

**AUDITORIA AL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE EN LA CLÍNICA PIEDECUESTA EN EL DEPARTAMENTO DE  
SANTANDER.**

**Autoras**

**DORA CAROLINA CACERES SIZA  
ANDREA SANTOS RODRIGUEZ  
EDITH CONSUELO SANTISTEBAN MUÑOZ**

**UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD  
GRUPO DE INVESTIGACION OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA LINEA  
DE INVESTIGACION AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD  
BUCARAMANGA  
2015**

**AUDITORIA AL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE EN LA CLÍNICA PIEDECUESTA EN EL DEPARTAMENTO DE  
SANTANDER.**

**Autoras**

**DORA CAROLINA CACERES SIZA  
ANDREA SANTOS RODRIGUEZ  
EDITH CONSUELO SANTISTEBAN MUÑOZ**

**Asesora**

**Dra. AMPARO RUEDA DE CHAPARRO  
Docente de Cátedra Universidad CES-UNAB**

**Trabajo de grado para optar el  
Título de Especialista en Auditoria en salud.**

**UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD  
LINEA DE INVESTIGACION OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA  
AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD  
BUCARAMANGA  
2015**

## TABLA DE CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| LISTA DE SIGLAS .....   | 6  |
| LISTA DE TABLAS .....   | 6  |
| GLOSARIO .....  | 9  |
| RESUMEN.....  | 15 |
| ABSTRACT.....   | 16 |
| 1.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....   | 17 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....  | 17 |
| 1.2 JUSTIFICACION.....  | 19 |
| 1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION .....   | 21 |
| 2. MARCO TEORICO .....  | 22 |
| 2.1 MARCO LEGAL .....   | 22 |
| 2.1.1 Decreto N° 1011 De 2006: .....  | 22 |
| 2.1.2 Resolución 1446 De 2006: .....  | 23 |
| 2.1.3 Resolución 2003 de 2014: .....  | 23 |
| 2.2 MARCO REFERENCIAL.....  | 24 |
| 2.2.1 Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del<br>Paciente:.....           | 24 |
| 2.2.2 Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la<br>Atención en Salud:: ..... | 27 |
| 2.2.3 Paquetes Instruccionales: .....   | 28 |
| 2.2.4 Lista de Chequeo de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente<br>obligatorias : .....     | 30 |

|  |    |
|--|----|
| 2.2.4.1 Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos:..... | 31 |
| 3.OBJETIVOS.....   | 40 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL.....  | 40 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....   | 40 |
| 4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....  | 41 |
| 4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO.....  | 41 |
| 4.2 TIPO DE ESTUDIO.....   | 41 |
| 4.3 UNIVERSO.....  | 41 |
| 4.4 MUESTRA.....   | 42 |
| 5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....   | 43 |
| 5.1 TABLA DE VARIABLES.....  | 43 |
| 6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....   | 49 |
| 6.1 FUENTES DE INFORMACIÓN.....  | 49 |
| 6.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....   | 49 |
| 6.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....  | 50 |
| 6.4 CONTROL DE ERRORES Y SEGOS:.....   | 50 |
| 6.4.1 Sesgos por distracción:.....   | 50 |
| 6.4.2 Sesgo por percepción:.....   | 50 |
| 6.4.3 Sesgo operacional:.....  | 51 |
| 6.4.4 Sesgo por falta de respuestas:.....  | 51 |
| 7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....  | 52 |
| 8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....   | 53 |

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 9. RESULTADOS .....             | 55 |
| 10. CONCLUSIONES .....          | 62 |
| 11. RECOMENDACIONES.....        | 66 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 72 |

## LISTA DE SIGLAS

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.

**SOGCS:** Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**EAPB:** Empresa Administradora de Planes de Beneficios.

**EA:** Evento Adverso

**AMFE:** Análisis modal de fallos y efectos

**UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

## LISTA DE TABLAS

|   | Pág |
|---|-----|
| <b>Tabla 1.</b> Operacionalización de las variables.  | 43  |
| <b>Tabla 2.</b> Escala de calificación cumplimiento de la política de seguridad<br>Del paciente en la Ips clínica Piedecuesta (Santander) | 52  |

## LISTA DE ANEXOS

|   | Pág |
|---|-----|
| <b>ANEXO 1.</b> Lista de verificación cumplimiento política de seguridad del Paciente   | 74  |
| <b>ANEXO 2.</b> Ficha técnica de indicador proporción de criterios Cumplidos en la implementación de la política de seguridad del paciente. | 95  |
| <b>ANEXO 3.</b> Indicadores para evaluar la implementación de la política de Seguridad del paciente en la Ips                               | 97  |
| <b>ANEXO 4.</b> Entrevista aplicada a usuarios, sobre la política de seguridad Del paciente.  | 102 |
| <b>ANEXO 5.</b> Entrevista aplicada a personal asistencial.   | 103 |
| <b>ANEXO 6.</b> Consentimiento informado para realización de la Auditoria al cumplimiento de la política de seguridad del paciente.         | 104 |

## GLOSARIO

**ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO<sup>1</sup>:** 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.

**ATENCIÓN EN SALUD<sup>2</sup>:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD<sup>3</sup>:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios.

---

<sup>1</sup> MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA, Resolución 0112 de 2012 - Documentos de apoyo 2.pdf [en línea]. [consultado el 5 de mayo de 2015]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Pagina404.aspx?requestUrl=https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf>

<sup>2</sup> *Ibíd.*, p. 14

<sup>3</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, COLOMBIA, DECRETO 1011 DE 2006.pdf [en línea]. [consultado 2015 Oct 1]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

**BARRERA DE SEGURIDAD<sup>4</sup>**: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD<sup>5</sup>**: Se entiende 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.

**COMPLICACIÓN<sup>6</sup>**: 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.

**CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE<sup>7</sup>**: Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individual y grupal que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución.

**EVENTO ADVERSO<sup>8</sup>**: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

**EVENTO ADVERSO PREVENIBLE<sup>9</sup>**: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

---

<sup>4</sup> MINISTERIO DE SALUD Op.cit, p.15

<sup>5</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL Op. Cit, P 2

<sup>6</sup> MINISTERIO DE SALUD Op.cit, p. 15

<sup>7</sup> Ibíd., P 9

<sup>8</sup> Ibíd., P 14

<sup>9</sup> Ibíd., P 14

**EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE<sup>10</sup>**: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

**EVENTO ADVERSO TRAZADOR<sup>11</sup>**: Son aquellos eventos a los cuales la Institución (prestadora o administradora de planes de beneficios) debe prestar mayor atención a fin de evitarlos. Algunos de ellos fueron contemplados por el Ministerio de la Protección Social en la Resolución 1446 de 2006.

**FACTORES CONTRIBUTIVOS<sup>12</sup>**: Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son: Paciente, tarea y tecnología, individuo, equipo de trabajo, ambiente, organización y gerencia, y contexto institucional.

**FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD<sup>13</sup>**: 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.

**FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS<sup>14</sup>**: Son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre

---

<sup>10</sup> MINISTERIO DE SALUD Op.cit, p.15

<sup>11</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores Calidad Resolución 1446 de 2006 [Internet]. [Cited 2015 Oct 1]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Indicadores-Calidad-Resoluci%C3%B3n-1446-de-2006.asp>

<sup>12</sup> MINISTERIO DE SALUD Op.cit, p. 20

<sup>13</sup> Ibíd., P 14

<sup>14</sup> Ibíd., P 14

durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.

**FALLAS LATENTES<sup>15</sup>:** Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo. Se consideran fallas latentes, los factores de la organización y gerencia y los del contexto institucional, que pueden directamente generar un evento adverso o convertirse en factores que contribuyen a la presencia de fallas activas o acciones inseguras.

**INCIDENTE<sup>16</sup>:** 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<sup>17</sup>:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE<sup>18</sup>:** Define las estrategias y metas específicas lideradas por el SOGC, con el fin de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

---

<sup>15</sup> MINISTERIO DE SALUD Op.cit, p.15

<sup>16</sup> *Ibíd.*, P 15

<sup>17</sup> *Ibíd.*, P 14

<sup>18</sup> *Ibíd.*, P 20

**PRÁCTICA SEGURA<sup>19</sup>**: Barrera de seguridad para reducir y en lo posible eliminar los eventos adversos o mitigar sus consecuencias.

**RIESGO<sup>20</sup>**: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS<sup>21</sup>**: 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.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE<sup>22</sup>**: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO<sup>23</sup>**: 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.

