esto un gran reto para las organizaciones de salud. Así mismo, los usuarios de los servicios de salud, son cada vez más conscientes de la necesidad de contar con un entorno seguro para su atención y ya comprenden la importancia de participar en su seguridad

A raíz de las evidencias de daño involuntario causado a los usuarios durante la atención en salud, surgió la necesidad de trabajar por la seguridad de los pacientes. Lograr este atributo de calidad durante la prestación de los servicios de salud debe convertirse en una prioridad para

los actores de los sistemas de salud, los cuales debe trabajar para ello de manera articulada con el sistema de calidad.

Por lo anterior, las organizaciones de salud deben ser evaluadas con el propósito de identificar riesgos en la atención en salud e implementar acciones de mejora continúa, gestionadas por equipos multidisciplinarios, con capacidad de liderazgo, que promuevan la participación de todos los funcionarios involucrados en la asistencia y el personal administrativo que va a liderar el programa, para prevenir incidentes y eventos adversos.

Además de contar con la infraestructura necesaria para minimizar estos riesgos, es fundamental aplicar herramientas que faciliten la identificación de los factores de riesgo y su intervención a través de estrategias que requieren conocimiento, entrenamiento para el desarrollo de las habilidades necesarias que favorezcan la ejecución de buenas prácticas y también una actitud positiva de todo el personal que participe con el fin de disminuir la variabilidad en la atención en salud y disponer de un entorno más seguro.

La cultura de la seguridad del paciente es un compromiso que deben asumir las organizaciones de salud, con participación de todos sus miembros.

2.2 MARCO ESTRATEGICO Y NORMATIVO

2.2.1 En el mundo: Con la publicación del libro **“ERRAR ES HUMANO”** por parte del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, la seguridad del paciente fue vista como un problema a nivel mundial y se empezaron a desarrollar estrategias nacionales e internacionales para mejorarla. En esta publicación se afirmó que cada año estaban ocurriendo entre 44.000 y 98.000 muertes de pacientes como resultado de los errores en los procesos de atención en salud en hospitales de Norteamérica.

Otros estudios desarrollados, relacionados con el tema de seguridad del paciente, fueron:

- El informe del Departamento de Salud del Reino Unido, del año 2000, el cual estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones (9).
- El estudio australiano, del año 1995, encontró una tasa de eventos adversos del 16.6% en pacientes hospitalizados (9).

- El Grupo de Trabajo Sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa, en 2000, estimó que 1 de cada 10 pacientes de los hospitales europeos sufren daños que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos (9).
- Estudios realizados para evaluar la incidencia en Dinamarca en 1998 y en Australia en 1992 arrojaron que es del 9% y del 16.6% respectivamente (10).
- Los estudios de prevalencia de Quennon y colaboradores, Mostaza en España y el de Herrera-Kiengelher y colaboradores en México, encontraron que varía entre 9.8% y 41% (7).
- Por último, cabe mencionar el estudio de prevalencia de efectos adversos de hospitales de Latinoamérica, IBEAS, realizado en Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina, en el cual se encontró que la prevalencia en estos países varía entre 7.7% y 13.1% (4).

Los estudios mencionados anteriormente, motivaron a la Organización Mundial de la Salud a definir la Seguridad como un tema relevante que debía tratarse e instó a los países miembros a diseñar estrategias para mejorar la seguridad del paciente en el mundo.

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Alianza Internacional para la Seguridad del Paciente, con el propósito de mejorar aceleradamente la seguridad del paciente a través de unas funciones principales, correspondientes a: prestar apoyo a la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el empleo de prácticas óptimas; facilitar a los estados miembros la evaluación de los progresos realizados en materia de seguridad del paciente; y realizar trabajos de información, investigación y búsqueda de soluciones a nivel mundial (1).

La Alianza definió seis estrategias a desarrollar:

- **Retos globales para la seguridad del paciente:** Se realizó el lanzamiento de tres retos mundiales en pro de la seguridad del paciente (11).
 - El primero en el 2005 denominado **Una atención limpia es una atención mas segura**, destinado a prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud.
 - El segundo reto se empezó a trabajar en el 2007, denominado **La cirugía segura salva vidas** mediante la implementación de una lista de chequeo universal, con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes en cirugía.
 - El tercer reto se lanzó en 2009, llamado **Lucha contra la resistencia bacteriana**, para contener la resistencia a los antimicrobianos.

- **Paciente para la seguridad del paciente:** Con el propósito de involucrar a los pacientes y consumidores en los programas de seguridad del paciente para que participen en la identificación de riesgos y elaboración de soluciones (11).

Para este programa se definieron los siguientes objetivos:

- Establecer un inventario de las iniciativas en seguridad del paciente que se estén implementando actualmente por organizaciones gubernamentales, educativas y privadas.
 - Crear una ruta de acceso para la participación de los consumidores.
 - Facilitar un estudio entre los consumidores y los proveedores sobre asuntos relacionados con la seguridad del paciente y asociaciones culturales.
 - Apoyar iniciativas de diseño.
 - Evaluar programas en los que haya una participación activa de los consumidores en programas de hospitales o sistemas nacionales de salud para reducir los errores médicos.
 - Desarrollar modelos de políticas para involucrar a los consumidores, los pacientes y a las organizaciones en la construcción de sistemas de salud más seguros.
 - Crear una red de asesores para los países que quieran aplicar este programa .
- **Taxonomía para la seguridad de los pacientes.** Se definieron, armonizaron y agruparon los conceptos relacionados con la seguridad del paciente para facilitar el reporte, clasificación, análisis y monitorización de los eventos adversos, lo cual permitirá el aprendizaje y mejoramiento de la seguridad del paciente (11).
- **Investigación en el campo de la seguridad del paciente.** Este programa se centró principalmente en (11):
 - %Facilitar la investigación sobre seguridad del paciente y la difusión de los resultados en todos los sistemas de salud+.
 - %Contribuir a establecer la base científica necesaria para el desarrollo de nuevas soluciones y la adopción más eficaz de las soluciones conocidas+.
 - %Facilitar los avances en términos de instrumentos y métodos de investigación, en particular en los ámbitos en los que los datos y los recursos son escasos+.

- Promover el intercambio entre países, médicos, investigadores y especialistas en seguridad del paciente en todas las regiones de la OMS+.
 - Orientar en la determinación de prioridades para la investigación sobre seguridad del paciente+.
 - Contribuir a fortalecer la capacidad de investigación sobre seguridad del paciente, en particular en los países en desarrollo y con economías en transición+.
- **Soluciones para reducir los riesgos de la atención en salud y mejorar la seguridad.** Se propuso conseguir esto mediante(11):
 - Identificación de soluciones de seguridad del paciente y su recolección en una biblioteca y en un sitio web.
 - Facilitación y coordinación de acuerdos internacionales para desarrollar y difundir soluciones.
 - Influencia de las principales partes interesadas (compañías farmacéuticas, fabricantes de dispositivos médicos) que estén en condiciones de implementar soluciones en todo el mundo.
 - Identificación de intervenciones capaces de reducir rápidamente el riesgo de los pacientes.
 - Designación de un centro colaborador de la OMS para coordinar este trabajo.
 - **Notificación y aprendizaje para mejorar la seguridad del paciente.** Los principios básicos que se tuvieron en cuenta para este programa se resumen en lo siguiente (11):
 - El papel fundamental de los sistemas de información es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de los errores y las lecciones causadas por el tratamiento médico
 - Los informes deben ser seguros
 - Los individuos que reporten no deben ser castigados, ni deben sufrir otras consecuencias
 - Los informes solo tienen valor si conducen a una respuesta constructiva, si se hace retroalimentación del análisis de los datos y recomendaciones que conlleven a los cambios necesarios.

2.2.2 En Colombia: Debido a la alta prevalencia de eventos adversos presentados durante la atención en salud, el Ministerio de la Protección Social de Colombia, atendiendo las directrices de la Organización Mundial de la salud y la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente

incorporó aspectos relacionados con la seguridad en la normatividad y estableció una Política Nacional de Seguridad del Paciente y unos Lineamientos para su implementación con el objetivo de reducir y en lo posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos.

Desde entonces empezó a formular normas, elaborar y socializar documentos técnicos para trabajar por la seguridad del paciente. A continuación hacemos un recuento de ellas:

2006: fue expedido el decreto 1011 de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS). Este decreto define la atención de salud como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población y la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (5).

Este decreto a su vez establece que para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS debe cumplir con las características de accesibilidad, continuidad, oportunidad, pertinencia y seguridad. La primera entendida como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud; la segunda como el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico; la tercera como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud; la cuarta como la posibilidad de obtener los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales; y la seguridad como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (5).

Esta última característica fue desplegada de manera transversal por cada uno de los componentes del SOGCS, el Sistema Único de Habilitación, La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de

Información para la Calidad. Mediante cada uno de los componentes realiza intervención a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud que contribuyen a la seguridad del paciente de la siguiente manera:

- El Sistema Único de Habilitación, reglamentado por la resolución 2003 de 2014, tiene como objetivo principal establecer los requisitos mínimos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud y las EAPB para garantizar la seguridad del paciente. Este sistema contiene dentro de sus estándares de habilitación el Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios, el cual implica llevar a cabo procesos de evaluación y seguimiento a los riesgos de cada servicio a través del diseño y operativización de indicadores.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud promueve la seguridad del paciente, en la medida en que incluye dentro de su proceso la realización de un diagnóstico general de los procesos prioritarios que se desarrollan en la institución a través de la Autoevaluación, con el fin de identificar los problemas de calidad, dentro de los cuales figuran aquellos que afectan la seguridad del paciente y a los cuales debe hacerse seguimiento a través de indicadores.
- El Sistema Único de Acreditación, que se fundamenta en ejecutar la prestación de servicios de salud con estándares máximos de calidad y generar una cultura de seguridad del paciente, que disminuya la ocurrencia de eventos adversos al interior de las instituciones, como está definido en el Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorios y Hospitalarios, en el Manual de Estándares de Acreditación de Laboratorios Clínicos, de Instituciones que prestan servicios de Imágenes Diagnósticas y aquellas que realizan Rehabilitación.
- El Sistema de Información para la Calidad, normalizado por la resolución 1446 de 2006, contribuye a la seguridad del paciente, puesto que establece los indicadores de monitoría del Sistema, monitoría interna y monitoría externa entre los que se encuentran los que evalúan la gerencia del Riesgo (Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas, Tasa de Infección Intrahospitalaria y Proporción de Vigilancia de Eventos adversos) y define los eventos adversos trazadores que se deben vigilar en el SOGCS, en Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

2007: Se dieron a conocer las **Í Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud** documento técnico del Ministerio de Salud y Protección, en el cual, se define que la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir

prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes+(12).

Política Nacional de Seguridad del Paciente: Se ha evidenciado que el establecimiento de normas no es suficiente para mejorar la seguridad del paciente, por lo que adicionalmente en el año 2008 el Ministerio de salud y Protección social, expidió la Política Nacional de seguridad del Paciente, destinada a orientar las acciones que deben llevar a cabo los prestadores de servicios de salud, en materia de seguridad. Se expidieron los Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, en donde dice que ~~La~~ política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos+(7).

Estos Lineamientos están destinados a orientar las acciones que las instituciones deben realizar a través del establecimiento de los principios orientadores de la política, correspondientes a realizar una atención centrada en el usuario, a crear una cultura de seguridad, a integrar la política con el SOGC de la atención en salud, y a considerar el problema de seguridad del paciente como un problema de múltiples causas. Los lineamientos establecen además, los objetivos de la política, las acciones institucionales e inter-institucionales que propenden por establecerla, así como algunas estrategias y recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. Al igual que define los conceptos relacionados con la seguridad del paciente con el fin de homologar la terminología a utilizar.

Guía Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente: En el 2010, para que los mencionados lineamientos se pudieran llevar a la práctica, se creó, esta guía técnica que brinda a las instituciones, recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en sus procesos asistenciales, e incluyen cuatro grupos que buscan: Obtener procesos institucionales seguros, obtener procesos asistenciales seguros, involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad e incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales (13).

Paquetes Instruccionales: La Guía Técnica ~~Buenas~~ Prácticas para la Seguridad del Paciente+, se complementó con el desarrollo de paquetes instruccionales, que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones. Las

personas pueden acceder a estos documentos técnicos a través del Observatorio de la Calidad en Salud (13).

2012: Se expidió la Resolución 123 de 2012, que modifica la Resolución 1445 de 2006, Sistema Único de Acreditación, unificando en un solo manual los estándares ambulatorios y hospitalarios, este manual se modificó con el fin de responder a las exigencias de los estándares internacionales e impulsar a las instituciones hacia el logro de resultados centrados en el paciente, mediante la incorporación de la seguridad del paciente como parte de los estándares del grupo asistencial, entre otros (14).

2013: la Resolución 1441 de 2013, es expedida para derogar a partir del 31 de mayo de 2014 a la Resolución 1043 de 2006. Esta Resolución ya derogada, hizo referencia en el estándar de procesos prioritarios que aplica a todos los servicios, a que los prestadores de servicios de salud debían contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. Esta caja de herramientas contempla (15):

- La planeación estratégica de la seguridad, que tiene como finalidad dar los lineamientos para llevar a cabo el programa. Esta implica contar con una política, un equipo referente o equipo funcional que lidere el programa de seguridad del paciente y un comité de seguridad del paciente
- El fortalecimiento de la cultura institucional, que se puede lograr a través de la sensibilización, capacitación y asignación de responsabilidades en todo lo relacionado con la seguridad del paciente; y mediante el seguimiento del cumplimiento de las responsabilidades asignadas, la retroalimentación y el establecimiento de planes de mejoramiento.
- El reporte, la medición, el análisis y la gestión de los eventos adversos, por lo que se hace necesario que las instituciones cuenten con un sistema de reporte, una metodología de análisis y gestión de eventos adversos, así como estrategias para sensibilizar e involucrar a los funcionarios en el proceso de reporte.
- Obtención de procesos seguros, mediante la valoración de los riesgos de los procesos asistenciales, la monitorización y análisis de los indicadores de seguimiento a riesgos, el desarrollo, adopción o adaptación de guías y protocolos definidos a través de una metodología institucional para las principales patologías en la atención en salud.

Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente: En este mismo año el Ministerio de Salud y Protección social creó una Lista de chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, obligatorias para IPS y profesionales independientes, que contempla (16):

- Formulación y puesta en marcha de un programa de seguridad del paciente, como primera práctica obligatoria, que permita la identificación y gestión tanto de eventos adversos como de riesgos inherentes a su institución e involucre a todas las personas que hacen parte de la organización, incluyendo a los usuarios y sus familias; y que cuente con un líder o equipo funcional líder y un comité de seguridad del paciente para garantizar su adecuado funcionamiento.

Por lo anterior, la alta dirección de cada organización, debe establecer una política de seguridad del paciente, que genere una cultura de seguridad al interior de la institución, mediante la sensibilización del personal, acerca de la importancia de este programa y la capacitación sobre conceptos necesarios para su funcionamiento. Al igual que debe definir un sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos.

- Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente, a través del seguimiento mensual a indicadores de calidad y evaluación semestralmente de la adherencia a guías de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente.

- Prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, para lo cual, las instituciones deben realizar análisis de los eventos adversos asociados a infecciones; crear y socializar un protocolo para la higiene de manos, suministrar los insumos necesarios para dicha actividad y realizar auditorias semestrales de adherencia a este; además, deben construir un protocolo de venopunción, de manejo de sondas vesicales; una guía para el aislamiento de pacientes y un manual de bioseguridad.

Por otra parte, deben medir mensualmente indicadores de infecciones de sitio operatorio, de endometritis post . parto, neumonías nosocomiales asociadas a ventilador, infecciones transmitidas por transducción, flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico, infecciones del torrente sanguíneo asociadas al uso de catéter central e infección de las vías urinarias asociada al uso de sondas. A partir de los hallazgos encontrados realizar acciones de mejora.

- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, mediante el análisis de los eventos adversos asociados; la adopción de procesos y protocolos para la disposición segura de medicamentos en la farmacia, la administración de medicamentos, el uso racional de antibióticos, la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo; y la implementación de una lista de chequeo de entrega correcta de medicamentos e identificación de los riesgos de alergia a medicamentos de los usuarios en los servicios de internación y urgencias.
- Asegurar la correcta identificación de pacientes en los servicios asistenciales, analizando los eventos adversos asociados, definiendo un protocolo para asegurara la correcta identificación y utilizando de manillas de marcación de los pacientes en los servicios asistenciales.
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, a través, de la aplicación de una lista de chequeo para cirugías seguras y el análisis de eventos adversos asociados.
- Contar con un proceso para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, que incluya el análisis de eventos adversos asociados, clasificación de riesgo de caídas de los usuarios internados y creación de un protocolo para la minimización de caídas derivados de la condición del paciente; y documentar el proceso para prevenir las úlceras por presión de los pacientes hospitalizados.
- Garantizar la atención segura del binomio madre . hijo, mediante el análisis de eventos asociados, la implementación de guías para la atención prioritaria de gestantes sin demoras injustas, ni trámites administrativos innecesarios, el manejo de gestante en el periodo prenatal, la atención del parto y puerperio, la medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y demás insumos requeridos para la atención de las gestantes y la implementación de una lista de chequeo para garantizar la vigilancia estricta en el posparto.
- Prevenir las complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.

Los protocolos, manuales y guías generados a partir de las mencionadas prácticas seguras, deben ser socializados y monitoreados, a través, de la medición semestral de la adherencia del personal a estos y el análisis de las causas de las desviaciones, además se deben tomar de acciones de mejora cuando sean necesarias.

Resolución 2003 de 2014: En el año 2014, la resolución 1441 de 2013 fue derogada por la resolución 2003 de 2014, que ratifico que todos los prestadores de servicios de salud deben contar con un programa de seguridad del paciente (6).

En la Lista de Chequeo, el Ministerio de Salud y Protección Social, ratifica los aspectos que se deben abordar en el planteamiento del Programa de Seguridad del Paciente, así (16):

a) *Planeación Estratégica de la Seguridad del Paciente:* Comprende los siguientes elementos:

- Política de Seguridad del Paciente: A través de su formulación, la Alta Dirección, evidencia de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia).
- Equipo referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, que lidera el Programa; sus funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad.
- Comité de Seguridad de Pacientes: Evidencia de su existencia y operación periódica, que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso).

b) *Fortalecimiento de la Cultura Institucional*

- Evidencia la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos)

c) *Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos*

- Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.
 - Definición e implementación de un sistema de análisis de causa (puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico) de las fallas en la atención en salud. Incluye la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad
- d) *Procesos Seguros*
- Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados.
 - Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados.
 - Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados.
 - La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.
 - Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización.
 - Protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio.
 - Protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.
 - Protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.
 - Protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos
 - Protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.

2.3 MARCO DE REFERENCIA

2.3.1 Presentación de la ESE

El Hospital San Rafael es una Empresa Social del Estado de baja complejidad, situado en el Municipio de Andes, suroeste antioqueño, a 119 Km de la ciudad de Medellín. Está ubicado estratégicamente facilitando el acceso de los usuarios. Todas sus áreas cumplen con las normas vigentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud exigidas en nuestro país.

- **Misión:** Esta institución tiene como Misión **Pre**stare servicios de salud de primer y segundo nivel de atención a toda la población del municipio de Andes y demás personas que lo requieran, con humanismo y amabilidad, aportando la calidad de nuestros empleados y personal en formación de acuerdo a convenios docente-asistenciales, con tecnología adecuada y ambiente físico confortable, para satisfacer las necesidades del usuario y su familia, garantizando la rentabilidad social y financiera de la empresa+.
- **Visión:** La Visión a largo plazo que la empresa desea alcanzar y se planteo hace algunos años es: **Para** el año 2015, nuestra Institución estará posicionada en el suroeste antioqueño, por prestar servicios de salud de primer y segundo nivel con los más altos estándares de calidad y solidez administrativa y financiera, que nos permitirán obtener reconocimiento departamental y nacional, con un talento humano idóneo y capacitado, tecnología adecuada a nuestro nivel, ambiente físico confortable y la participación activa de la comunidad+.
- **Objetivos Estratégicos:** Para el logro de la visión, la organización formulò los siguientes objetivos estratégicos:

Objetivo General

Prestar servicios de salud con calidad de acuerdo a nuestra capacidad resolutive, buscando la satisfacción de nuestros usuarios y su familia, manteniendo la rentabilidad social y equilibrio económico de la institución.

Objetivos Específicos

- Desarrollar acciones en salud que nos permitan posicionarnos en el mercado en diagnóstico, tratamiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, generando los recursos financieros necesarios para lograr la autofinanciación y sostenimiento.
- Establecer una cultura organizacional basada en la gestión por procesos para garantizar un trabajo sistémico y articulado del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno.
- Promover el desarrollo Humano de los funcionarios de la institución permitiendo el fortalecimiento de sus competencias enfocada hacia el mejoramiento continuo, que genere empoderamiento y un clima laboral favorable.
- Fortalecer el sistema de Información y Atención al usuario, los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria que permita alcanzar, mantener la satisfacción del usuario y su familia.
- Mantener una infraestructura física confortable, desarrollo tecnológico y científico acorde a nuestro nivel de atención, a las necesidades institucionales y del entorno.
- Fortalecer los convenios docente-asistenciales que nos permita el desarrollo e intercambio de conocimientos.

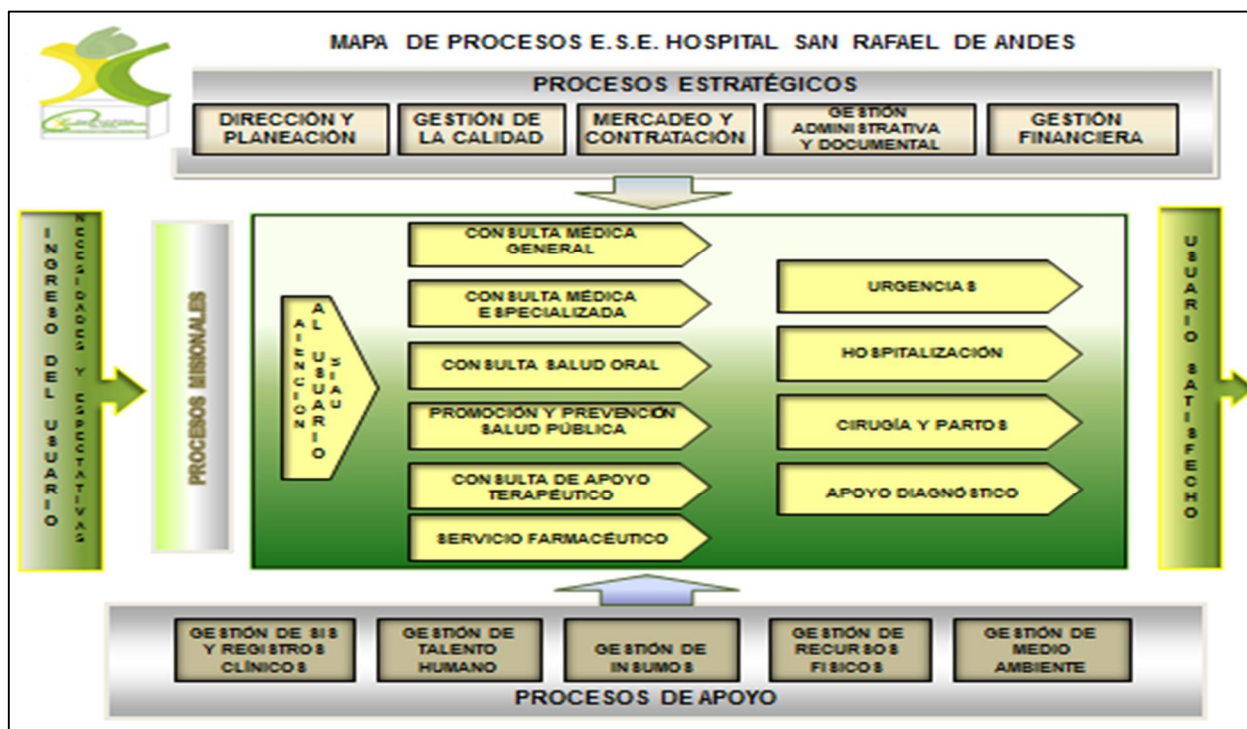
Como se puede observar, el Programa de Seguridad del Paciente, es transversal a todos los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, segundo objetivo estratégico, y, también se relaciona con los demás que la organización formuló.

- **Mapa de Procesos Institucional:** Además, en su plataforma estratégica la empresa definió el mapa de procesos, elementos fundamentales que permiten volver operativo sus grandes propósitos, contemplados en la misión y en la visión; están organizados en tres grupos fundamentales:
 - **Misionales:** Consideran el objetivo fundamental de la empresa como prestadora de servicios de salud. Contempla la atención del usuario desde el ingreso, la valoración de sus necesidades de atención, la atención integral en cualquier área de la empresa, la acción docente asistencial y el egreso del usuario.
 - **Estratégicos:** Consideran todas las actividades gerenciales y administrativas de la empresa y la valoración de las necesidades de los procesos asistenciales para la atención integral de los usuarios. Garantiza la prestación con calidad del servicio.

- **Apoyo:** Considera las áreas requeridas y los procesos de apoyo para la prestación del servicio con calidad y oportunidad.

En el mapa general de procesos se discriminan los procesos en cada uno de los niveles mencionados.

Tabla 1 MAPA DE PROCESOS ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES



Fuente: Código de buen gobierno de la ESE Hospital San Rafael de Andes.

- **Servicios de Salud que presta la institución:** Los anteriores procesos misionales o claves que se realizan siguiendo las directrices establecidas mediante procesos estratégicos y soportados por los de apoyo administrativo y asistencial, facilitan la producción de los siguientes servicios que presta el Hospital, autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 2 SERVICIOS DE SALUD DECLARADOS ANTE LA DIRECCION SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA

GRUPO DE SERVICIO	CODIGO	NOMBRE DEL SERVICIO
INTERNACIÓN	101	GENERAL ADULTOS
INTERNACIÓN	102	GENERAL PEDIATRIA
INTERNACIÓN	112	OBSTETRICIA
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGIA GENERAL
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGIA GINECOLÓGICA
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGIA ORTOPÉDICA
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGIA OFTALMOLÓGICA
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGÍA
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGIA UROLÓGICA
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGIA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	314	FISIOTERAPIA
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTETRICIA
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	716	TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	741	TAMIZACION DE CNCER DE CUELLO UTERINO
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	719	ULTRASONIDO
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	721	ESTERILIZACION
PROCESOS	950	ESTERILIZACION
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN	724	TOMA E INTERPRETACIONDE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS

TERAPÉUTICA		
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA . VACUNACIÓN
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	335	OFTALMOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRÍA
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	345	PSIQUIATRÍA
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA
URGENCIAS	501	SERVICIO DE URGENCIAS
TRANSPORTE ASISTENCIAL	601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLINICO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	901	VACUNACIÓN
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	902	ATENCION PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	917	PROTECCIÓN ESPECIFICA . ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	918	PROTECCIÓN ESPECIFICA - ATENCION EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	904	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	905	PROMOCIÓN EN SALUD
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	907	PROTECCIÓN ESPECÍFICA . ATENCIÓN DEL PARTO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	908	PROTECCIÓN ESPECÍFICA . ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	909	DETECCIÓN TEMPRANA . ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	910	DETECCIÓN TEMPRANA . ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	911	DETECCIÓN TEMPRANA . ALTERACIONES DEL EMBARAZO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	912	DETECCIÓN TEMPRANA . ALTERACIONES EN EL ADULTO MAYOR (MAYOR A 45 AÑOS)
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	913	DETECCIÓN TEMPRANA . CÁNCER DE

Y DETECCIÓN TEMPRANA		CUELLO UTERINO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	914	DETECCIÓN TEMPRANA . CANCER DE SENO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	915	DETECCIÓN TEMPRANA . AL TERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	906	OTRA

Fuente: Portafolio de servicios de la ESE Hospital San Rafael de Andes.