---

<sup>19</sup> MINISTERIO DE SALUD Op.cit, p.20

<sup>20</sup> *Ibíd.*, P 15

<sup>21</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL Op. Cit, P 2

<sup>22</sup> *Ibíd.*, P 14

<sup>23</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Guía Buenas Practicas Seguridad del Paciente en la Atención en Salud [en línea]. [Cited 2015 May 6]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

**VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD<sup>24</sup>**: Son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

---

<sup>24</sup> MINISTERIO DE SALUD Op.cit, p.1

## RESUMEN

**Introducción:** La política de Seguridad del Paciente, demuestra en forma explícita como la alta dirección de la IPS se compromete con la seguridad del paciente durante la atención en salud. Su formulación correcta acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, la divulgación, su implementación a través de las diferentes estrategias y barreras descritas en las buenas prácticas de seguridad del paciente que son obligatorias, ayuda a prevenir, reducir y en lo posible eliminar los eventos adversos evitables. En el presente trabajo se verificó el cumplimiento de la política de seguridad del paciente en la Clínica Piedecuesta de Santander.

**Métodos:** Se realizó Auditoría al cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente, a través de la evaluación de cada uno de los criterios definidos por el equipo investigador, tomados de los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de las diferentes Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, actualizadas por el ente gubernamental en el 2014.

**Resultados:** Se midió la Proporción de criterios cumplidos en la implementación de la política institucional de seguridad del paciente y la proporción de criterios cumplidos en cada una de las buenas prácticas que aplican a la Clínica según su ámbito de acción.

**Conclusiones:** La Clínica cumple solamente con el 18% de los criterios definidos en la Política de Seguridad del Paciente Institucional, teniendo en cuenta los lineamientos de la política de seguridad del paciente de Colombia, que establece el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Lista de Chequeo Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, 2014, lo cual exige un trabajo minucioso con la participación de la alta dirección, los coordinadores de servicios, líderes de procesos, personal asistencial así como usuarios y su acompañante para mejorar la seguridad del paciente durante la atención en salud.

**Palabras claves:** Seguridad del paciente, Política de Seguridad del Paciente, atención segura, evento adverso.

## ABSTRACT

**Background:** Patient Safety policy, as explicitly demonstrated in the senior management of the IPS is committed to patient safety in health care. Correct formulation according to the guidelines of the Ministry of Health and Social Protection, dissemination, implementation through different strategies and barriers described in the good practices of mandatory patient safety, help prevent, reduce and where is possible eliminate preventable adverse events.

In this paper was verified the implementation of patient safety policy in Piedecuesta Santander Clinic.

**Methods:** We performed audit compliance with the Patient Safety Policy, through the evaluation of each of the criteria defined by the research team, taken from the guidelines of the Ministry of Health and Social Protection and the different Good Practices Patient Safety being updated by the government in 2014.

**Results:** It was measured the proportion of compliments on the implementation of the institutional policy of patient safety and the proportion of compliments on each of the good practices that apply to the clinical picture according to its scope criteria measured criteria.

**Conclusions:** The clinical meets only 18% of the criteria defined in the security policy of the Institutional patient, taking into account the guidelines of patient safety policy of Colombia, which establishes the Ministry of Health and Social Protection, in the Good Practice Checklist for Patient Safety, 2014, which requires a thorough job with the participation of senior management, service coordinators, leaders of processes, as well as caregivers and guest users to improve patient safety for health care.

**Keywords:** Patient Safety, Patient Safety Policy, safe care, adverse event.

## FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS en su 57<sup>a</sup> asamblea mundial de la salud, celebrada en el 2004, acordó crear la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo así como promover esfuerzos mundiales dirigidos a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS, con el lema *“ante todo no hacer daño”*; para ello definió cinco dominios de acción: a) servicios limpios son servicios seguros, que se orienta al estudio y control de las infecciones adquiridas en el hospital; b) pacientes por la seguridad de los pacientes, que estimula la movilización y apropiación de la seguridad por los mismos pacientes; c) taxonomía de la seguridad del paciente, relacionado con la estandarización de los conceptos empleados; d) investigación, y e) informando y aprendiendo, que apunta al aprovechamiento de las lecciones aprendidas. Hizo especial énfasis en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención en salud<sup>25</sup>.

Colombia, por ser estado miembro de la Alianza Mundial se adhirió a las diferentes estrategias definidas para la seguridad del paciente en las prácticas clínicas y con ello mejorar sustancialmente la calidad de la atención en salud en todas las instituciones prestadoras de servicios en salud, con el fin de minimizar

---

<sup>25</sup> GARCÍA-BARBERO, Milagros, LA ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, Barcelona, España, 2004. [Consultado el 22 Mayo 2015] Disponible en [http://www.codeinep.org/alianza\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.codeinep.org/alianza_seguridad_paciente.pdf)

los riesgos, prevenir daños o lesiones y aprender de los errores para que no se repitan.<sup>26</sup>

Varias prácticas para la seguridad del paciente fueron definidas como obligatorias para las IPS de baja, mediana y alta complejidad, y, los profesionales independientes. La primera de ellas es, «Contar con un Programa de Seguridad del Paciente», documentado, socializado y evaluado, que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

Este programa, debe ser implementado por los prestadores, abordando los siguientes aspectos: Planeación o Plataforma Estratégica de la Seguridad del Paciente que incluye la existencia de una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia, la conformación del equipo referente o funcional para gestionar la seguridad del paciente y la conformación del Comité de Seguridad del Paciente para el análisis y gestión de los eventos adversos; el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, el reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos y el desarrollo de procesos seguros.

El objetivo de la Política de Seguridad del Paciente<sup>27</sup> es prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

---

<sup>26</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Guía Buenas Prácticas Seguridad del Paciente en la Atención en Salud [en línea]. [Cited 2015 May 6]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

<sup>27</sup> Ibid.

La Clínica Piedecuesta ubicada en el departamento de Santander, ha desarrollado algunas actividades en seguridad del paciente pero no se ha evaluado el cumplimiento de la política de seguridad del paciente, ni se conoce cuales mecanismos y estrategias deben implementarse para asegurar el logro del objetivo que se propone.

## **1.2 JUSTIFICACION**

En 2008 el Ministerio de Salud de Colombia<sup>28</sup>, impulsó la Política de Seguridad del Paciente y una Guía técnica de buenas prácticas en seguridad, y, posteriormente elaboró unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica, con el propósito de prevenir y en lo posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos que afectaran la seguridad del paciente, objetivo fundamental de la Política.

Posteriormente, el componente de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, definió como condición mínima técnico científica, la implementación de programas de seguridad del paciente por parte del prestador así como de diez (10) de las buenas prácticas para la seguridad del paciente definidas como prioritarias según el ámbito de acción.

En esta Resolución<sup>29</sup> la comprensión de la Política Nacional de Seguridad del Paciente y sus lineamientos, el diseño e implementación, y, de los componentes fundamentales del Programa Institucional de Seguridad del Paciente, así como de

---

<sup>28</sup> MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA, Resolución 0112 de 2012 - Documentos de apoyo 2.pdf [en línea]. [consultado el 5 de mayo de 2015]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Pagina404.aspx?requestUrl=https://www.minsalud.gov.co/Normalidad/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf>

<sup>29</sup> *Ibíd.*

las actividades clínicas relacionadas, implementadas de manera sistémica, rigurosa y constante en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben llevar a la disminución de lesiones o daños en el paciente, no intencionales, durante la atención.

Lo anterior, implica entre otras cosas la creación de conciencia de la importancia de la seguridad del paciente y el mejoramiento de sus competencias en el personal para la implementación de la formulación, implementación, medición de su cumplimiento y desarrollo de acciones de mejora, dirigidas a para mejorar la seguridad del paciente. De otra parte, el diseño de procesos y procedimientos enfocados hacia la promoción de una atención en salud segura, la identificación de los riesgos en la atención en salud brindada a los pacientes en los diferentes servicios, su priorización e intervención, la definición de procesos asistenciales seguros, la educación a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos, la aplicación de las practicas seguras obligatorias, el reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos, como lo establece la Resolución 2003 de 2014<sup>30</sup>, facilitando de esta manera la implementación de la política formulada y la ejecución de barreras y defensas (prácticas seguras) que disminuyan la probabilidad de la presencia del error y por consiguiente la ocurrencia de eventos adversos evitables.

No se conoce si las acciones que ha desarrollado la Clínica de Piedecuesta al interior de la institución, en la implementación de la Política de Seguridad del

---

<sup>30</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Resolución 2003 de 2014.pdf [Internet]. [Consultado el 2015 Jul 12]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

Paciente, garantizan el cumplimiento de todas las condiciones requeridas y su efectividad en la disminución de los eventos adversos.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿La Clínica Piedecuesta del departamento de Santander cumple con el objetivo planteado en la política de seguridad del paciente formulada en el año 2008?