- **Población que atienden la ESE Hospital San Rafael de Andes:** Los anteriores servicios de salud fueron autorizados para atender la siguiente población

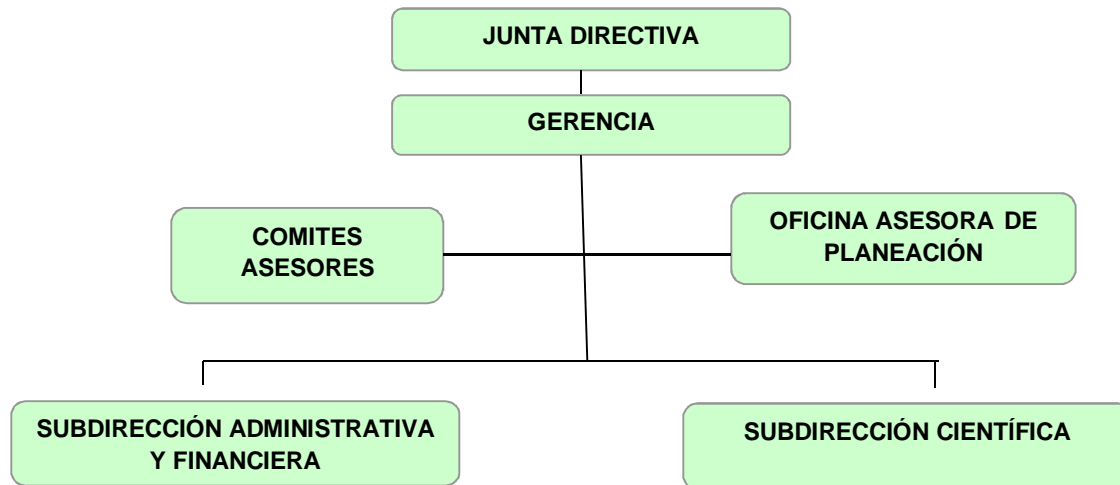
Tabla 3 POBLACIÓN QUE SE ATIENDE EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES

EPS	NUMERO DE AFILIADOS
CAPRECOM	5352
SAVIA SALUD	21424
CAFESALUD	1306
SALUCOOP	3816
FUNDACION MEDICO PREVENTIVA	738
NUEVA EPS	1407
COOMEVA	1860
BINUT	1800
POLINAL	700
ECOOPSOS	2562
CAFESALUD-SUBSIDIADO	9
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	5
VINCULADO	39281
SALUCOOP - SUBSIDIADO	46

Fuente: Bases de datos de los usuarios entregadas por la EPS a la ESE Hospital San Rafael de Andes.

- **Organigrama General** : Para el desarrollo de la misión y el logro de la visión, la institución estableció su estructura organizacional, representado gráficamente de la siguiente manera.

Tabla 4 ORGANIGRAMA GENERAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES



Fuente: Código de buen gobierno de la ESE Hospital San Rafael de Andes.

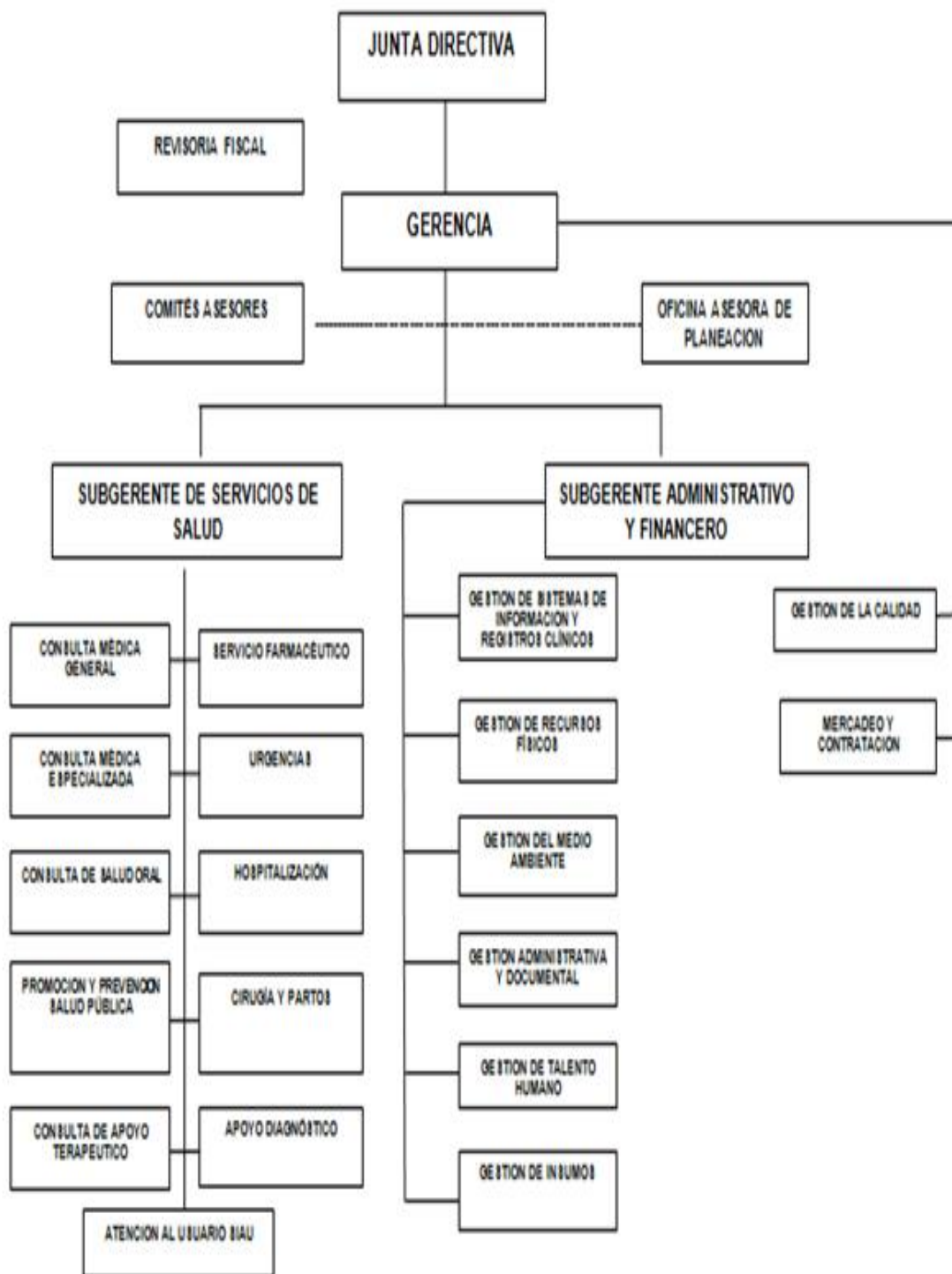
Organigrama funcional: Caracteriza la diferencia de actividades y funciones inherentes a cada uno de los actores de la Organización así como las relaciones entre sí.

Se basa en el trabajo sistemático que se realiza en cada unidad para contribuir al logro de la misión y la visión de la organización.

Muestra una estructura que se aplana o se desarrolla en su base operativa y se fundamenta en una gestión por procesos, siendo fundamental el fortalecimiento de la coordinación interna y un ambiente en el cual fluya la comunicación con el propósito de dar una atención con las características de calidad preestablecidas, para la seguridad de los pacientes.

Este modelo funcional deberá ser actualizado de acuerdo a las nuevas situaciones que se presenten o cuando se modifiquen los escenarios del entorno como cambios en la normatividad, incremento del nivel de complejidad, cambios en el nivel de atención de la ESE, entre otros.

Tabla 5 ORGANIGRAMA FUNCIONAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES



Fuente: Código de buen gobierno de la ESE Hospital San Rafael de Andes.

- **Planta de cargos:** la ESE Hospital San Rafael de Andes está conformada por puestos de trabajo o cargos administrativos y funcionales, requeridos para el cumplimiento de los objetivos y funciones asignadas a la institución.

Tabla 6 PLANTA DE CARGOS DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDRES

CARGOS	No. DE PERSONAS	AREA
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	12	ADMINISTRATIVA
AUXILIAR DE VACUNACIÓN	1	ASISTENCIAL
AUXILIAR ENFERMERIA	37	ASISTENCIAL
TECNICO ADMINISTRATIVO SISTEMAS	1	ADMINISTRATIVA
TECNICO OPERATIVO MANTENIMIENTO	1	ADMINISTRATIVA
ASEORA DE PLANEACION	1	ADMINISTRATIVA
AUXILIAR DE SERVI. GENERALES	10	ADMINISTRATIVA
AUXILIAR ADMINISTRATIVO (FARMACIA)	1	ADMINISTRATIVA
AUXILIAR AREA SALUD (LABORATORIO)	1	ASISTENCIAL
AUXILIAR AREA SALUD (ODONTOLOGIA)	3	ASISTENCIAL
AUXILIAR AREA SALUD (VACUNACIÓN)	1	ASISTENCIAL
AUXILIAR DE FARMACIA	3	ADMINISTRATIVA
AUXILIAR DE INFORM. EN SALUD	2	ADMINISTRATIVA
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	1	ASISTENCIAL
AUXILIAR INF. EN SALUD (ARCH. CLÍNICO)	2	ADMINISTRATIVA
AUXILIAR LABORATORIO CLINICO	2	ASISTENCIAL
BACTERIOLOGA	3	ASISTENCIAL
CONDUCTOR	4	ADMINISTRATIVA
ENFERMERA	2	ASISTENCIAL
GERENTE	1	ADMINISTRATIVA
HIGIENISTA ORAL	2	ASISTENCIAL
MEDICO	12	ASISTENCIAL
ODONTOLOGOS	4	ASISTENCIAL
P.U AREA DE LA SALUD	1	ADMINISTRATIVA
P.U RECURSO HUMNAO	1	ADMINISTRATIVA
REGENTE DE FARMACIA	2	ADMINISTRATIVA
SUBDIRECTOR CIENTIFICO	1	ADMINISTRATIVA
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	1	ADMINISTRATIVA
TECNICO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	1	ADMINISTRATIVA
TECNICO IMÁGENES DIAGNOSTICAS	2	ADMINISTRATIVA

Fuente: Acuerdo no. 4 del 27 de diciembre de 2013 de la ESE Hospital San Rafael de Andes.

2.3.3 Antecedentes relacionados con la Seguridad del Paciente en el Hospital San Rafael de Andes: La ESE Hospital San Rafael de Andes ha realizado algunas actividades en pro de la seguridad:

- Con la entrada en vigencia de la Resolución 1043 de 2006, se trabajó en el estándar de seguimiento a riesgos, se construyeron las fichas técnicas de los indicadores que hace referencia la norma, se realizó la medición, análisis y se establecieron planes de mejoramiento. Para la ESE el seguimiento a riesgo hace parte del programa de garantía de la calidad institucional. Pretende detectar los riesgos en la prestación del servicio con el objeto de generar los planes de mejoramiento necesarios que disminuyan la probabilidad de ocurrencia de dichos riesgos.
- En el año 2007 la institución realizó un trabajo de administración del riesgo en algunos procesos de la institución que incluyó, identificación, análisis y valoración del riesgo, de acuerdo a la metodología definida por el modelo estándar de control interno.
- En este mismo año 2007 se llevó a cabo un proceso de certificación bajo norma ISO. Para dar cumplimiento al requisito 8.3 de la norma control de producto no conformes, se elaboró y socializó el instructivo para el manejo de complicaciones y eventos adversos, y se capacitó a los colaboradores en el tema de eventos adversos, sistema de reporte, análisis y gestión de los mismos.
- Se afianzó el reporte, análisis y gestión de los eventos adversos trazadores de obligatorio monitoreo definidos en el anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006.
- En el año 2008 se documentó por parte de los líderes del proceso de cirugía, hospitalización y odontología la guía de manejo de complicaciones y eventos adversos de estos servicios con el objetivo de garantizar el conocimiento por parte del equipo de salud de las posibles complicaciones que pueden presentarse en el proceso de atención y el manejo que se debe seguir y se establecen las recomendaciones para evitar que se presenten.

- En el año 2009, se elaboró un Manual de seguridad del usuario que define acciones para mejorar la seguridad del usuario siguiendo algunos de los lineamientos definidos por el Ministerio.

Las acciones mencionadas se realizaron sin una adecuada planeación, sin sensibilizar al personal en la importancia de estos temas, al igual que se trabajó de una manera desarticulada, por lo que no se han logrado avances significativos en materia de seguridad del paciente en la institución.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Plantear la manera como el Hospital San Rafael de Andes va a desarrollar el Programa de Seguridad del Paciente, siguiendo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de contar con una adecuada caja de herramientas que permita a través del tiempo su implementación en la identificación y gestión de eventos adversos para disminuir su ocurrencia y en lo posible eliminarlos.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar la Planeación Estratégica de la Seguridad del Paciente, siguiendo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Establecer los mecanismos que va a utilizar el equipo líder del Programa de Seguridad del Paciente para fortalecer la Cultura de Seguridad del Paciente en la Institución.
- Promover el desarrollo de Procesos Seguros en la atención de los usuarios, mediante la definición de Barreras de Seguridad que permitan intervenir los riesgos y prevenir los incidentes y eventos adversos en la prestación de los servicios que ofrece el Hospital.
- Definir el Sistema a utilizar en el Hospital para el Reporte de Fallas de Calidad en la Atención en Salud
- Definir el Sistema de Análisis de Causas de Fallas de Calidad en la Atención en salud y la Gestión de las mismas.

4. METODOLOGIA

4.1 ENFOQUE METODOLÒGICO

El presente estudio consideró el desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente en el Hospital San Rafael de Andes.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo de las actividades que se abordaron en la Planeación del Programa de Seguridad del Paciente, de acuerdo al ámbito de acción de la institución dirigido a minimizar la ocurrencia de eventos adversos que afectan la calidad de la atención en salud de los Usuarios.

4.3 POBLACION

Se consideró población de estudio, la totalidad de servicios brindados en el Hospital San Rafael de Andes porque las actividades planteadas en el Programa de Seguridad del Paciente deben ser implementadas en todos los procesos misionales que producen los servicios que se ofrecen; además en la planeación, se involucró a todo el personal de la institución, con énfasis en el asistencial, a los usuarios y su cuidador y a las EPS que tienen convenio con el Hospital, teniendo en cuenta su respectivo ámbito de acción.

4.4 DISEÑO MUESTRAL

No aplica porque no se escogió ninguna muestra para la planeación del Programa de Seguridad del Paciente. Se tuvo en cuenta todos los aspectos que se deben abordar según la normatividad vigente, todos los servicios y todas las personas responsables de la ejecución de actividades durante su implementación.

4.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

4.5.1 Diagrama de Variables

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

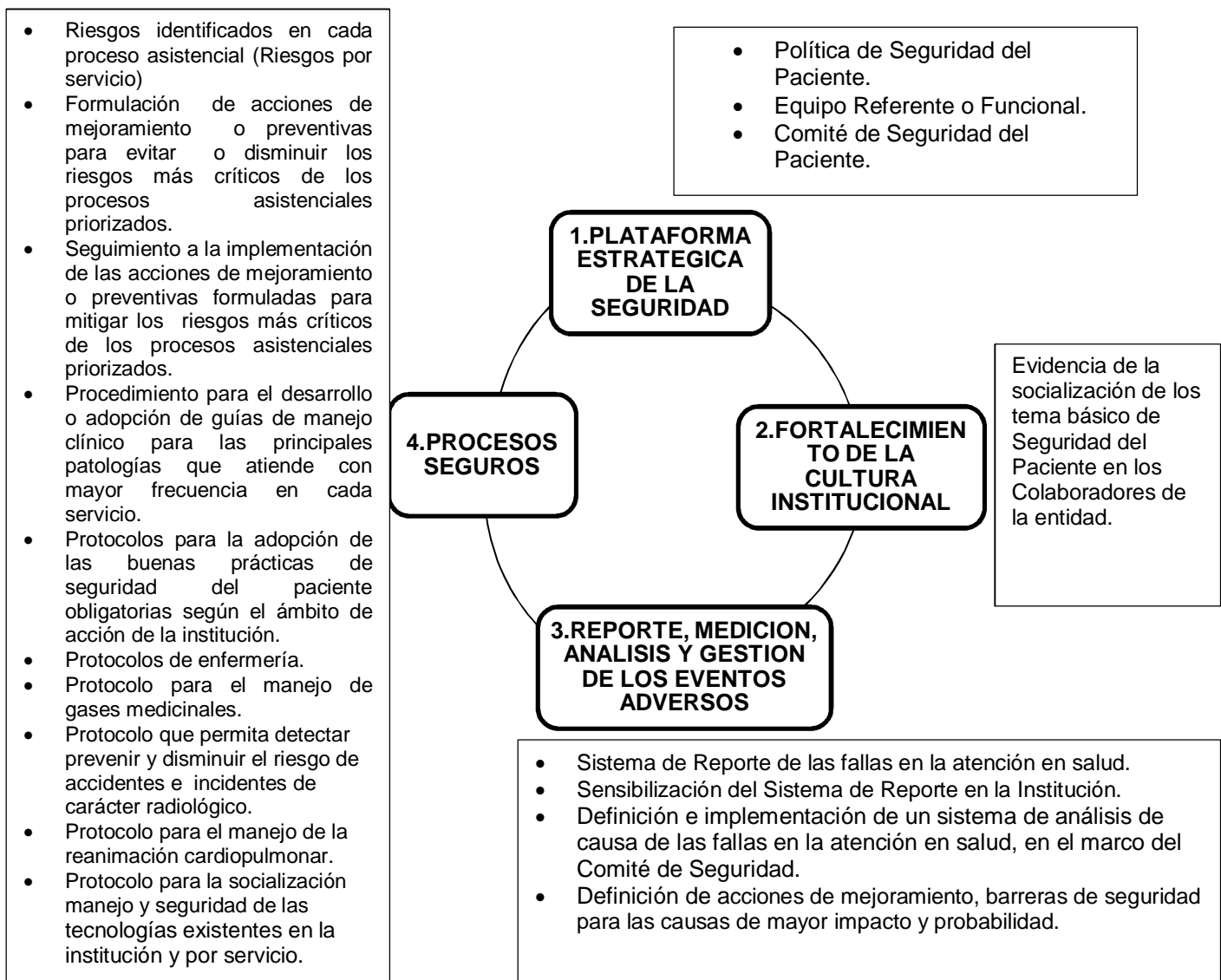
Las variables a tener en cuenta en la planeación de este programa, por ser un estudio

descriptivo, son:

VARIABLES de Criterio: Son seleccionadas por el Investigador, quien debe tener en cuenta todas las establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en esta Buena Practica.

VARIABLES de Estudio: Son las propiedades del objeto del estudio que se van a interpretar utilizando las variables de criterio, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Es decir, son los aspectos que se deben tener en cuenta en cada una de las cuatro siguientes variables.

Diagrama 1 VARIABLES A TENER EN CUENTA EN LA PLANEACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Fuente: Lista de Chequeo Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente obligatorias Ministerio de Salud y Protección Social.

4.5.2 Tabla de Variables

Tabla 7 DEFINICION DE LAS VARIABLES CONSIDERADAS EN LA PLANEACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR
PLATAFORMA ESTRATEGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Política de Seguridad del Paciente	Evidencia el compromiso de la Alta Dirección con la Seguridad del Paciente, describiendo cuál es el objetivo, la forma de lograrlo y cómo va a medir su cumplimiento.	Cualitativa	Nominal	Está planteada en el documento: SI NO
	Equipo Funcional Programa de Seguridad del Paciente	Es el equipo que liderará el Programa en el hospital, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad. Existencia de acta que evidencie la operación del equipo funcional.	Cualitativa	Nominal	Está explicita su conformación en el documento que contiene la planeación del Programa: SI NO Está definido el formato de acta que se va a utilizar en las reuniones del Equipo funcional.
	Comité de Seguridad del Paciente	Cuenta con unos Integrantes	Cualitativa	Nominal	Está explicita su conformación

		<p>mínimos permanentes, entre los que se encuentra un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS.</p> <p>Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar, inclusive representantes de terceros o proveedores relacionados con el evento adverso.</p> <p>Existencia de actas que evidencien la operación del Comité de Seguridad.</p>			<p>n en el documento que contiene la planeación del Programa: SI NO Está definido el formato de acta que se va a utilizar en las reuniones del Comité.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL</p>	<p>Evidencia socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad.</p>	<p>Se define el Plan de Capacitación al personal sobre el tema de seguridad del paciente, que incluya: política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos, en la herramienta que especifique (que, quien, cuando, donde, cómo).</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Está definido el Plan de Capacitación con todos los aspectos que debe incluir según la conceptualización.</p>
--	--	--	--------------------	----------------	--

FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Evidencia socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los funcionarios de la entidad.	Se mide la cobertura de la capacitación a todo el personal.	Cualitativa Cuando se mida en la implementación será cuantitativa.	Nominal	Se evidencia documentad o el indicador de Cobertura: Proporción de funcionarios capacitados en los temas de seguridad del paciente definidos en el periodo= Numero de funcionarios capacitados en el periodo/Total de funcionarios programados para la capacitación en el periodo, multiplicado por cien. Se evidencia documentad a la ficha técnica del indicador con todos los datos incluidos.
		Se evalúa el conocimiento, Se espera que los funcionarios obtengan una calificación de 4.0 o más en la evaluación realizada. Si no la obtienen se realiza nueva capacitación y se vuelve a	Cualitativa Cuando se mida en la implementación, será cuantitativa.		Nominal

		evaluar hasta que obtengan el resultado esperado.			de 4 o más: Número de funcionarios capacitados que obtuvieron una calificación en la evaluación de 4 o más /Total de funcionarios capacitados y evaluados, multiplicado por cien. Se evidencia documentada a la ficha técnica del indicador con todos los datos incluidos.
REPORTE, MEDICION, ANALISIS Y GESTION DE LOS EVENTOS ADVERSOS	Evidencia la definición y operación del sistema de reporte de las fallas en la atención en salud.	Se define el proceso para el reporte de las fallas en la atención en salud, que debe incluir: que se reporta, a quien se reporta, como se reporta, a través de que medios, cuando se reporta, como se asegura la confidencialidad del reporte y el auto reporte o reporte por otros.	Cualitativa	Nominal	Está definido en el documento que contiene la planeación del Programa: SI NO
	Evidencia sensibilización en el sistema	Se definen las actividades a realizar para	Cualitativa	Nominal	Está definido en el documento

	de reporte en la institución.	sensibilizar a los colaboradores de la institución en el sistema de reporte. Las actividades deben estar orientadas a lograr que los funcionarios comprendan que el objetivo del reporte de las fallas en la atención en salud es aprender de las experiencias y contribuir a la mejora del clima de seguridad del paciente; que la ocurrencia de las fallas se atribuyen a deficiencias del diseño de la organización y del funcionamiento del sistema; que conozcan la importancia del reporte y las condiciones que se deben cumplir para que el sistema de reporte funcione adecuadamente. Definir un sistema de Incentivos.			que contiene la planeación del Programa: SI NO
	Evidencia la definición e implementación de un sistema de análisis de causa de las fallas de una	Definir la metodología de análisis de las causas y documentar.	Cualitativa	Nominal	Está definido en el documento que contiene la planeación del Programa: SI

	atención en salud. (Puede ser el Protocolo de Londres u otro sistema técnico).				NO
	Evidencia del análisis de causa en el Comité de Seguridad del Paciente.	El análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad. Existencia de actas que evidencien la operación del Comité de Seguridad.			Está definido el formato de acta que se va a utilizar en las reuniones del Comité.
	Evidencia de la definición de acciones de mejora o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad.	Se documenta el procedimiento de elaboración y divulgación de planes de mejoramiento. Se documenta el seguimiento a los planes de mejoramiento.	Cualitativa Cuando se mida en la implementación, será cuantitativa.	Nominal	Se evidencia documentado o el indicador Proporción de vigilancia de eventos adversos: Número de eventos adversos detectados y gestionados/ Total de eventos adversos detectados, multiplicado por cien. Se evidencia documentado a la ficha técnica del indicador con todos los datos incluidos.
PROCESOS SEGUROS	Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos	Se documenta un procedimiento de	Cualitativa Cuando se realiza la valoración,	Nominal	Está definido en el documento que contiene

	asistenciales priorizados.	administración de riesgos, que incluya: contexto estratégico, identificación de los riesgos, análisis de los riesgos y valoración de los riesgos. Se construye el mapa de riesgo de cada proceso de la institución, con los cuatro componentes de administración de riesgo.	será cuantitativa.		la planeación del Programa: SI NO La institución cuenta con un Mapa de riesgo de procesos.
	Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos mas críticos de los procesos asistenciales priorizados.	Se documenta un procedimiento para la elaboración y divulgación de planes de mejoramiento que se deben implementar para minimizar los riesgos.	Cualitativa	Nominal	Está definido en el documento que contiene la planeación del Programa: SI NO Está definido el formato para la formulación de acciones de mejora.
	Evidencia de un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica.	Se cuenta con un instructivo para la adopción y/o adaptación de guías.	Cualitativo	Nominal	Está definido en el documento que contiene la planeación del Programa: SI NO
	Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de	Se cuenta con las guías de manejo clínico asociadas a las buenas	Cualitativa	Nominal	Está definido en el documento que contiene la planeación

	manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente.	prácticas de seguridad del paciente y los protocolos de enfermería. Se socializan las guías y protocolos.			del Programa: SI NO
--	--	--	--	--	---------------------------

Fuente: Autoría de investigadores

4.6 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

4.6.1 Fuentes de Información

- Primaria: Lo identificado por el equipo investigador que planeó la forma como se va a implementar el Programa de Seguridad del Paciente en el Hospital San Rafael de Andes
- Secundaria: La información descrita en la Lista de Chequeo Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente obligatorias, en la Resolución 2003 de 2014 y en los Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente.

4.6.2 Instrumento de Recolección de Información

Tabla 8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION PARA LA PLANEACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VARIABLE	DATO A RECOGER	NOMBRE DEL INSTRUMENTO QUE VAN A UTILIZAR PARA RECOGER EL DATO
PLATAFORMA ESTRATEGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Política de seguridad del paciente. • Acta de conformación del equipo funcional del programa de seguridad del paciente. • Acta de conformación del comité de seguridad el paciente. • Formato de acta a utilizar en las reuniones del equipo funcional. • Formato de acta a utilizar en las reuniones del comité de seguridad 	Lista de chequeo.

	del paciente.	
FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de capacitación sobre seguridad del paciente que cumpla con los siguientes requisitos (política institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología de análisis de causa de fallas en la atención). • Listado de colaboradores de la institución. • Listado de colaboradores programados para capacitación por periodos. • Indicador para medición de cobertura de capacitaciones con su ficha técnica. • Indicador para medición de adherencia al tema de seguridad del paciente. Con su ficha técnica. 	Lista de chequeo.
REPORTE, MEDICIÓN , ANALISIS Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Documento donde este soportado el procedimiento de Reporte de las fallas de la atención en salud. • Documento donde estén soportadas las diferentes actividades realizadas para la sensibilización de los colaboradores en el reporte de las fallas de la atención en salud. • Documento donde este soportado el procedimiento de análisis de causa de fallas de la atención en salud. 	Lista de chequeo

	<ul style="list-style-type: none"> • Formato a utilizar para plasmar las acciones de mejoras resultantes del análisis causal de las fallas en la atención definido por la institución. 	
<p>PROCESOS SEGUROS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento donde este soportado el procedimiento valoración del riesgo en la institución. • Formato para la valoración del riesgo que se va a utilizar en la institución. • Formato a utilizar para plasmar las acciones de mejora resultantes de la valoración del riesgo dentro de la institución. • Documento donde este soportado el procedimiento para la socialización y divulgación de los planes de mejora. • Documento donde este soportado el procedimiento para la adopción y/o adaptación de guías de practicas clínicas. • Documento donde este soportado el procedimiento para la socialización de las guías de prácticas clínicas asociadas a las buenas practicas de seguridad del paciente. • Formato para medir la adherencia a las guías de prácticas clínicas 	<p>Lista de chequeo</p>

	asociadas a las buenas practicas de seguridad del paciente.	
--	---	--

Fuente: Autoría de investigadores

4.7 PROCESO DE OBTENCION DE LA INFORMACION

Para cada variable se siguió la misma metodología que implicó conocer qué dato se requería, quién lo iba a recoger, cómo, cuando, dónde se debía recoger para contar con la información necesaria en la documentación del Plan para desarrollar el PAMEC, teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad vigente.