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 MARCO LEGAL**

La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud y existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos, muchos de ellos prevenibles.

#### **2.1.1 Decreto N° 1011 De 2006:**

Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y las disposiciones se aplican a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

En el artículo 3. determina las características de calidad y establece que las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad. Así mismo, define 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-

**2.1.2 Resolución 1446 De 2006:**<sup>31</sup> por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de Monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y la vigilancia de eventos adversos.

Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos así como la Proporción de Vigilancia de los detectados. Si el objetivo de la Política de Seguridad del Paciente es prevenir, reducir y en lo posible eliminar los eventos adversos, estos indicadores permiten hacer el seguimiento a la política, a las estrategias y acciones que la Institución ha desarrollado e implementando y su comportamiento indicará la efectividad de la misma.

**2.1.3 Resolución 2003 de 2014:**<sup>32</sup> Mediante esta resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social, definió los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. En el Estándar 5. Procesos Prioritarios, definió como requisito la existencia,

---

<sup>31</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores Calidad Resolución 1446 de 2006 [Internet]. [Cited 2015 Oct 1]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Indicadores-Calidad-Resoluci%C3%B3n-1446-de-2006.aspx>

<sup>32</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Resolución 2003 de 2014.pdf [Internet]. [Consultado el 2015 Jul 12]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios y los criterios obligatorios y mínimos para toda institución prestadora de servicios de salud objeto de habilitación y, dentro de éste, se encuentra explícito el Programa de Seguridad de Paciente. Adicional la resolución, documentó los Paquetes Instruccionales con recomendaciones para la implementación de las Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, obligatorias para las IPS, dirigidas a mejorar la calidad de la atención en salud, con enfoque de seguridad.

## **2.2 MARCO REFERENCIAL**

**2.2.1 Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente:** En el año 2008 el Ministerio de la Protección Social brindó unos lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, como política institucional, en los cuales describió la estrategia para su despliegue, de una forma sistémica, y a través de herramientas prácticas que permitan abordar las distintas acciones encaminadas a minimizar los riesgos en la prestación de los servicios de salud, para el mejoramiento de la seguridad del paciente. A través de ella, la alta gerencia debe demostrar su compromiso para promover una transformación hacia una cultura de seguridad y alcanzar un entorno seguro.

Los propósitos de la política de seguridad del paciente deben estar definidos claramente y pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: Cultura justa, educativa y no punitiva, pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.

- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar al personal para la seguridad del paciente.<sup>33</sup>

Además de los propósitos, en la formulación de la política, la institución debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, abordando unos de los siguientes temas:

- Creación de un sistema de reporte de incidente y evento adverso.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.
- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismo de difusión, capacitación y entrenamiento.
- Homologar conceptos y definición claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se construirá una alianza con el paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.
- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

De otra parte, el resultado de los reportes de notificación de eventos adversos no debe tomarse como único evaluador de incremento o disminución de dichos fenómenos en la institución; debe realizarse además el análisis de ocurrencia con intervalos periódicos que midan su incidencia y prevalencia de ocurrencia.

---

<sup>33</sup> MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA, Resolución 0112 de 2012 - Documentos de apoyo 2.pdf [en línea]. [consultado el 5 de mayo de 2015]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Pagina404.aspx?requestUrl=https://www.minsalud.gov.co/Normalidad/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf>

Los sistemas de reporte<sup>34</sup> para la detección de ocurrencia de eventos adversos que se implementen deberán tener como finalidad el aprendizaje para generar barreras de seguridad, que permitan realizar un claro análisis causas y que conlleve a identificar los factores de riesgos que están bajo la institución. Es esencial proteger la confidencialidad y la intimidad.

Aunque en diversas ocasiones ante un indicio de evento o incidente adverso se puede identificar las fallas inmediatas que se dieron para su ocurrencia, se requiere de un análisis más profundo y detallado que deja en evidencia una serie de errores conducentes a su presentación, las metodologías que obedecen a un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado son el protocolo de Londres<sup>35</sup>, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz, el modo de falla y efecto (AMFE) y otros.

La institución debe definir protocolos para el manejo del paciente y su familia ante la presentación de un evento adverso:

- Educar al paciente y su familia para que indague acerca de su enfermedad y se involucre en el autocuidado.

---

<sup>34</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA. Guía Buenas Practicas Seguridad del Paciente en la Atención en Salud [en línea]. [Cited 2015 May 6]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

<sup>35</sup> ADAMS T Sally, VINCENT Charles. Protocolo de Londres. Incidentes Clinicos.pdf Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK. Adoptado por el Ministerio de Salud: 1-10 [en línea]. [consultado el 24 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO\\_DE\\_LONDRES\\_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf)

- Promover a la participación del paciente y su familia como un integrante activo en la prevención de incidentes o eventos adversos.
- Sembrar en el personal la idea de hacer partícipe al paciente en el momento que ocurra un evento adverso.

Cuando ocurre un EA el manejo debe estar orientado a no negar la ocurrencia al paciente, acompañarlo y definir que se le explica, quien, como y cuando; resarcir el daño, ofrecerle excusas si el caso lo amerita.<sup>36</sup>

### **2.2.2 Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud:**

En el año 2010, el Ministerio de la Protección Social, estableció las recomendaciones que pueden tener en cuenta las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos que buscan:

- Obtener procesos institucionales seguros
- Obtener procesos asistenciales seguros
- Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

Se considera que cualquier institución que implemente las recomendaciones técnicas de esta guía, tendrá una alta probabilidad de proteger a sus pacientes, de acuerdo al perfil de riesgo del país. Cuando fue emitida, las recomendaciones

---

<sup>36</sup> 1MINISTERIO DE SALUD COLOMBIA, Resolución 0112 de 2012 - Documentos de apoyo 2.pdf [en línea]. [consultado el 5 de mayo de 2015]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Pagina404.aspx?requestUrl=https://www.minsalud.gov.co/Normalidad/Resoluci%C3%B2n%20112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf>

fueron consideradas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero a partir del 28 de mayo de 2014, algunas de estas recomendaciones fueron definidas como estándares de habilitación, precisando la obligatoriedad en el Estándar 5 Procesos Prioritarios. Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros.

**2.2.3 Paquetes Instruccionales:** El Ministerio de la Protección Social, en el año 2009, puso a disposición unas herramientas, que son los paquetes instruccionales, dirigidos a facilitar la implementación de buenas prácticas para fortalecer los procesos de atención en salud y brindar servicios con calidad y seguridad a los pacientes. Posteriormente, fueron actualizados en el año 2014 y hasta el momento, el Ministerio de Salud y Protección Social ha presentado veintitrés (23) de ellos actualizados, clasificadas según el grupo al que contribuyan, a contar con Procesos Institucionales Seguros, Procesos Asistenciales Seguros e Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, así:

**Procesos Institucionales Seguros:**

- La seguridad del paciente y la atención segura.
- Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos y monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
- Modelo pedagógico.

**Procesos Asistenciales Seguros:**

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.

- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- Prevenir úlceras por presión.
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
- Prevención de la malnutrición o desnutrición.
- Garantizar la atención segura del binomio madre . hijo.
- Seguridad de la atención de urgencias en población pediátrica.
- Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
- Sistema de reporte de seguridad en la Unidad de Cuidado Intensivo.

**Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales:**

- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
- Prevenir el cansancio del personal de salud.
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Ministerio de Salud. Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud > Prestadores > Seguridad del paciente > Seguridad del Paciente [en línea]. Calidad en salud ministerio de salud

Diez (10) de estos paquetes instruccionales, fueron definidos como de obligatorio cumplimiento según el ámbito de acción de la IPS. De igual manera, otro paquete instruccional no incluido dentro de los diez anteriores, es Garantizar la Funcionalidad del Consentimiento Informado y según el Estándar 6. Historia Clínica, en la Resolución 2003 de 2014<sup>38</sup>, es obligación de la IPS contar con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos, además garantizar mecanismos para verificar su aplicación.

**2.2.4** Lista de Chequeo de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente obligatorias : En el año 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>39</sup> publicó las Buenas Prácticas de Seguridad de Paciente Obligatorias, y dio lineamientos para su desarrollo, implementación, seguimiento y mejoramiento, mediante una lista de chequeo contemplando los siguientes aspectos:

---

Colombia. [consultado el 22 de mayo de 2015]. Disponible en [http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Prestadores/Seguridaddelpaciente/Seguridaddel\\_Paciente.aspx](http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Prestadores/Seguridaddelpaciente/Seguridaddel_Paciente.aspx)

<sup>38</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Resolución 2003 de 2014.pdf [Internet]. [Consultado el 2015 Jul 12]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

<sup>39</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Resolución 2003 de 2014.pdf [Internet]. [Consultado el 2015 Jul 12]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

**2.2.4.1 Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos:** Es la primera buena práctica para contar con procesos institucionales seguros que implica el desarrollo, documentación, implementación y seguimiento a los siguientes aspectos:

a. **Plataforma estratégica:** Evidencia el compromiso de la alta Dirección de forma explícita, a través de una política de seguridad que cumple 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).