Tabla 9. PROCESO DE OBTENCION DE INFORMACION EN CADA VARIABLE QUE SE ABORDA EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VARIABLE	DATO QUE SE VA A RECOGER	QUIEN LO VA A RECOGER	COMO LO VA A RECOGER	CUANDO LO VA A RECOGER	DONDE LO VA A RECOGER
PLATAFORMA ESTRATEGICA	Política de seguridad del paciente.	El encargado de calidad en la institución.	Solicitándola a la oficina del gerente.	04 de agosto de 2014	En la oficina del gerente.
	Acta de conformación del equipo funcional del programa de seguridad del paciente	El encargado de calidad en la institución.	Solicitándola por escrito a la oficina del gerente.	04 de agosto de 2014	En la oficina del gerente.
	Acta de conformación del comité de seguridad el paciente.	El encargado de calidad en la institución.	Solicitándola por escrito a la oficina del gerente.	04 de agosto de 2014	En la oficina del gerente.
	Formato de acta a utilizar en las reuniones del equipo funcional.	Un representante del Equipo funcional de seguridad	Solicitándola a la oficina de calidad.	04 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.

		del paciente.			
	Formato de acta a utilizar en las reuniones del comité de seguridad del paciente.	El secretario del comité de seguridad del paciente.	Solicitándola a la oficina de calidad.	04 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.
FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL	Plan de capacitación sobre seguridad del paciente que cumpla con los siguientes requisitos (política institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología de análisis de causa de fallas en la atención).	El encargado de Talento Humano	Solicitándolo al Equipo funcional de seguridad del paciente	04 de agosto de 2014	La oficina de talento humano
	Listado de funcionarios de la institución.	El encargado de calidad en la institución.	Solicitándolo a la oficina de Talento humano.	05 de agosto de 2014	En la oficina de talento humano
	Listado de funcionarios programados para capacitación por periodos.	El encargado de Talento Humano	Solicitándolo por escrito a los Líderes de procesos.	05 de agosto de 2014	En la oficina de talento humano
	Ficha técnica del indicador Proporción de funcionarios capacitados en los temas de seguridad	Líder de Talento Humano	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	05 de agosto de 2014	En la oficina de calidad

	del paciente definidos en el periodo.				
	Ficha técnica el indicador Proporción de funcionarios capacitados que obtuvieron una calificación en la evaluación de 4 o más con su ficha técnica.	Líder de Talento Humano	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	05 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.
REPORTE, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS	Documento donde este soportado el procedimiento de Reporte de las fallas de la atención en salud.	Secretario del comité de seguridad del paciente	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	05 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.
	Documento donde estén soportadas las diferentes actividades a realizar para la sensibilización de los colaboradores en el reporte de las fallas de la atención en salud.	Representante del Equipo funcional de seguridad del paciente	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	05 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.
	Documento donde este soportado el procedimiento de análisis de causa de fallas de la	Secretario del comité de seguridad del	Solicitándolo al encargado de calidad en	05 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.

	atención en salud.	paciente	la institución.		
	Formato a utilizar para plasmar las acciones de mejoras resultantes del análisis causal de las fallas en la atención definido por la institución.	Secretario del comité de seguridad del paciente	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	05 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.
PROCESOS SEGUROS	Documento donde este soportado el procedimiento de valoración del riesgo en la institución.	Lideres de los procesos	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	06 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.
	Formato para la valoración del riesgo que se va a utilizar en la institución.	Lideres de los procesos	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	06 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.
	Formato a utilizar para plasmar las acciones de mejora resultantes de la valoración del riesgo dentro de la institución.	Lideres de los procesos	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	06 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.
	Documento donde este soportado el procedimiento para la socialización y divulgación de los planes de mejora.	Lideres de los procesos	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	06 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.

	Documento donde este soportado el procedimiento para la adopción y/o adaptación de guías de practicas clínicas.	Lideres de los procesos	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	06 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.
	Documento donde este soportado el procedimiento para la socialización de las guías de prácticas clínicas asociadas a las buenas practicas de seguridad del paciente.	Lideres de los procesos	Solicitándolo al encargado de calidad en la institución.	06 de agosto de 2014	En la oficina de calidad.

Fuente: Autoría de investigadores

4.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Este estudio se realizó de una manera lógica, teniendo en cuenta los componentes del Programa de Seguridad del Paciente y la Lista de Chequeo de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, la Resolución 2003 de 2014 y los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente.

Se utilizaron mecanismos encaminados a controlar sesgos de información. El control implicó la realización, y estandarización de métodos e instrumentos de recolección de la información, capacitación de los observadores y confirmación de la información suministrada por estos.

4.9 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

Una vez recolectados los datos primarios, se evaluaron, organizaron y ordenaron para su análisis con el propósito de detectar si cumplían con los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Lista de Chequeo de Buenas Practicas de Seguridad del

Paciente, la Resolución 2003 de 2014 y los Lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente, para contar con un Programa de Seguridad del Paciente que garantice una adecuada Caja de Herramientas para la Gestión de los Eventos Adversos en la ESE.

Las etapas para el Procesamiento de Datos fueron las siguientes:

Entrada: los datos obtenidos fueron clasificados según la variable que se aborda en el Programa,, para hacer que el proceso sea fácil y rápido.

Proceso: actividades necesarias para convertir los datos en información significativa. Dentro del Programa de Seguridad del Paciente, que garantice su desarrollo en la planeación para su posterior implementación, en otra fase que no corresponde al objetivo de este trabajo..

Salida: en todo el procesamiento de datos se plantea como actividad adicional, la administración de los resultados de salida, que se puede definir como los procesos necesarios para que la información útil llegue a los funcionarios, usuarios y EPS con quien la ESE tiene convenios de atención a población afiliada.

Los tipos de procesamiento utilizados fueron los siguientes:

Proceso Manual: el uso del talento humano para registrar datos con lápiz y papel, ordenar y clasificar manualmente. Finalmente los resultados se expresaron de manera escrita, creando la información escrita almacenada en unos registros, en los respectivos formatos preestablecidos.

Procesos Electrónicos: se emplearon computadores, para ingresar los datos en medio electrónico, obteniendo información confiable.

4.10 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo se enmarca dentro de los aspectos éticos nacionales contemplados en la resolución 0008430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud, en cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

De acuerdo a los parámetros establecidos en el título II artículo 11 de la presente resolución, se considera que este trabajo corresponde a una investigación sin riesgo, ya que es un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas,

fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta+(17).

Para la realización de este proyecto se contó con la autorización del Gerente de la ESE Hospital San Rafael.

5. RESULTADOS

Mediante el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, constituido por cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Sistema Único de Acreditación en Salud y Sistema de Información para la Calidad, que no son piezas individuales sino un conjunto armónico e integrado de instrumentos cada uno de los cuales tiene un papel fundamental dentro de las estrategias para la seguridad del paciente.

Con la Resolución 2003 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, incrementó la exigencia en las condiciones que debe cumplir la estructura o ambiente en donde se prestan los servicios de salud y, definió en el Estándar 5. Procesos Prioritarios para Todos los Servicios+ y en la Lista de Chequeo de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, los criterios que se deben abordar para la seguridad del paciente.

Atendiendo lo anterior, mediante este trabajo, se planeó la forma como el Hospital va a implementar la primera buena práctica Contar con un Programa de Seguridad del Paciente

5.1 PLANEACION ESTRATEGICA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad en la atención de pacientes es uno de los aspectos esenciales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud que desee ofrecer una atención de calidad, debido a que esta característica es una de las dimensiones clave de la calidad que debe ser considerada de forma transversal en los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Por tanto, la Seguridad del Paciente se situó como un programa prioritario dentro del Plan de Desarrollo Institucional.

Después del análisis de la situación del Hospital en este sentido, se elaboró un documento donde se proponen las actuaciones concretas para el desarrollo del Programa y los indicadores de seguimiento, como estrategia para contar con las herramientas necesarias que faciliten la gestión de los eventos adversos dirigida a disminuir o eliminar su ocurrencia en el Hospital San Rafael de Andes. Posteriormente se puso a consideración de la Alta Dirección para su revisión, realización de sugerencias y aprobación para la posterior implementación.

Misión: Aunque en la misión no se encuentra explícita la seguridad del paciente, si podría observarse implícita cuando hace referencia a la prestación de servicios de salud aportando la calidad de nuestros empleados y personal en formación de acuerdo a convenios docente-asistenciales, con tecnología adecuada y ambiente físico confortable, para satisfacer las necesidades del usuario y su familia, garantizando la rentabilidad social y financiera de la empresa+, porque dentro de la formación debe incluirse aspectos relacionados con el tema de seguridad, la tecnología y el ambiente físico para ser confortable deber ser seguro, para satisfacer a los usuarios y su familiar se deben realizar procesos seguros y para garantizar rentabilidad social y financiera se deben evitar los eventos adversos.

Visión: La ESE Hospital San Rafael tiene como parte de su visión +prestar servicios de salud de primer y segundo nivel con los más altos estándares de calidad+, lo que implica garantizar la seguridad de los pacientes durante la prestación de los servicios.

Objetivos Estratégicos: El Hospital San Rafael de Andes, espera lograr en la calidad de la atención en salud, +prestar servicios de salud con calidad de acuerdo a nuestra capacidad resolutive, buscando la satisfacción de nuestros usuarios y su familia, manteniendo la rentabilidad social y equilibrio económico de la institución+.

Cuadro de Mando Integral: El cuadro de mando de la ESE Hospital San Rafael de Andes le permite realizar monitorización a los siguientes indicadores de seguridad del paciente:

Tasa de mortalidad en menores de 5 años, Tasa de mortalidad infantil, Proporción de vigilancia de eventos adversos, Índice de eventos adversos, Índice de eventos adversos caídas de pacientes, Índice de eventos adversos en administración de medicamentos, Índice de eventos adversos por úlceras de presión, Proporción de vigilancia de eventos adversos, Tasa de infección intrahospitalaria.

Lo anterior permite a la ESE, conocer su situación actual, tomar decisiones y evaluar la eficacia de estas.

Proyecto: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

El Hospital definió entonces el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad como un proyecto

enfocado al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, en las dimensiones de estructura, procesos y resultados, que transversalmente contribuyen a la seguridad del paciente.

Buena Práctica: Contar con un Programa de Seguridad del Paciente

Siguiendo los elementos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Lista de Chequeo de Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente obligatorias y específicamente la primera llamada %Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos-, se definió en el Hospital, lo siguiente:

Política de Seguridad del Paciente: La institución tiene definida la siguiente política de seguridad del paciente mediante la cual la alta dirección formula su compromiso con la seguridad del paciente:

La ESE Hospital San Rafael de Andes, propende por **Í Fomentar un entorno seguro de la atención y promover una cultura de seguridad del Paciente justa, educativa y no punitiva**, por lo cual nos comprometemos a: Fortalecer el sistema institucional de reporte y análisis de incidentes y un sistema de gestión de los eventos adversos, implementando estrategias de sensibilización y capacitación institucional a funcionarios, proveedores, pacientes, familia y aseguradoras e integrándola con la planeación estratégica y otras políticas institucionales como trato digno, calidad, confidencialidad, calidad y priorización y a su vez involucrar al paciente y su familia en el programa de seguridad del paciente como también conformar y operativizar el grupo y el comité de seguridad del paciente.

Equipo Funcional o Referente que va a liderar el Programa de Seguridad del Paciente:

El Equipo Funcional de Seguridad del Paciente tendrá por objeto formular, gestionar y socializar el programa de seguridad del paciente en la ESE Hospital San Rafael de Andes, a través de la implementación de las estrategias definidas en la política de seguridad del paciente.

El grupo estará conformado por:

El Subdirector Científico o quien haga sus veces.

La Coordinadora de Planeación y Calidad o quien haga su veces.

Los Líderes de procesos asistenciales.

El Líder de Talento humano.

El Grupo Funcional tendrá dentro de sus responsabilidades:

- Formular la política de Seguridad del Paciente articulada con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Formular los objetivos y metas del programa de seguridad del paciente.
- Planear acciones para cumplir los objetivos y metas del programa de seguridad del paciente.
- Socializar el programa de seguridad del paciente y evaluar el conocimiento de los funcionarios de la institución.
- Definir y desplegar mecanismos para fomentar una cultura de seguridad del paciente educativa y no punitiva.

Comité de Seguridad del Paciente: El Comité de Seguridad del Paciente tendrá por objeto analizar y gestionar los incidentes y eventos adversos que se presenten en la institución, así como retroalimentar a los funcionarios con base a los resultados, con el fin de lograr una cultura de seguridad del paciente que conlleve a la disminución de la ocurrencia de eventos adversos.

El Comité de seguridad estará conformado por:

El Equipo Funcional para la Seguridad del Paciente estará conformado por:

El Subdirector Científico o quien haga sus veces.

La Coordinadora de Planeación y Calidad o quien haga su veces.

Los Líderes de procesos asistenciales.