La Política de Seguridad del Paciente: en la cual establece la prioridad que representa la seguridad del paciente para la institución, y que debe ser establecida, implementada y armonizada con el direccionamiento estratégico así como socializada y evaluado su conocimiento por parte de los funcionarios.

b. **Fortalecimiento de la cultura institucional.**

Se logra mediante la Promoción de la Cultura de Seguridad, caracterizada por una comunicación interpersonal adecuada basada en la mutua confianza, la percepción compartida de la importancia de la seguridad del paciente, la confianza de la eficacia de las medidas preventivas, el enfoque pedagógico del error como base, ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianidad de la institución, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido; la existencia de un plan de capacitación y recursos para desarrollarlo con el propósito de que los colaboradores no sientan miedo de hablar libremente

de las fallas y por ende realicen el auto reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden.

Implica la socialización del tema básico de Seguridad del paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, definiciones de seguridad del paciente, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos.

Otra estrategia para fortalecer la cultura de seguridad del paciente es favorecer un ambiente educativo que propicie el aprendizaje más que el castigo. Para ello, es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad de la institución mediante la aplicación de la Encuesta de Clima de Seguridad+ para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y después evaluar el impacto de este proceso con una nueva aplicación de la encuesta seis o doce meses después y continuar haciendo el seguimiento correspondiente.

**c. Reporte, medición y análisis de eventos adversos.**

Significa el Sistema de Reporte de Eventos Adversos y Aprendizaje colectivo; la institución debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución, lo cual implica la definición del Proceso para el reporte de eventos adversos, qué se reporta, a quien se le reporta, cómo se reporta, a través de qué medios, cuándo se reporta, cómo se asegura la confidencialidad del reporte, si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros, el proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó así como la estrategia o estrategias para estimular el reporte en la institución. Además, de definir el sistema es fundamental su operación y para ello, primero se debe realizar la sensibilización al personal de salud de un sistema de reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes o eventos adversos.

Para que el reporte sea útil, es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA). La metodología que sugiere el Ministerio de Salud y Protección Social es el "Protocolo de Londres"<sup>40</sup> el cual permite identificar las fallas activas o acciones inseguras, conocer los factores que contribuyeron a su presencia, determinar si hubo fallas latentes y las barreras de seguridad que fallaron. De otra parte, incluye la Gestión de los Eventos Adversos en la cual se definen los planes de mejoramiento o barreras de seguridad en los casos de mayor impacto. Este análisis debe realizarse dentro del marco del comité de seguridad. Se debe precisar cuál será el manejo dado a la lección aprendida, cómo se establecerán barreras de seguridad, cuáles procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento.

**d. Procesos seguros.**

Incluye las siguientes actividades: La valoración del riesgo de procesos asistenciales prioritarios, formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para intervenir los más críticos, el seguimiento a la eficacia y efectividad de las acciones de mejoramiento con indicadores específicos y la revaloración anual de los riesgos; un procedimiento o guía para la adopción o adaptación de guías de práctica clínica para la atención de las patologías de mayor frecuencia en cada servicio así como la ejecución de la adopción o adaptación de éstas según las principales causas de atención por servicios; la documentación, socialización, implementación y evaluación de la adherencia a los procedimientos de enfermería

---

<sup>40</sup> ADAMS T Sally, VINCENT Charles. Protocolo de Londres. Incidentes Clínicos.pdf Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK. Adoptado por el Ministerio de Salud: 1-10 [en línea]. [consultado el 24 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO\\_DE\\_LONDRES\\_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf)

más frecuentes en cada servicio, y la implementación de buenas prácticas de seguridad del paciente, evidenciando su respectiva socialización así como la medición de la adherencia del personal asistencial a las mismas.

#### **2.2.4.2 Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del Paciente.**

La institución debe evaluar semestralmente la adherencia a las guías de manejo clínico, adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente y evidencia mejoramiento continuo de dicha adherencia, y realizar seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y a aquellos que aplican a las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes que quedaron obligatorios en el Sistema Único de Habilitación y que le apliquen

#### **2.2.4.3 Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas a la atención en salud.**

Implica la evidencia documental del análisis de eventos adversos de infecciones asociadas a la atención en salud, protocolo del lavado de manos con actualizaciones no mayores a 5 años, auditorias semestrales de adherencias al protocolo, presencia de insumos institucionales para la higiene de manos para todos los servicios, protocolos de venopuncion que incluyen acciones para prevenir la flebitis química y mecánica, así como protocolos de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales y acciones para evitar infecciones de los dispositivos; además la guía para el aislamiento de pacientes desde el ingreso a la institución, manual de bioseguridad institucional y mediciones semestrales, trimestrales, mensuales según priorización institucional y la normatividad vigente de adherencia al manual de bioseguridad, a la guía aislamiento, y a los indicadores de infecciones del sitio operatorio, infecciones de endometritis post parto, neumonía nosocomiales asociadas al ventilador en UCI, infecciones transmitidas por transfusión, flebitis infecciosa asociada al uso de

catéter periférico, infecciones del torrente sanguíneo(bacteriemia), e infecciones urinarias asociadas al uso de sondas y la documentación respectiva de acciones de mejoras.

#### **2.2.4.4 Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.**

Consiste en la evidencia documental de análisis de evento adverso por medicamentos mediante el protocolo de Londres, desarrollado en el comité de seguridad, proceso para la dispensación segura de medicamentos en la farmacia, proceso para la administración segura de los medicamentos en los diferentes servicios, protocolo para el uso racional en los diferentes servicios, protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los servicios de internación, y mediciones semestrales de adherencia al proceso de dispensación en farmacia, adherencia al proceso de administración segura de medicamentos, adherencia al protocolo del uso racional de antibióticos, aplicación de lista de chequeo para asegurar la correcta entrega de medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento. Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias.

#### **2.2.4.5 Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales.**

El prestador documenta el Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, lo socializa y aplica; además lo actualiza con la periodicidad que defina la institución, pero dicha actualización no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pie de

cama. Nunca el número der la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación. De igual forma, realiza la medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y uso de manilla de marcación de los pacientes en los servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecobstetricia, pediatría y atención mental

#### **2.2.4.6 Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.**

Aplicar la lista de chequeo para cirugías seguras de la OMS, y análisis causal de evento adverso. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano que se va operar y el conteo de los insumos que se utilizaran, para evitar que se conviertan en cuerpos extraños para el paciente.

#### **2.2.4.7 Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas:**

Clasificar el riesgo de caídas a los usuarios que son internados en la institución, antecedentes de caídas y pacientes con alguna alteración que disminuya o afecte su movilidad, protocolo para la minimización de riesgos de caídas; incluir camas, camillas, barandas, escaleras antideslizantes, agarraderas en los baños; medición de adherencia para minimizar el riesgo de caídas de los usuarios.

#### **2.2.4.8 Prevenir las úlceras por presión.**

Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución, protocolo para minimización del riesgo de úlceras por presión o escaras, debe incluir esquemas de movilización, cuidados de la piel y valoración continua del estado de la piel, medición de adherencia al protocolo para minimizar los riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios.

#### **2.2.4.9 Garantizar la atención segura del binomio madre hijo.**

Evidencia de guía para la atención priorizada a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas, guía clínica para la atención de la gestante en periodo prenatal, durante el parto y en el puerperio, debe incluir obligatoriedad en el registro del partograma, medición semestral de adherencia al protocolo o guía de la atención prioritaria a la gestante, y a la adherencia a las guías clínicas de la atención prenatal, durante el parto y postparto, así como la medición mensual del kit de emergencias obstétricas y demás insumos requeridos en la atención de la gestante, e implementación de lista de chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato.

#### **2.2.4.10 Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.**

Determina la necesidad de contar con el Protocolo o guía para la gestión segura de sangre y sus componentes el cual debe incluir el análisis de sangre de proveedores, la recepción segura de sangre y componentes sanguíneos, adecuada identificación, medición de la eficiencia del suministro, rotación de inventarios, almacenamiento seguro, y los controles en su entrega. Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas, sistema de hemovigilancia y trazabilidad, análisis del perfil epidemiológico, medición mensual de infección transmitidas por transfusión, uso de alternativas a la transfusión y manejo de pacientes que no acepten la terapia transfusional, seguimiento a pacientes transfundidos, medición de indicadores de gestión, y de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de sangre y sus componentes.

#### **2.2.4.11 Garantizar la funcionalidad del Procedimiento de Consentimiento Informado.**

Las Instituciones deben implementar dentro de los derechos y deberes de los pacientes, el derecho fundamental de recibir la información sobre su tratamiento, examen o procedimiento, dar o negar su consentimiento informado, el libre acceso a las acciones de salud, en condiciones de privacidad y trato digno.

Asimismo, a través de los compromisos de gestión, deben cumplir con la exigencia de aplicación del consentimiento informado en los servicios de salud. El Consentimiento Informado es un derecho del paciente; no es la solución para que el médico se libere de posibles sanciones con el fin de disminuir el riesgo relacionados con la funcionalidad del consentimiento informado se presentan las principales fallas.

Es fundamental la creación de formatos de consentimiento informado claro y amigable para su lectura, comprensión y diligenciamiento. Dentro de los elementos mínimos que se deben contemplar se debe tener en cuenta: 1. Nombre y apellido del paciente y médico que informa. 2. Explicar la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural. 3. Nombre del procedimiento a realizar, especificando en qué consiste y cómo se llevará a cabo. 4. Explicar los beneficios que razonablemente se pueden esperar del procedimiento o examen y consecuencia de la denegación. 5. Información sobre riesgos de la cirugía, probables complicaciones, mortalidad y secuelas. 6. Plantear alternativas de tratamiento comparadas con la cirugía propuesta. 7. Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos. 8. Autorización para obtener fotografías, videos o registros gráficos en el pre, intra y postoperatorio y para difundir resultados o iconografías en revistas médicas y/o ámbitos científicos. 9. Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía. 10. Satisfacción del paciente por la información recibida y resolución de sus dudas. 11. Fecha y firma aclarada del médico, paciente y testigos, si la hubiere.

También, debe realizarse la capacitación permanente sobre cultura de seguridad del paciente y la importancia de una cultura de consentimiento informado; reforzar en la importancia de informar al paciente sobre la necesidad de conocer y solicitar información acerca de los procedimientos asistenciales a los que es sometido; realizar auditorías periódicas a la diligenciamiento completo del consentimiento informado y a su entendimiento por el usuario y/o familia y retroalimentar al profesional de la salud; realizar Auditorías a las historias clínicas con el fin de verificar que los anexos, entre ellos el %consentimiento informado+, se estén diligenciando, teniendo en cuenta la calidad de diligenciamiento del mismo. Realizar auditorías periódicas a los usuarios y/o familia para verificar el entendimiento del consentimiento informado explicado por el profesional de la salud y la aceptación voluntaria del procedimiento o la intervención y medir los siguientes indicadores para realizar el monitoreo y evaluación: Proporción de consentimientos informados adecuadamente diligenciados y Medición del entendimiento del paciente del consentimiento informado.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Realizar auditoria a la implementación de la política de seguridad del paciente de la clínica Piedecuesta, del Departamento Santander, basados en el estándar y criterios definidos en los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, el Estándar 5. Procesos Prioritarios, del Sistema Único de Habilitación en Salud según Resolución 2003 del año 2014 y la Lista de Chequeo Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente obligatorias, emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar las estrategias mediante las cuales se socializa e implementa la Política de Seguridad del Paciente en la IPS, se evalúa y mejoran los resultados.
- Evaluar los mecanismos de identificación, sistema de notificación, análisis de EA, con los respectivos planes de mejora y el seguimiento que tiene implementado la clínica Piedecuesta.
- Proponer planes de acción que permitan mejorar los hallazgos identificados en el cumplimiento de los criterios o condiciones requeridas en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente formulada en la Clínica Piedecuesta.

## **4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO**

El enfoque de esta investigación es cuantitativo, puesto que se realizó una auditoria para evaluar el cumplimiento de la política de seguridad del paciente y los datos recolectados se tabularon brindando resultados estadísticos según variables evaluadas e indicadores que midieron cada variable predeterminada.

### **4.2 TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio es observacional analítico, debido a que se observaron y analizaron parámetros de evaluación acerca de la política implementada de seguridad del paciente en la clínica Piedecuesta y descriptivo porque explica de manera detallada y ordenada los criterios cumplidos y no cumplidos en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

### **4.3 DISEÑO METODOLÓGICO**

Es un diseño de tipo no experimental porque se observa una situación ya existente y los datos de las variables no se manipularon. Es de corte transversal porque la recolección de los datos se realizó en un solo tiempo, el análisis se concentró en, en un momento determinado en el tiempo, ofreciendo una imagen estática (una foto) de la aplicación de la política de seguridad del paciente en la clínica Piedecuesta.

### **4.4 UNIVERSO.**

El Universo para este estudio fue la Clínica Piedecuesta.

#### **4.5 MUESTRA.**

La muestra tomada fueron los servicios de Urgencias, Cirugía y hospitalización de la clínica Piedecuesta, institución de segundo nivel, habilitada en los servicios que oferta.

## 5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

### 5.1 TABLA DE VARIABLES

**Tabla 1. Operacionalización de las variables**

| VARIABLE                               | DEFINICION CONCEPTUAL   | TIPO DE VARIABLE | FORMA DE MEDICION   |
|--|---|------------------|---|
| Plataforma estratégica de la seguridad | Evidencia de compromiso de la alta gerencia(Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos   | Cualitativa      | Se verifica la existencia de los soportes de cada criterio evaluado |
|  | Evidencia del equipo funcional o referente<br>Verificación de conformación del equipo funcional o referente encargado de la gestión (planear, organizar recursos, dirigir y controlar) de la seguridad del paciente en la Institución<br>Actas periódicas que evidencien la operatividad de este comité.                          | Cualitativa      |   |
|  | Evidencia de la existencia y operación periódica del comité de seguridad del paciente<br>Actas periódicas del comité<br>Integrantes permanentes: un tomador de decisiones de los procesos misionales y administrativos, uno de calidad<br>invitados al Comité: involucrados en los procesos operativos en donde sucedió el evento | Cualitativa      |   |

**Tabla 1. Operacionalización de las variables (continuación)**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Fortalecimiento de la cultura institucional                   | Socialización de la política de seguridad a los colaboradores de la entidad (definiciones; sistema de reportes de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de incidente y evento adverso<br>Actas de capacitación y asistencia                  | Cuantitativa (Proporción de colaboradores capacitados en seguridad del paciente) | Se verifica la cantidad de colaboradores que han sido capacitados en temas de seguridad del paciente   |
| Reporte, medición, análisis y gestión de los eventos adversos | Definición y operación del sistema de falla en la atención en salud (incidentes y eventos adversos)   | Cuantitativa   | Verificación de la Medición del indicador Proporción de vigilancia de eventos adversos: N° de eventos adversos detectados y gestionados / total de los eventos adversos detectados.  |
|   | Definición e implementación de un sistema de análisis (puede ser el protocolo de Londres) de causa de fallas en la atención en salud en el comité de seguridad del paciente   |  |  |
| Procesos seguros  | Valoración de los riesgos asistenciales, formulación de acciones de mejoramiento a los riesgos más críticos   | Cualitativa  | Verificación de documentación riesgos por servicio y revisión de planes de mejoramiento, para intervenirlos.   |
|   | Cuenta con procedimientos para el desarrollo o adopción de guías o protocolos de las patologías con mayor frecuencia en cada servicio, guías de práctica clínica, procedimientos de enfermería, buenas prácticas para la seguridad del paciente estandarizadas y documentadas | Cualitativa  | Verificación de Procedimiento para la adopción o adaptación de guías de manejo clínico de las patologías de mayor frecuencia<br>Verificación de guías de práctica clínica, protocolos de enfermería, protocolos de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias |

|  |   |              |   |
|--|---|--------------|---|
|  | Evidencia de adopción o desarrollo institucional de protocolos y guías de manejo clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente que le apliquen y evidencia de su socialización   | Cuantitativa | Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de guías de práctica clínica, procedimientos de enfermería, buenas prácticas para la seguridad del paciente. |
| Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente                  | Evaluación semestral de la adherencia a la guías clínicas asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente, evidenciando los planes de mejora a dicha adherencia  | Cualitativa  | Se verifica si se realiza la medición de los indicadores relacionados en la conceptualización de la variable  |
|  | Medición de los indicadores de calidad reglamentarios   |              |   |
|  | Seguimiento mensual a los indicadores que apliquen a las buenas prácticas de seguridad del paciente, obligatorias dentro del SUH.   |              |   |
| Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud | Análisis causal de eventos adversos de infecciones asociadas a la atención en salud   | Cualitativa  | Se verifica si se aplica la herramienta protocolo de Londres y se realizan auditorías semestrales a la adherencia a la buena práctica higiene de manos          |
|  | Auditorías semestrales para la adherencia de higiene de manos, presencia de insumos para la higiene de manos  |              |   |
|  | Medición semestral de adherencia a la guía de aislamiento, al manual de bioseguridad.<br>Medición mensual del indicador de infecciones del sitio operatorio, endometritis postparto, flebitis infecciosas, infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemia) asociadas al catéter central, infección de vías urinarias asociadas al uso de sondas (según aplique), con los planes de mejora documentados |              |   |

|   |   |             |   |
|---|---|-------------|---|
| Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos                          | Evidencia documental del análisis causal de lesión por administración incorrecta de medicamentos, proceso para la dispensación en farmacia y administración segura de los medicamentos en los diferentes servicios (5 correctas), protocolo para el uso racional de antibióticos, para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo para los servicios de internación | Cualitativa | Revisión documental de análisis de los eventos adversos, evidencia en historia clínica de identificación de alergias a los medicamentos |
|   | Medición semestral de dispensación en farmacia y administración segura de medicamentos, de adherencia al uso racional de antibióticos; aplicación de lista de chequeo para asegurar la entrega correcta de medicamentos del proveedor   |             | Revisión de las mediciones a la adherencia a los procesos de dispensación y administración de medicamentos                              |
| Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales | Evidencia de análisis causal de eventos adversos por lesión de identificación incorrecta del usuario, protocolo para la correcta identificación de los usuarios desde el momento del ingreso y en los servicios asistenciales   | Cualitativa | Se verifica si existen o no formatos de los análisis de los eventos adversos presentados  |
|   | Medición semestral de adherencia al protocolo   |             | Se verifican los resultados de mediciones   |
|   | Uso de manillas de marcación de los pacientes en los servicios asistenciales  |             | Verificación del uso de manillas de identificación  |
| Mejorar la seguridad en la procedimientos quirúrgicos                           | Evidencia de análisis causal de eventos adversos de lesión por error en las cirugías  | Cualitativa | Se verifica los formatos en donde se realiza el análisis de los eventos adversos  |
|   | Lista de chequeo para cirugía segura de la OMS, verificación de adecuado funcionamiento de equipos, de anestesia y cirugía, chequeo de marcación de órgano par que se va operar, y de insumos   |             |   |

|  |  |             |   |
|--|--|-------------|---|
| Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas | Evidencia documental del análisis causal de lesión por caídas asociada a la atención de salud  | Cualitativa | Se verifican los análisis realizados de eventos adversos presentados, con los planes de mejora establecidos, la realización de clasificación del riesgo de caídas, protocolo y medición de adherencia   |
|  | Clasificación, protocolo del riesgo de caídas, medición semestral de adherencia al protocolo de riesgo de caídas   |             |   |
| Prevenir las úlceras por presión                                   | Evidencia documental del análisis causal de lesión por presencia de úlcera por presión   | Cualitativa | Se verifican los análisis realizados de eventos adversos presentados, con los planes de mejora establecidos, la clasificación del riesgo de úlceras por presión, y la medición de la adherencia a esta guía                                   |
|  | Clasificación, protocolo de minimización de riesgo de úlceras por presión a los usuarios, medición semestral de adherencia al protocolo  |             |   |
| Garantizar la atención segura del binomio madre hijo               | Evidencia documental del análisis causal de eventos adversos por inadecuada atención de la gestante en el control prenatal, en el parto y postparto  | Cualitativa | Se verifica la existencia de protocolos y guías de atención a la mujer en control prenatal, parto y postparto, los análisis realizados de eventos adversos presentados por la inadecuada atención de la gestante y los planes de mejoramiento |
|  | Evidencia de protocolo o guía de atención prioritaria a la gestante sin demoras injustificadas, guía para la atención prenatal, atención del parto y postparto   |             |   |
|  | Medición semestral de adherencia a la guía o protocolo de atención prioritaria a las gestantes, a la atención de prenatal, del parto y postparto, medición mensual del kit de emergencias obstétricas y demás insumos requeridos para la atención de la gestante |             |   |
|  | Lista de chequeo para garantizar una vigilancia estricta a la mujer en el postparto inmediato, para equipos médico y de enfermería   |             |   |

|   |   |              |   |
|---|---|--------------|---|
| Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y sus componentes y a la transfusión sanguínea | Evidencia documental de análisis causal del evento adverso o reacción adversa asociada a la disponibilidad de sangre y sus componentes sanguíneos   | Cualitativa  | Se verifican los análisis realizados a los eventos adversos presentados asociados a la disponibilidad de sangre y los componentes, protocolos, guías y el programa de seguimiento institucional a las transfusiones y si se evalúa la adherencia a la guía clínica para la gestión de la sangre y sus componentes |
|   | Protocolo y guías para la gestión segura de la sangre y los componentes sanguíneos  |              |   |
|   | Programa de seguimiento institucional a las transfusiones sanguíneas (análisis del perfil epidemiológico, análisis de trazabilidad, medición mensual de infecciones transmitidas por la transfusión)  |              |   |
|   | Medición semestral para la adherencia a la guía clínica para la gestión de sangre y sus componentes   |              |   |
| Garantizar la funcionalidad del procedimiento de consentimiento informado   | Cuenta con el Protocolo documentado para Garantizar la funcionalidad del procedimiento del consentimiento informado y se hace seguimiento a su implementación   | Cualitativa  | Se verifica si existe un procedimiento sobre consentimiento informado, los formatos de consentimiento informado; además, si se realiza monitoreo a la funcionalidad del consentimiento informado y se establecen planes de mejoramiento derivado para mejorar las oportunidades de mejora detectadas              |
| Evaluación de la implementación de la política de seguridad del paciente  | Se mide el cumplimiento de los criterios preestablecidos y documentados en todas las buenas prácticas analizadas, que fueron emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para facilitar la implementación de la política de seguridad del paciente | Cuantitativa | Se mide en el cumplimiento de todos los criterios establecidos en la aplicación de las buenas prácticas analizadas para cumplir con la política de seguridad del paciente.  |

## **6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

### **6.1 FUENTES DE INFORMACIÓN**

- Fuente primaria: Los datos que permitieron identificar el cumplimiento de la política de seguridad del paciente en la IPS, fueron obtenidos mediante la técnica de verificación del cumplimiento de los aspectos que se deben cumplir en la formulación, socialización e implementación de la política de seguridad del paciente, y evaluación de resultados; así mismo, mediante la observación del proceso de atención, el desarrollo de entrevistas a usuarios y personal asistencial y la revisión de registros clínicos en los servicios de urgencias, cirugía y hospitalización de la clínica Piedecuesta, teniendo en cuenta los criterios evaluados dentro de las cuales se encuentran las buenas prácticas de seguridad del paciente, obligatorias en el sistema único de habilitación.
- Fuentes secundarias: Los documentos institucionales en donde la IPS ha descrito los procedimientos, las guías de prácticas clínicas, los protocolos de enfermería, las guías de buenas prácticas para la seguridad del paciente

### **6.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para la recolección de los datos correspondientes a cada uno de los criterios o condiciones que debe cumplir la Clínica Piedecuesta en la implementación de las actividades requeridas para el logro del cumplimiento del objetivo de la política de seguridad del paciente, se utilizó el instrumento Lista de Verificación Criterios que posteriormente facilitó la determinación del nivel de cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente.

Para la entrevista a usuarios, se utilizó un instrumento con las preguntas que se le hicieron para evaluar su participación en su seguridad durante la atención en salud.

Para la entrevista al personal asistencial, se utilizó un instrumento con las preguntas realizadas a los trabajadores en los servicios asistenciales, sobre su participación en los resultados de la política de seguridad del paciente.

### **6.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

El proceso de obtención de la Información fue realizado por el equipo de auditores, responsables del trabajo de grado para obtener el título de Especialista en Auditoría en Salud, mediante la aplicación de la lista de verificación preestablecida y del Cuestionario con las preguntas de las encuestas planeadas, en una auditoría al Programa de Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta los criterios de auditoría tomados del grupo de estándares de Procesos Prioritarios, contenidos en la Resolución 2003 de 2014, de la Lista de Chequeo Buenas Practicas en Seguridad del Paciente obligatorias para IPS y los Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente, capítulo VI. Acciones institucionales que propenden por establecer la política institucional de seguridad del paciente, así como la Guía Técnica Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Política institucional de Seguridad del Paciente.