El Líder de Talento humano

El Comité de seguridad tendrá dentro de sus responsabilidades:

- Sensibilizar a los funcionarios sobre la importancia del reporte de eventos adversos.
- Fomentar una cultura de reporte.
- Involucrar a los funcionarios en el proceso de reporte de eventos adversos.
- Identificar las causas de los eventos adversos presentados en la institución.
- Establecer planes de mejoramiento para eliminar las causas de los eventos adversos.
- Garantizar la ejecución de los planes de mejoramientos establecidos para disminuir o eliminar las causas de EA.

5.2 MECANISMOS QUE VA A UTILIZAR EL EQUIPO LIDER PARA SOCIALIZAR EL TEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL PROPOSITO DE FORTALECER LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INSTITUCION

Se capacitará a todos los funcionarios de la institución en la política de seguridad del paciente, la taxonomía de la seguridad del paciente, el reporte y análisis de eventos adversos. Se realizará seguimiento a la cobertura de las capacitaciones a través del indicador de %Proporción de funcionarios capacitados en los temas de seguridad del paciente definidos en el periodo.+

Antes de capacitar a los funcionarios en los temas de seguridad del paciente se realizará un proceso de sensibilización. Este proceso se llevara a cabo en dos momentos, el primero consiste en un taller con el objetivo de sensibilizar sobre la importancia de trabajar por la seguridad del paciente y los beneficios de una comunicación interpersonal adecuada entre compañeros, pacientes y sus familias. El segundo momento, estará orientado a sensibilizar a los funcionarios en la importancia del reporte de los eventos adversos, eficacia de las medidas preventivas, de promover una cultura en la que los errores no se personalicen, se hable desprevenidamente de ellos y constituyan al aprendizaje organizacional. Se realizaran las siguientes actividades:

Tabla 10 PLAN DE CAPACITACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE A LOS COLABORADORES DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
<p>Sensibilización a los funcionarios en la importancia de trabajar por la seguridad del paciente, beneficios de una comunicación interpersonal adecuada entre compañeros, pacientes y sus familias.</p>	<p>Equipo Funcional de Seguridad del Paciente.</p>	<p>20 de agosto de 2014.</p>	<p>Auditorio de la ESE Hospital San Rafael de Andes.</p>	<p>-Mostrar imágenes alusivas a una atención segura, con humanismo, calidad e imágenes correspondientes a errores durante la atención. -Socializar las reflexiones que surjan a partir de las imágenes. -Mostrar el video, caso de Josie King+ -Realizar un taller a partir del video con las siguientes preguntas: ¿En que aspectos relacionados con el video, se ven reflejadas acciones inseguras en el que hacer de nuestra</p>

				<p>institución?;</p> <p>anote tres errores que pudieron evitarse en el proceso de atención que nos muestra el video y como se podrían prevenir;</p> <p>anote dos propuestas de cómo involucrar a las familias, en el proceso de atención segura de los pacientes.</p> <p>. Socializar el taller.</p> <p>-Reflexiones por parte del Equipo Funcional.</p>
<p>Sensibilizar a los funcionarios en la importancia del reporte de los eventos adversos, eficacia de las medidas preventivas, y de promover una cultura de reporte.</p>	<p>Equipo Funcional de Seguridad del Paciente.</p>	<p>28 de agosto de 2014</p>	<p>Auditorio de la ESE Hospital San Rafael de Andes.</p>	<p>-Realizar la Lectura de un caso de evento adverso ocurrido en la institución.</p> <p>-Realizar un taller a partir de la lectura con las siguientes preguntas: definir las</p>

				<p>razones por las cuales se debe reportar el evento adverso y las razones por las cuales no se debe reportar.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sustentar las respuestas en la socialización del taller. - Mostrar el video %Programa de seguridad del paciente del Hospital General de Medellín+. -Realizar una presentación magistral, exponer los siguientes temas: ¿De donde surge la necesidad de trabajar los la seguridad del paciente?; breve recuento de lo que Colombia a realizado por la seguridad del paciente; Política nacional de
--	--	--	--	---

				<p>seguridad del paciente;</p> <p>objetivo del reporte de los eventos adversos; ¿A quien se le debe atribuir la ocurrencia de un evento adverso?;</p> <p>importancia del reporte de eventos adversos;</p> <p>condiciones para que un sistema de reporte funcione correctamente; y las barreras que se pueden presentar e impiden el reporte de los eventos adversos.</p> <p>-Dar a conocer los incentivos para los funcionarios que reporte y el castigo para los que no reporte.</p>
--	--	--	--	---

--	--	--	--	--

PLAN DE CAPACITACIONES

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
Política de Seguridad institucional	Gerente de la ESE Hospital san Rafael	08 de octubre de 2014	Auditorio de la ESE Hospital san Rafael	Mostrar la Política de seguridad, explicar en que consiste. - Entregar la Política a cada funcionario en medio físico.
Taxonomía	Gerente de la ESE Hospital san Rafael	08 de octubre de 2014	Auditorio de la ESE Hospital san Rafael	-Realizar un pretest con las siguientes preguntas: ¿Qué es un evento adverso? Y ¿Cómo se presentaría en un paciente desde su puesto de trabajo? -Socializar el pretest. -Realizar una presentación magistral, donde se expongan los

				<p>siguientes temas: riesgo de sufrir daño por fallas en la atención; libro %Errar es humano+; estrategias generadas a partir de su publicación; definiciones de evento adverso, complicación, error, riesgo en la atención en salud, evento adverso no evitable, incidente, política de seguridad del paciente y los ejes de seguridad del paciente (idoneidad del personal, prácticas misionales seguras, infraestructura física segura, seguridad en los</p>
--	--	--	--	---

				equipos, cuidado del usuario, calidad de los insumos, seguridad documental y cadena de custodia).
Sistema de reporte de fallas en la atención	Del 18 al 22 de noviembre de 2014.	Grupo Funcional de seguridad. (La capacitación se realizara por servicio. Cada miembro capacitará a los funcionarios de uno o dos servicios.	En los diferentes servicios del hospital.	-Dar a conocer el sistema de fallas en la atención. -Explicar con ejemplos, como, que, a quien, y cuando se reporta. -Realizar un taller que consista en que cada funcionario reporte un evento adverso que se pueda presentar en su lugar de trabajo.
Metodología institucional de análisis de causa de los	Del 18 al 22 de noviembre de 2014.	Grupo Funcional de seguridad. (La capacitación se realizara por	Auditorio de la ESE Hospital san Rafael.	-Mostrar el video "Protocolo de Londres" -Realizar un

<p>incidentes y eventos adversos.</p>		<p>servicio. Cada miembro capacitará a los funcionarios de uno o dos servicios.</p>	<p>En los diferentes servicios del hospital.</p>	<p>Presentación magistral sobre el Protocolo de Londres, explicar los siguientes:, definición de acción insegura, factor contributivo, barreras de seguridad, con el mayor número de ejemplos de cada definición. -Postest: mostrar ejemplos de las definiciones para que los funcionarios identifiquen a cual de las definiciones corresponde.</p>
---------------------------------------	--	---	--	---

Fuente: Autoría de investigadores

5.3 DESARROLLO DE PROCESOS SEGUROS EN LA ATENCION DE LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES

Para obtener procesos seguros es necesario que las instituciones realicen un proceso de administración de riesgos. Dado que los riesgos son posibilidades de ocurrencia de toda situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones, que impide el logro de los objetivos estratégicas y el cumplimiento de la misión institucional, la ESE Hospital San

Rafael de Andes esta fortaleció su sistema de control estratégico, delimitado en el Modelo Estándar de Control Interno, MECl, en su componente de administración de riesgos, a través del análisis y estructuración de los elementos de: contexto estratégico, identificación de los riesgos, análisis de los riesgos, valoración de los riesgos, políticas de administración de riesgos.

La implementación de estos elementos se materializo con el mapa de riesgo institucional y con el plan de manejo de los riesgos se consolidan las políticas para el control de los factores y agentes que puedan originar situaciones de afectación.

- **Los riesgos identificados en cada servicio fueron:**

Servicio de Hospitalización: mortalidad intrahospitalaria; infecciones intrahospitalarias; complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales; pacientes con úlceras de posición; caídas de pacientes desde su propia altura, inadecuada administración de medicamentos; reingresos al servicio de hospitalización; shock hipovolémico postparto; maternas con convulsión intrahospitalaria; estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos; entrega equivocada de un neonato; robo intrainstitucional de niños; fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados; suicidio de pacientes internados; consumo intrainstitucional de psicoactivos; retención de cuerpos extraños en pacientes internados; flebitis en sitio de venopunción; ruptura prematura de membranas sin conducta definida; asfixia perinatal; sífilis congénita; complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización; seguimiento o suministro de oxígeno.

Servicio de Urgencia: mortalidad en urgencias; complicaciones anestésicas; complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas; complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos; caídas de pacientes desde su propia altura; inadecuada administración de medicamentos; reingresos al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas; pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias equivocadas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención, paciente en estado crítico sin asistencia; dehiscencia de suturas; lesión de un órgano durante un procedimiento; robo intrainstitucional de niños; fuga de pacientes psiquiátricos; retención de cuerpos extraños en pacientes en urgencias; flebitis en sitio de venopunción; ruptura prematura de membranas sin conducta definida; complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización.

Protección Específica y Detección Temprana: reacciones posvacunales; lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación; inducción de conductas adversas para la salud; ausencia de indicaciones, informar o educar al paciente incorrectamente; ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo; comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad; ausencia de realización de actividades; complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos, caídas de pacientes desde su propia altura intrainstitucional; inadecuada administración de medicamentos; error en la aplicación de biológico.

Servicio de Laboratorio clínico: personal insuficiente en procesos analíticos; espacio y delimitación insuficiente; incumplimiento de estándares de calidad; identificación equivocada de muestras; reactivos deteriorados o vencidos; incumplimiento de condiciones preanalíticas para la toma de muestras y la recolección de las mismas; toma de muestra equivocada o insuficiente; no adherencia a los procedimientos; alteración o pérdida de muestras; entrega de resultados equivocados.

Servicio de cirugía: no aplicación de tratamientos; cirugías o procedimientos cancelados; pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación; complicaciones de usuarios internados por broncoaspiración; presentarse en usuarios internados úlceras de posición; complicación durante el expulsivo por una distocia inadvertida; usuarias gestantes que presenten shock hipovolémico post-parto; convulsión intrahospitalaria en usuarias gestantes; cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado; caída de pacientes; reingreso a internación por la misma causa antes de 20 días; entrega equivocada de un neonato o robo intrainstitucional de niños; infecciones intrahospitalarias; ruptura prematura de membranas sin conducta definida en usuarias gestantes; pacientes remitidos a instancias equivocadas o erróneas; mortalidad de usuarios internados en las primeras 48 horas; inadecuada administración de medicamentos; complicaciones quirúrgicas inherentes al acto quirúrgico.

Servicio de Vacunación: complicaciones propias de las intervenciones de prevención (reacciones posvacunales, lesiones o infecciones); ausencia de indicaciones; ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad; ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados, específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que

determinan la aparición de la enfermedad o ejecución de actividades inconducentes, en los cuales la evidencia ha demostrado la reducción del riesgo.

Servicio de Odontología: necurso humano no competente; daño e insuficiencia de mantenimiento de equipos; diligenciamiento no conforme de historia clínica; complicaciones anestésicas (toxicidad, reacciones alérgicas, edema, hipersensibilidad, shock anafiláctico, hematomas, isquemia, parálisis facial); complicaciones operatorias (fractura y/o avulsión de dientes, fractura de instrumental, perforaciones, hemorragias, alveolitis, infección.); aspiración y deglución de instrumentos; reacciones alérgicas al látex, solución irrigante y material de obturación; complicaciones asociadas a patología de base; complicaciones cardiacas debido a factores del usuario; exposiciones o sobrexposiciones a radiaciones ionizantes; fallas en el manejo terapéutico de los usuarios derivados de fallas en los procesos diagnósticos.

- **Adopción y/o adaptación de guías de práctica clínica**

Otro aspecto importante para obtener procesos seguros es la adopción y/o adaptación de guías de práctica clínica, por lo que se elaboro el **Manual Instructivo para la adopción y/o adaptación de Guías de Práctica Clínica+(IRP-008)**, que tiene como objetivo brindar los lineamientos para la adopción y adaptación de Guías de Práctica Clínica basadas en la mejor evidencia científica disponible.

La información requerida para la adopción de las guía fuè la siguiente:

- **Identificar los servicios que se prestan en la institución**, según la denominación establecida en la normatividad vigente
- **Definir las principales causas de atención por servicio**, según la información estadística de pacientes atendidos en el trimestre, semestre o año anterior.

Servicio de Urgencia:

- ✓ Otros dolores abdominales y los no especificados.
- ✓ Cefalea
- ✓ Herida de dedos de la mano, sin daño de las uñas.
- ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- ✓ Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.
- ✓ Gastritis no especificada.
- ✓ Dolor en el pecho no especificado

- ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada
- ✓ Fiebre no especificada
- ✓ Asma no especificado.

Servicio de Consulta externa:

- ✓ Rinofaringitis aguda (Resfriado común)
- ✓ Otros dolores abdominales y los no especificados.
- ✓ Dolores en articulación
- ✓ Infección de vías urinarias, sitio no especificado.
- ✓ Lumbago no especificado
- ✓ Hipertensión esencial (primaria)
- ✓ Cefalea
- ✓ Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.
- ✓ Gastritis; no especificada.
- ✓ Mareo y el desvanecimiento.

Servicio de Hospitalización:

- ✓ Parto único espontáneo, presentación cefálica del vértice.
 - ✓ Bronconeumonía, no especificada.
 - ✓ La infección de vías urinarias, sitio no especificado.
 - ✓ La neumonía, no especificada.
 - ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada.
 - ✓ Ictericia neonatal, no especificada.
 - ✓ Embarazo confirmado.
 - ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada.
 - ✓ Celulitis de otras partes de los miembros.
 - ✓ Falso trabajo de parto, sin otra especificación.
- **Determinar los nombres de las guías a adoptar y/o a adaptar** para el manejo de las principales patologías.
 - **Definir los responsables del proceso de adopción y/o adaptación.**
- El o los responsables de este proceso deben cumplir con ciertas características:
- ✓ Tener conocimiento acerca del tema objeto de la GPC.