### **6.4 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS:**

Para asegurar que las técnicas de recolección de datos produjeran datos precisos y confiables, se identificaron los sesgos que pudieran presentarse, así:

#### **6.4.1 Sesgos por distracción:**

Algunos auditores pueden distraerse en el proceso de sus responsabilidades y se les olvida registrar datos. Por lo tanto, para evitar admitir sus omisiones, registran suposiciones.

#### **6.4.2 Sesgo por percepción:**

Los auditores que recogen los datos, pueden tener una percepción selectiva y los datos no reflejan los hechos reales.

#### **6.4.3 Sesgo operacional:**

Si el auditor no sigue los procedimientos por falta de entrenamiento o porque son difíciles de manejar.

#### **6.4.4 Sesgo por falta de respuestas:**

Cuando el auditor no registra cada detalle del criterio evaluado y queda incompleto.

Para contrarrestar las fuentes de sesgos, se elaboraron formularios sencillos, claros, se revisaron frente a la normatividad vigente y los documentos técnicos utilizados para la elaboración de los papeles de trabajo, fueron analizados por los auditores para verificar la comprensión.

Los dos auditores, recogieron los datos de manera individual, iniciando uno por el inicio del instrumento y otro por los últimos criterios evaluados y se encontraron en la mitad del mismo.

Durante el proceso de recolección de datos, se revisaron las respuestas a medida que se iban recolectando, para detectar si había falencias en la recolección del dato y eliminar la variación.

Después, los resultados obtenidos por cada auditor, se verificaron y cuando existió una discrepancia en la respuesta de algún criterio, se estableció una nueva recolección del dato, revisando la misma fuente, con el fin de eliminar esta variación.

## 7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

En la planeación de la auditoría, se seleccionó el indicador que se iba a medir y se definió la ficha técnica del indicador Proporción de Criterios cumplidos en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

En ella se registró la escala de calificación para indicar el nivel de lo observado: Aceptable, Satisfactoria, No Cumple, así:

**Tabla 2** escala de calificación cumplimiento de la política de seguridad del paciente en la Ips Clínica Piedecuesta (Santander)

| <b>NIVEL DE CUMPLIMIENTO</b> | <b>VALOR (RANGO)</b> |
|------------------------------|----------------------|
| Satisfactorio                | $\geq 80\%$          |
| Aceptable                    | $\geq 60\% < 80\%$   |
| No Cumple                    | $< 60\%$             |

Los datos se registraron en la Lista de Verificación, en una hoja Excel que contenía Criterios Cumplidos, Criterios No cumplidos y Observación, y se evidencia en los Anexos.

Se midió el indicador Proporción de criterios cumplidos en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, dividiendo el numerador: Numero de criterios cumplidos en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente / Total de criterios evaluados en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. El cociente de esta división se multiplicó por 100, dando como resultado el porcentaje de criterios cumplidos; este valor se comparó con la escala de calificación predefinida y se obtuvo la respuesta que permitió concluir el estado de cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente.

## 8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Inicialmente se solicitó autorización escrita al representante legal de la Clínica Piedecuesta y se informó al jefe de calidad quienes determinarían el derecho de participar o no, o incluso a renunciar en el momento que así lo decidieran en este estudio.

Además se especificó el uso y el fin de los datos a recolectar, para cuidar la integridad de la información obtenida que garantice el bienestar de los sujetos de la investigación, así como la garantía que esta investigación es sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental y observacional y no se realiza ninguna modificación a las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio; contemplado en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993.

Para este estudio se consideraron principios éticos universales como el respeto hacia la voluntad y las opiniones de los participantes, la confidencialidad de la información que se recibirá, y la responsabilidad en el manejo de la misma al presentar resultados veraces.<sup>41</sup>

Teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993<sup>42</sup>, por la cual se establecen las

---

<sup>41</sup> ADAMS T Sally, VINCENT Charles. Protocolo de Londres. Incidentes Clínicos.pdf Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK. Adoptado por el Ministerio de Salud: 1-10 [en línea]. [consultado el 24 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO\\_DE\\_LONDRES\\_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf)

<sup>42</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Res\_\_8430\_1993\_-\_Salud.pdf [en línea]. [consultado el 27 de mayo de 2015]. Disponible en: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)

normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el ser humano no es el sujeto de este estudio; es el programa de seguridad del paciente y en especial la política de seguridad del paciente. Por tanto, se trata de una investigación sin riesgo porque 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 se le identifique o traten aspectos sensitivos de su conducta. Las entrevistas tienen el propósito de identificar a través de preguntas específicas, la educación que ha recibido de la IPS en la forma como puede colaborar en su seguridad durante la atención y cómo ha sido su participación cuando ha sido atendido.

## **9. RESULTADOS**

A continuación se describe el informe de la auditoría realizada en la IPS Clínica Piedecuesta de Santander, para evaluar el cumplimiento de los criterios preestablecidos en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, según lineamientos de Ministerio de Salud y Protección Social.

### **9.1 Objetivo de la Auditoría:**

Evaluar el nivel de cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente en la IPS Clínica Piedecuesta de Santander, mediante la comparación entre la calidad observada frente a la esperada, previamente establecida, con el fin de identificar oportunidades de mejora y dar las recomendaciones pertinentes para el mejoramiento de su implementación.

### **9.2 Alcance de la Auditoría:**

Se evaluó la formulación, socialización e implementación de la Política de Seguridad del Paciente y la evaluación y seguimiento que realiza para mejorar cuando sea necesario, según resultados obtenidos.

### **9.3 Hallazgos de la Auditoría:**

#### **Fortalezas**

- La Clínica cuenta con la Política de Seguridad del Paciente aprobada por el representante legal de la IPS y la coordinadora de enfermería.
- Se cuenta con el formato para hacer el reporte de los eventos adversos.
- La institución cuenta con el protocolo de higiene de manos actualizado y en un lugar disponible para el personal, y evidencia la socialización de esta estrategia.
- La IPS cuenta con el manual de bioseguridad, el cual ha sido socializado al

personal y se encuentra evidenciado en un acta de reunión, con la respectiva evaluación de conocimiento.

- La institución cuenta con el manual de buenas prácticas de esterilización documentado y socializado.
- Además cuenta con el protocolo de venopuncion con mecanismos para prevenir la flebitis mecánica, infecciosa, química; se evidencia acta de reunión y listado de asistencia.
- Cuenta con el protocolo de manejo y colocación de sondas vesicales que incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo, se evidencia acta de socialización y listado de asistencia.
- La IPS cuenta con el Procedimiento documentado para el Manejo y Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares.
- La institución cuenta con un procedimiento para la dispensación segura de medicamentos en la farmacia.
- La institución cuenta con un procedimiento actualizado para la Administración segura de medicamentos.
- La IPS Cuenta con un protocolo para el uso racional de antibióticos en los diferentes servicios.
- La institución aplica listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento.
- La IPS cuenta con la política de No reusó de dispositivos médicos incluido los casos en los que se puede reusar según las especificaciones del proveedor.
- En la institución existe un protocolo de análisis de eventos adversos para transfusiones; el análisis está contemplado dentro del manual de transfusiones, si se presenta un evento adverso y/o reacción adversa se diligencia el formato y es entregado a la enfermera coordinadora, quien a su vez lo archiva en una carpeta.
- La IPS lleva un registro de las reacciones transfusionales y se analizan las

reacciones transfusionales al ser detectadas.

### **Oportunidades de Mejora**

- En la Política de Seguridad del Paciente, no se evidencia el objetivo o propósito general, de la misma.
- En el momento no se cuenta con un líder o encargado del programa.
- No se evidencia sensibilización y capacitación institucional, en los temas de seguridad del paciente
- La Política de Seguridad del Paciente no está integrada con otras políticas institucionales
- No se cuenta con un mecanismo para medir el cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente.
- La política de seguridad del paciente no es divulgada de manera periódica, al personal nuevo que ingresa, ni realiza evaluación de adherencia a la política.
- No se evidencia la relación entre el propósito del Programa de Seguridad del Paciente, el objetivo de la Política de Seguridad del Paciente y los Objetivos Estratégicos de la IPS a los cuales contribuye.
- No está conformado el equipo funcional o referente de seguridad del paciente que (incluye las funciones que no se cumplen).
- La IPS no tiene documentado la Metodología que va a utilizar para la adopción o adaptación de guías de atención clínica.
- La IPS no ha implementado ninguna metodología para identificar los riesgos potenciales con los pacientes en cada servicio, que facilite además su valoración y priorización con el propósito de implementar acciones que prevengan o eviten la ocurrencia de eventos adversos ni indicadores para hacer seguimiento a la adherencia y efectividad de las mismas.
- No se encuentra publicada ni disponible la política de seguridad de los pacientes en los servicios de cirugía y consulta externa.