- ✓ Conocer la metodología para la adopción o adaptación definida por la institución.
- **Establecer el cronograma de trabajo el cual debe incluir:** Compromisos, dedicación horaria y responsable.
- **Realizar una revisión de la literatura científica** de las GPC disponibles en forma sistemática.
- **Evaluar la calidad de las guías de práctica clínica seleccionadas** utilizando el instrumento AGREE II y la lista de chequeo elaborada a partir de este.
- **Edición de la guía de práctica clínica.**
- **Elaborar un documento anexo que contenga la metodología utilizada para la adaptación de la guía,** este debe incluir:
 - ✓ Definición de las preguntas: Definir las preguntas que se desean resolver con la guía para el manejo de cada una de las patologías.
 - ✓ Términos de búsqueda utilizados.
 - ✓ Criterios de inclusión
 - ✓ Criterios de exclusión:
 - ✓ Fuentes de consultadas: Guías nacionales, guías internacionales, revistas científicas.
 - ✓ La fecha en que se realizaron las búsquedas y la fecha de la última actualización.
 - ✓ Listado de guías clínicas identificados inicialmente.
 - ✓ Aplicación del instrumento AGREE II
 - ✓ Equipo responsable de la guía, si aplicara (Nombre, Disciplina/especialidad, institución, Una descripción del papel desempeñado).
- **Socializar o desplegar con los usuarios de la GPC.**
- **Publicar** la guía en medio físico o electrónico, una vez esté aprobada.
- **Protocolos de enfermería y las guías de buenas prácticas de seguridad.**

Los protocolos de enfermería y las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente que se van a adaptar en la institución son:

Tabla 11 PROTOCOLOS A ADOPTAR O ADAPTAR EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES, PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROTOCOLOS	SERVICIOS				
	URGENCIAS	INTERNACION	CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA	FARMACIA
Protocolo para la higiene de manos	X	X	x	x	
Protocolo de venopunción	X	X		x	
Protocolo de aislamiento	X	X	x	x	
Protocolo colocación, manejo y mantenimiento de sondas vesicales	X	X	x	x	
Protocolo de bioseguridad	X	X	x	x	
Protocolo de dispensación segura de medicamentos en la farmacia.					x
Protocolo para la administración segura de los medicamentos en los servicios de urgencias y hospitalización.	X	x	x	x	
Protocolo para el uso racional de antibióticos	X	x	x	x	
Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo.	X	x		x	x
Protocolo para la correcta identificación del usuario.	X	x		x	

Protocolo para la aplicación de lista de chequeo para cirugía segura.	X	x		x	
Protocolos para la Prevención y reducción de caídas	X	x	x	x	
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras.	X	x		x	
Protocolo de atención prioritaria a la gestante en el periodo prenatal, atención del parto y puerperio.	X	x	x	x	
Protocolo para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos.	X	x		x	

Fuente: Autoría de investigadores

Tabla 12 BUENAS PRACTICAS A ADOPTAR EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES

GUÍA	SERVICIO
Guía Técnica de Buenas Prácticas para monitorear aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.	Todos los servicios asistenciales
Guía Técnica de Buenas Prácticas para detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.	Todos los servicios asistenciales
Guía Técnica de Buenas Prácticas para garantizar la atención segura del binomio madre hijo.	Internación, urgencias y cirugía.
Guía técnica de Buenas Prácticas para	Internación, urgencias y cirugía.

prevenir las úlceras por presión.	
Guía técnica de Buenas Prácticas para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	Servicio Farmacéutico
Guía técnica de Buenas Prácticas para prevenir y reducir la frecuencia de caídas.	Todos los servicios asistenciales
Guía técnica de Buenas Prácticas para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes.	Internación, urgencias, cirugía, laboratorio clínico y odontología.
Guía técnica de Buenas Prácticas para mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos.	Cirugía
Guía técnica de Buenas Prácticas para asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.	Todos los servicios asistenciales

Fuente: Autoría de investigadores

- **Proceso de socialización de las guías y protocolos:** las GPC y los Protocolos se van a socializa a través de las siguientes actividades:
 - Enviar la guía o protocolo al correo electrónico del personal asistencial implicado.
 - Realizar presentación magistral de la guía o protocolo. El día de la presentación realizar un pretest y un postest.
 - Mostrar videos sobre el tema.
 - Realizar taller teórico-práctico sobre la guía o protocolo.

Para la socialización del protocolo de lavado de manos el Equipo Funcional de seguridad del y va a realizar las siguientes actividades en cada uno de los servicios asistenciales:

- Mostrar el video ~~práctica~~ práctica de lavado de manos con agua y jabón+ del Ministerio de la Protección Social y la OPS.
 - Mostrar una cartelera con imágenes alusivas al lavado de manos.
 - Pedir al personal que realice una demostración del lavado de manos para evaluar si aprendieron la técnica.
- **Evaluación de la adherencia a guías y protocolos:** la evaluación de adherencia a las guías y protocolos se realizara semestralmente mediante auditorias de historias clínicas y auditorias en caliente. Si se encuentran brechas se realizara una reunión con el personal asistencial para socializar los hallazgos encontrados y entre todos establecer planes de mejoramiento.

5.4 SISTEMA A UTILIZAR EN EL HOSPITAL PARA EL REPORTE DE FALLAS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Se elaboró un procedimiento para llevar a cabo el sistema de reporte de fallas en la atención en salud de la institución que incluye:

- **Que se reporta:** se reportaran todas las situaciones que se consideren fallas en la atención o eventos adversos ocurridos en cada servicio.
- **A quien se le reporta:** se reporta al líder del proceso donde ocurra el evento, el cual será el encargado de recoger los reportes y exponerlos en el Comité de seguridad del paciente.
- **Como se reporta:** se debe diligenciar todas las variables del formato (FRP-056):
 - ✓ Fecha de reporte: día, mes y año de en el que ocurrió el evento adverso.
 - ✓ Hora del evento: hora en la que ocurrió el evento adverso.
 - ✓ Documento de Identidad: número de identidad del paciente que sufrió el evento adverso.
 - ✓ Servicio: servicio donde ocurrió el evento adverso.
 - ✓ Seguridad Social: seguridad social del paciente que sufrió el evento adverso.
 - ✓ Dirección: dirección de residencia del paciente que sufrió el evento adverso.
 - ✓ Teléfono: número de celular o fijo del paciente que sufrió el evento adverso.
 - ✓ Responsable del reporte: la persona que realiza el reporte (no necesariamente es la persona que comete el evento adverso).
 - ✓ Resultado no deseado: nombre del evento adverso que ocurrió. (Ejemplo: caída de paciente, entrega equivocada de medicamento, ulcera por presión, etc.)
 - ✓ Descripción del resultado no deseado: es narrar lo que sucedió durante la atención al paciente.
 - ✓ Acciones inmediatas al resultado no deseado: es narrar que acciones se llevaron a cabo para corregir o mitigar el evento adverso.
- **A través de que medios se reporta:** en cada servicio se tendrán dispuesta una carpeta con el instructivo y el formato para el reporte de los eventos adversos. Los cuales estarán dispuestos a su vez en medio magnético en una carpeta en el servidor de la institución.
- **Cuando se reporta:** el reporte es inmediato.
- **Como se asegura la confidencialidad de los datos:** El sistema garantiza la confidencialidad del reporte al no dejar visibles los nombres de afectado y prestador (es), ya que se parte de la premisa de no intencionalidad en el daño presentado. Para facilitar la trazabilidad se registran los números de documento de identidad, historia y sitio de

ubicación. Igualmente se garantiza al funcionario que muestre su interés y empeño en la recuperación del paciente la no realización de acciones disciplinarias, pues lo que se pretende es el establecimiento de un modelo de reporte no punitivo que permita determinar la magnitud y naturaleza del problema, evitando las reincidencias.

- **Autoreporte o reporte por otros:** El funcionario que cometió el evento adverso debe reportarlo, en caso tal de que este no tenga conocimiento de la ocurrencia del evento o que se niegue a reportar, otro funcionario puede reportarlo.

5.5 SISTEMA DE ANALISIS DE CAUSAS DE FALLAS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y LA GESTIÓN DE LAS MISMAS

Una vez reportado el evento adverso, se procederá a realizar el análisis de las causas de fallas de calidad en la atención en salud y la gestión de las mismas. Para este proceso se utilizarán dos metodologías:

Diagrama de árbol: se aplicara cuando ocurran eventos adversos de bajo impacto y frecuencia. El líder del proceso realizara el análisis de manera inmediata, para establecer la causa raíz del problema a través del diagrama de árbol, que consiste en la técnica de los cinco por que, es decir, cinco niveles de respuestas recomendadas a la pregunta por qué. Este análisis quedara registrado en el en el formato %Matriz de Causas+ (FMA-025), que será presentado en el comité de seguridad del paciente junto con el reporte.

Después de identificar la causa raíz (el último porque) el líder del proceso socializara el reporte y el análisis con su equipo de trabajo y procederán a definir acciones de mejora, que serán plasmadas en el formato %Matriz de Aceptación de Acciones de Mejoramiento+(FMA-026). Las acciones se priorizaran aplicando los criterios de costo, tiempo, eficacia y mejora de la satisfacción del cliente.

Con las acciones ya priorizadas se deberá elaborar el plan de acción, con las intervenciones para eliminar la causa raíz, las cuales quedaran plasmadas en el formato %Plan de Acción+(FMA-027), determinando tiempo, responsable y seguimiento. El Líder del proceso debe comunicar a su equipo de trabajo el Plan de Acción formulado y el aporte de cada funcionario a su consecución.

Una vez se cumpla el plazo para la intervención el asesor de planeación y gestión de la calidad procederá a realizar el seguimiento:

- Verificar la ejecución en el formato %Plan de Acción+(FMA-027), columnas de seguimiento.
- Comprobar si las acciones de mejora formuladas fueron efectivas, a través del seguimiento a los indicadores del proceso intervenido, Índice de Eventos Adversos y Proporción de vigilancia de eventos adversos.
- Monitorear la ocurrencia del evento adverso al menos durante 6 meses. Si en el tiempo de monitoreo no se vuelve a presentar o se disminuye su aparición hasta niveles controlables, se concluye que la causa se ha eliminado o se ha disminuido y que por lo tanto la acción ha sido eficaz. En ese momento se cierra la acción.
- Si no fue efectivo se reinicia el ciclo retomando el análisis causal, planteando nuevas soluciones y renovando el plan de acción.

- **Protocolo de Londres:** se realizará de forma inmediata cuando se presenten eventos adversos graves (muerte, secuelas permanentes, prolongación de la estancia hospitalaria, etc.), los que solicita el Ministerio de salud y protección social en la Lista de chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes obligatorias y los casos de eventos no tan graves pero de alta frecuencia.

El protocolo se realizara en el marco del comité de seguridad del paciente.

Para el análisis se realizaran las actividades de identificación y decisión de investigar, selección del equipo investigador, obtención y organización de información, establecimiento de la cronología del incidente, identificación de las acciones inseguras, identificación de factores contributivos y por último las recomendaciones y plan de acción.

- **Acta que evidencie análisis realizado:** Se elaborara un acta del caso analizado que contenga el resultado de las actividades realizadas.
- **Se deberá plasmar en el Formato individual de seguimiento a eventos adversos (FRP- 046),** las acciones inseguras, factores contributivos, barreras de seguridad, responsable de la barrera, fecha de cumplimiento.

- **El seguimiento** se realizara de igual manera que en la metodología de Árbol de problema y la verificación del cumplimiento de los planes de mejora se plasmara en formato individual de seguimiento a eventos adversos+(FRP-046).

6. CONCLUSIONES

- Se realizó la planeación del Programa de Seguridad del Paciente con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Se asesoró a la alta gerencia en la construcción de la política de seguridad del paciente y la elaboración de las actas de conformación del equipo funcional y el comité de seguridad del paciente.
- Se capacitó a los integrantes del equipo funcional y el comité de seguridad del paciente en las funciones que deben desempeñar.
- Se definieron los mecanismos para sensibilizar y capacitar a los funcionarios del Hospital San Rafael de Andes en los temas de seguridad del paciente definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Se elaboró el Instructivo para la adopción y/o adaptación de Guías de Práctica Clínica.
- Se diseñó el formato y el procedimiento para el reporte de Fallas de Calidad en la Atención en Salud.
- Se definió el sistema de Análisis de Causas de Fallas de Calidad en la Atención en salud y la Gestión de las mismas.
- Se diseñaron los formatos para el Análisis de Causas de Fallas de Calidad en la Atención en salud y la Gestión de las mismas.
- Se construyeron las fichas técnicas de los indicadores con los cuales se realizará el seguimiento al Programa de Seguridad del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, 55 Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención en Salud: Seguridad del Paciente. [internet]. Disponible en: www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/I_Conferencia/06_doc_asamblea_oms.pdf
2. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. 10 datos sobre seguridad del paciente - Cifras y datos; [pantalla 2 y 3]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
3. Organización Mundial de la Salud. La Investigación en Seguridad del Paciente [Internet]. 2008. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
4. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf
5. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. Disponible en : http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
6. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud [Internet]. Disponible en : http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
7. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en Colombia [internet]. 2008. Disponible en :

- <http://www.acreditacionesensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Programas y Proyectos, Seguridad del Paciente; 2007. Las Soluciones de Seguridad del Paciente [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
 9. Restrepo P FR, Ministerio de Salud y la Protección Social, La Seguridad del Paciente y el Seguimiento a los Riesgos [internet]. Disponible en: <ftp://host200.14.46.101.merca.net.co/sogc/fscommand/pdfs/Francisco%20Raul%20Restrepo.pdf>
 10. Schiolier T, Lipezak H, Poderse BL et al. Danish adverse events study. Incidence and adverse effects in hospitals. A retrospective study of medical records, Ugeskr laeger 2001; 163:5370-8.
 11. World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneve: World Health Organization, 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
 12. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad [internet]. 2007. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pautas%20de%20Auditoria%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Calidad%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud.pdf#search=pautas%2520de%2520auditoria>
 13. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios Unidad Sectorial de Normalización. Guía Técnica %Buenas Practicas por la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud+ [internet]. 2010. Disponible en : <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF#search=seguridad%2520del%2520paciente%2520y%2520seguimiento%2520a%2520riesgos>
 14. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 1441 de 2013 por el cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, la cual adopta los Manuales de Estándares de Acreditación [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/DispForm.aspx?ID=2447>

15. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 1441 de 2013 por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones [Internet]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013.pdf
16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria Lista de Chequeo para las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatoria en el Sistema Único de Habilitación [Internet]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatoria.zip](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Lista%20de%20chequeo%20para%20las%20buenas%20pr%C3%A1cticas%20de%20seguridad%20del%20paciente%20obligatoria.zip)
17. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 8430 de 1993 por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Internet]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf

ANEXOS

Tabla 13 INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CÓDIGO DEL INDICADOR	DRP-010
NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de funcionarios capacitados en los temas de seguridad del paciente definidos en el periodo.
APROBADO POR	Gerente
FECHA DE ACTUALIZACION	24 de septiembre de 2014
OBJETIVO DEL INDICADOR	Conocer la cobertura de las capacitaciones realizadas en la institución con el fin de formular planes mejorar.
ATRIBUTO DE CALIDAD	Cobertura
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de funcionarios capacitados en el periodo}}{\text{Total de colaboradores programados para la capacitación en el periodo}} \times 100$
METAS DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: > 90% ACEPTABLE: 70 - 90 NO CUMPLIDA: < 70%
FUENTE DEL NUMERADOR	<p>NUMERADOR</p> <p>Para el cálculo global: corresponde al número de funcionarios que asistieron a las capacitaciones programadas. Este valor aparece en el Consolidado de necesidades de soluciones de capacitación, bajo la columna PERSONAL CAPACITADO, frente a la fila TOTALES.</p> <p>Para el Cálculo desagregado:</p> <p>Todo el personal: corresponde al número de funcionarios que asistieron a las capacitaciones programadas para todo el personal. Este valor aparece en el Consolidado de necesidades de soluciones de capacitación, bajo la columna PERSONAL CAPACITADO, frente a la fila TOTAL de la columna SERVICIO O GRUPO PROFESIONAL correspondiente a TODO EL PERSONAL.</p> <p>Por Servicios: corresponde al número de funcionarios que asistieron a las capacitaciones programadas por servicio. Este valor aparece en el Consolidado de necesidades de soluciones de capacitación, bajo la columna PERSONAL CAPACITADO, frente a la fila TOTAL de la columna SERVICIO O GRUPO PROFESIONAL correspondiente a cada uno de los servicios.</p>

FUENTE DEL DENOMINADOR	<p>DENOMINADOR: Para el Cálculo Global: corresponde al total de funcionarios programados para las capacitaciones. Este valor aparece en el Consolidado de necesidades de soluciones de capacitación, debajo de la columna TOTAL de la POBLACIÓN OBJETO POR NIVEL, al frente de la columna TOTAL de la POBLACIÓN OBJETO POR NIVEL, al frente de la fila TOTAL de la columna SERVICIO O GRUPO PROFESIONAL correspondiente a todo el personal.</p> <p>Para el Cálculo desagregado: Todo el personal: corresponde al total de funcionarios de la institución. Este valor aparece en el Consolidado de necesidades de soluciones de capacitación, debajo de la columna TOTAL de la POBLACIÓN OBJETO POR NIVEL, al frente de la fila TOTAL de la columna SERVICIO O GRUPO PROFESIONAL correspondiente a todo el personal.</p> <p>Por Servicios: corresponde al total de funcionarios programados a las capacitaciones por servicio. Este valor aparece en el Consolidado de necesidades de soluciones de capacitación, debajo de la columna TOTAL de la POBLACIÓN OBJETO POR NIVEL, al frente de la fila TOTAL de la columna SERVICIO O GRUPO PROFESIONAL correspondiente a cada uno de los servicios.</p>
TENDENCIA DEL INDICADOR	Creciente
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	Por servicios
CRITERIOS DE EXCLUSION NUMERADOR	No aplica
CRITERIOS DE EXCLUSION DENOMINADOR	No aplica
FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN	Mensual
FRECUENCIA DE ANÁLISIS	Trimestral
RESPONSABLE DE LA GENERACION DE LOS DATOS	Lideres de procesos
RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y ANALISIS DE LOS DATOS	Líder de Talento Humano
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Comité Técnico

Fuente: Autoría de los investigadores

CÓDIGO DEL INDICADOR	DRH-002
NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de funcionarios capacitados que obtuvieron una calificación en la evaluación de 4 o más.
APROBADO POR	Gerente
FECHA DE ACTUALIZACION	24 de septiembre de 2014
OBJETIVO DEL INDICADOR	Conocer el grado de conocimiento adquirido por el personal durante las capacitaciones.
ATRIBUTO DE CALIDAD	Eficacia
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de funcionarios capacitados que obtuvieron una calificación en la evaluación de 4 o más}}{\text{Total de funcionarios capacitados y evaluados}} \times 100$
METAS DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: > 90% ACEPTABLE: 70 - 90 NO CUMPLIDA: < 70%

FUENTE DEL NUMERADOR	<p>NUMERADOR</p> <p>Para el cálculo global: corresponde al número de funcionarios capacitados en la totalidad de servicios de la institución que obtuvieron una calificación en la evaluación de 4 o más. Este valor aparece en el Consolidado de evaluación al plan de capacitaciones, bajo la columna PERSONAL evaluado satisfactoriamente, frente a la fila TOTAL.</p> <p>Para el Cálculo desagregado: Por Servicios: corresponde al número de funcionarios capacitados por servicio que obtuvieron una calificación en la evaluación de 4 o más. Este valor aparece en el Consolidado de evaluación al plan de capacitaciones, bajo la columna PERSONAL evaluado satisfactoriamente, frente a la fila de cada servicio.</p>
FUENTE DEL DENOMINADOR	<p>Para el cálculo global: corresponde al número de funcionarios capacitados y evaluados en la totalidad de servicios de la institución. Este valor aparece en el Consolidado de evaluación al plan de capacitaciones, bajo la columna PERSONAL evaluado, frente a la fila TOTAL.</p> <p>Para el Cálculo desagregado: Por Servicios: corresponde al número de funcionarios evaluados por servicio. Este valor aparece en el Consolidado de evaluación al plan de capacitaciones, bajo la columna PERSONAL evaluado, frente a la fila de cada servicio.</p>
TENDENCIA DEL INDICADOR	Creciente
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	Por servicios
CRITERIOS DE EXCLUSION NUMERADOR	Personal que no halla asistido a las capacitaciones
CRITERIOS DE EXCLUSION DENOMINADOR	Personal que no halla asistido a las capacitaciones
FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN	Mensual
FRECUENCIA DE ANÁLISIS	Trimestral
RESPONSABLE DE LA GENERACION DE LOS DATOS	Líderes de procesos
RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y ANALISIS DE LOS DATOS	Líder de Talento Humano
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Comité técnico

Fuente: Autoría de los investigadores

CÓDIGO DEL INDICADOR	DRP-008
NOMBRE DEL INDICADOR	Índice de evento adversos prevenibles asociados a la atención en salud.
APROBADO POR	Gerente
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	24 de septiembre de 2014
OBJETIVO DEL INDICADOR	Realizar seguimiento a la seguridad en la prestación de los servicios con el fin de evitar la ocurrencia de eventos adversos.
ATRIBUTO DE CALIDAD	Seguridad
FORMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Número de evento adversos prevenibles asociados a la atención en salud}}{\text{Total de usuarios atendidos}} \times 100$
METAS DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: < 2% ACEPTABLE: 2% - 4% NO CUMPLIDA: >4%
FUENTE DEL NUMERADOR	<p>Numerador Para el cálculo global: corresponde al número de eventos adversos, que luego de ser analizados por el comité de seguridad del paciente, fueron clasificados como eventos adversos prevenibles asociados a la atención en salud, siguiendo las directrices del Ministerio de la Protección social. Este valor se encuentra en el consolidado de eventos adversos, bajo la columna total de eventos adversos, al frente de la fila total, para el periodo objeto de medición.</p> <p>Para el cálculo desagregado por servicios: corresponde al número de eventos adversos, que luego de ser analizados por el comité de seguridad, fueron clasificados como eventos adversos prevenibles asociados a la atención en salud en cada uno de los servicios donde aplica. Este valor se encuentra en el consolidado de eventos adversos de los diferentes servicios, debajo de la columna total de eventos adversos, al frente de la fila correspondiente a cada servicio, para el periodo objeto de medición.</p> <p>Por Tipo de evento adverso: corresponde al número de eventos adversos, que luego de ser analizados por el comité de seguridad del paciente, fueron clasificados como eventos adversos prevenibles asociados a los diferentes tipos de a la atención en salud, siguiendo las directrices del Ministerio de la Protección social. Este valor se encuentra en el consolidado de eventos adversos, bajo la columna de cada uno de los tipos de eventos adversos, al frente de la fila total, para el periodo objeto de medición.</p>
FUENTE DEL DENOMINADOR	<p>DENOMINADOR: Para el cálculo global: corresponde al total de usuarios atendidos en la institución. Este valor aparece en el informe de producción, bajo la columna total de usuarios atendidos, para el periodo objeto de medición.</p> <p>Para el cálculo desagregado por servicios: corresponde al total de egresos de cada uno de los servicios. Este valor aparece en el informe de producción, frente a la fila correspondiente a cada servicio donde aplique, para el periodo objeto de medición.</p>
TENDENCIA DEL INDICADOR	Decreciente
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	Por servicio y tipo de evento adverso.
CRITERIOS DE EXCLUSION NUMERADOR	Eventos adversos, que luego de ser analizados por el comité de seguridad del paciente, no sean clasificados como eventos adversos prevenibles asociados a la atención en salud.
CRITERIOS DE EXCLUSION DENOMINADOR	No aplica
FRECUENCIA DE RECOLECCIÓN	Mensual
FRECUENCIA DE ANÁLISIS	Mensual

RESPONSABLE DE LA GENERACION DE LOS DATOS	Comité de seguridad del paciente
RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y ANALISIS DE LOS DATOS	Comité de seguridad del paciente
RESPONSABLE DE LA TOMA DE DECISIONES	Comité técnico

Fuente: Autoría de los investigadores

Nombre	Proporción de vigilancia de Eventos adversos
Código	I.3.3
Justificación	<p>La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos.</p> <p>Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles</p> <p>Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.</p>
Dominio	3. Gerencia del Riesgo

Numerador	Número total de eventos adversos detectados y gestionados
Denominador	Número total de eventos adversos detectados
Unidad de medición	Relación porcentual
Factor	100
Fórmula de cálculo	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal


	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos
Periodicidad recomendada (no obligatoria)	Continua	

de generación de la información	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS
Vigilancia y control	Entidad Territorial - Superintendencia Nacional de Salud

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
Umbral de desempeño NO aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		


Fuente: Resolución 1446 de 2004 Anexo Técnico

Tabla 15 FORMATO MATRIZ DE CAUSAS

 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES						
MATRIZ DE CAUSAS						
						FMA-025.v01.03/08/2007
PROBLEMA, NO CONFORMIDAD O MODO DE FALLA	PRIMER PORQUÉ	SEGUNDO PORQUÉ	TERCER PORQUÉ	CUARTO PORQUÉ	QUINTO PORQUÉ (CAUSA RAIZ)	ACCION DE MEJORAMIENTO PROPUESTA


Fuente: Procedimiento para las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Tabla 16. MATRIZ DE ACEPTACION DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES						
	MATRIZ DE ACEPTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO					
					FMA-026.v01.03/08/2007	
ACCIÓN DE MEJORAMIENTO PROPUESTA	COSTO (SE SOLUCIONA CON LOS RECURSOS DISPONIBLES)	TIEMPO (TIENE SOLUCIÓN A CORTO PLAZO)	EFICACIA (FACTIBILIDAD DE MEJORES RESULTADOS)	MEJORA LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	TOTAL	PRIORIZACIÓN
	1	2	3	4	1x2x3x4	

Fuente: Procedimiento para las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Tabla 18. FORMATO INDIVIDUAL DE SEGUIMIENTO A EVENTOS ADVERSOS

	FORMATO INDIVIDUAL DE SEGUIMIENTO A EVENTOS ADVERSOS	FRP-046.v07.23/10/2014
---	---	------------------------


El análisis se llevara a cabo con la metodología del protocolo de Londres. El Plan de Mejoramiento debe ser diligenciado en conjunto con el Responsable del Proceso. Recuerde **NO NECESARIAMENTE** el Plan de mejoramiento va enfocado a quien reporta sino al Proceso, Procedimiento o individuo involucrado, con el propósito de mejorar cada día nuestros servicios.

ANÁLISIS Y PLAN DE MEJORAMIENTO				
Fecha del análisis:		Proceso o Servicio Involucrado:		
ACCIONES INSEGURAS	FACTORES CONTRIBUTIVOS	BARRERAS DE SEGURIDAD	RESPONSABLE DE LA BARRERA DE SEGURIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO

Firma Responsable del Proceso: _____

Fuente: Autoría de investigadores

Tabla 19 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

	FORMATO INDIVIDUAL DE SEGUIMIENTO A EVENTOS ADVERSOS	FRP-046.v07.23/10/2014
---	---	------------------------

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO (Para ser diligenciado por el Líder del Proceso o Equipo Auditor)				
Fecha:	Proceso Involucrado:			
ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	MECANISMO DE VERIFICACIÓN	ESTADO ACTUAL		
		REVISION 1 Fecha:	REVISION 2 Fecha:	REVISION 3 Fecha:
Responsable de Verificar Cumplimiento:		Firma	Firma	Firma

Fecha de cierre del seguimiento: _____

Fuente: Autoría de investigadores