- La IPS no cuenta con mecanismos de sensibilización, no se realiza análisis de eventos adversos presentados, no se motiva al personal para que forme parte activa en las estrategias de seguridad del paciente, para minimizar la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos.
- La IPS presenta alta rotación del personal, y en la inducción no se contempla la capacitación brindada de la política de seguridad del paciente.
- La clínica no identifica los eventos adversos, ni se analizan con ninguna herramienta de causa raíz, ni tampoco se tienen definidas las barreras de seguridad del paciente, ni se implementan acciones para mejorar la calidad de la atención hacia el paciente.
- No se evidencia en la Institución una base de datos sobre los eventos adversos que se han presentado, que permita la identificación de los principales errores que generan fallas o acciones inseguras para aprender de ellos.
- La institución no cuenta con un Plan de Capacitación que evidencie en forma organizado qué conocimiento va a transmitir al personal de la IPS sobre seguridad del paciente, quién lo va a hacer, de qué manera ni los plazos para realizarlo.
- Aunque la Jefe Coordinadora de enfermería informa que ha realizado educación en las entregas de turno, no se lleva un indicador que permita medir la cobertura del personal capacitado en los temas definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el logro de las metas también establecidas en la Resolución 2003 de 2014.
- Realizan seguimiento a indicador de oportunidad, revisan que este dentro de los tiempos establecidos, pero no realizan seguimiento a los concernientes a los indicadores de las buenas prácticas de seguridad.
- La institución no tiene implementado un sistema para el reporte de fallas ni

sistematizado ni manual que funcione, se cuenta con un formato para notificación de eventos adversos, el cual es en físico y una vez diligenciado reposa en una carpeta.

- Los eventos reportados, se apilan en una carpeta, no se realiza análisis de causa raíz, ni se definen que factores contributivos o barreras en la atención estuvieron presentes para que se diera el error y por consiguiente el evento adverso.
- La institución no cuenta con indicadores que midan la adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente, ni el índice de eventos adversos detectados, ni realiza búsqueda activa de eventos adversos, ni define acciones preventivas para intervenir los riesgos potenciales.
- La IPS no evidencia la utilización de elementos indispensables para prevenir las infecciones asociadas con el cuidado de la salud.
- Aunque la IPS cuenta con el manual de bioseguridad, no realiza un seguimiento ni medición a la adherencia del cumplimiento del manual por parte de los profesionales que intervienen en la atención.
- Existe en la institución el protocolo de asepsia y antisepsia pero no cumple en el 100% de los casos, ni tampoco se realiza un seguimiento a su adherencia, ni se determinan acciones de mejoramiento.
- Aunque la IPS cuenta con manual de buenas prácticas de esterilización documentado y socializado, no se realiza medición de adherencia, ni se diligencia la herramienta para la verificación de la condición de instrumental.
- La institución cumple con tener un protocolo en el manejo y colocación de sondas vesicales para evitar la infección, no se realiza medición de adherencia, ni tampoco se verifica el impacto.
- La entidad tiene documentado, socializado, pero no realiza el seguimiento al manejo integral de residuos hospitalarios.
- La IPS cuenta con el procedimiento para dispensación segura de

medicamentos, pero no realiza medición periódica a su adherencia, ni tiene estructurada la ficha técnica.

- La institución evidencia el procedimiento actualizado para la administración segura de medicamentos, pero no realiza medición periódica a su adherencia, ni tiene estructurada la ficha técnica, ni implementa acciones de mejora.
- La IPS cuenta con el protocolo disponible para el uso racional de antibióticos, pero no realiza medición periódica a su adherencia, ni tiene estructurada la ficha técnica.
- La IPS aplica una lista de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos por parte del proveedor al almacenamiento, pero no cuenta con un protocolo que estandarice el proceso de identificación y marcación de medicamentos de alto riesgo.
- No se evidencia en la historia clínica la identificación de riesgo de alergias.
- La IPS cuenta con protocolo de identificación del paciente, y este ha sido socializado, pero no mide la adherencia al protocolo.(ha implementado 2 manillas: verde para identificación del paciente y alto riesgo de caídas, Roja: Paciente de Alto Riesgo.)
- La institución utilizan manillas de colores pero la clasificación que realizan solo se hace para riesgo de caídas bajo-moderado -alto, al mismo tiempo en la misma manilla se realiza la identificación del paciente.
- La Institución no tiene implementado el procedimiento de custodia de las pertenencias del usuario, ni tampoco se encuentra socializado.
- La IPS no tiene estandarizada la aplicación de la lista de chequeo para cirugía segura, dado que esta solo se realiza en el preoperatorio.
- Se realiza el conteo por la instrumentadora pero no contemplado en una lista de chequeo recomendada por la OMS (No se tiene establecido el procedimiento).
- No se realiza lista de verificación del adecuado funcionamiento de los equipos

de anestesia y cirugía antes de iniciar cualquier procedimiento.

- La IPS cuenta con un formato para la clasificación del riesgo de caídas (Escala de Morse), que no es claro en los rangos que utiliza, no se realiza al 100% de los pacientes que ingresan. Además no realiza medición de adherencia a esta estrategia, ni tampoco se tiene indicador para su medición.
- La IPS no cuenta con el protocolo para la prevención de úlceras por presión, no se ha socializado, ni tampoco realiza medición periódica de adherencia, dado que cuando se presenta, en la entrega de turno de enfermería se comenta y se toman acciones informales, sin la utilización de una herramienta, donde se pacten compromisos.
- La IPS no cuenta con el protocolo de atención prioritaria a la gestante, no se ha realizado socialización del protocolo, ni tampoco realiza medición mensual para determinar acciones de mejoramiento continuo.
- La IPS no realiza medición, ni tendencia del indicador de adherencia al protocolo de gestión segura de la sangre y sus componentes, aduciendo que no se les ha presentado.
- La Institución no cuenta con el protocolo para garantizar el procedimiento del consentimiento informado, no se ha socializado ni se realiza medición.
- La IPS aunque cuenta con un formato de consentimiento informado, no contempla los ítem definidos en la guía de buenas prácticas para la seguridad del paciente %Garantizar la funcionalidad del Procedimiento de Consentimiento Informado-#

## CONCLUSIONES

- En la institución, no se cumple con la Política de Seguridad del Paciente porque sólo el 18% de los criterios definidos, teniendo en cuenta los lineamientos de la política de seguridad del paciente de Colombia, que establece el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Lista de Chequeo Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, 2014, se aplican.
- El Programa de Seguridad del Paciente que es la primera buena práctica que en forma obligatoria debe implementar una Institución Prestadora de Servicios de Salud con el fin de proveer herramientas para la identificación y valoración de los riesgos así como la implementación de acciones preventivas de tal manera que se minimicen y se dé el seguimiento a su efectividad a través de la medición, análisis y gestión de los eventos adversos, cuyo propósito es crear una cultura de seguridad alrededor de los temas de seguridad clínica e incrementar la seguridad de los pacientes, no se ha desarrollado en la IPS objeto de la auditoría.
- La Institución no ha desarrollado las diferentes actividades que están definidas como obligatorias por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la segunda buena práctica para la seguridad de los pacientes, relacionadas con la evaluación semestral de la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia del mejoramiento continuo de dicha adherencia
- La clínica Piedecuesta evidencia un cumplimiento bajo de las diferentes medidas y uso de precauciones de barreras que se tienen contempladas como obligatorias en la resolución 2003 y los paquetes instruccionales de buenas prácticas para la seguridad del paciente del ministerio de salud como es el no contar con insumos para la higiene de manos, la guía de aislamiento ni la medición de adherencia de la misma, así como de medición mensual de indicadores de infección del sitio operatorio (ISO), Endometritis, infecciones por transfusiones, flebitis, IVU

asociadas a sonda vesical, ni su análisis ni plan de acción para el mejoramiento, aumentando el riesgo en el paciente la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos.

- En la auditoría realizada a la implementación de la política de seguridad del paciente en la Clínica, se evidencio muy bajo cumplimiento a la estrategia para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos dado que no cuentan con todos los protocolos de obligatorio cumplimiento según la norma emanada por el ministerio de protección social como lo son el protocolo para la marcación, identificación de medicamentos de alto riesgo, tampoco realiza medición periódica de adherencia a protocolos de dispensación segura, proceso de administración segura de medicamentos, uso racional de antibióticos, ni tampoco se registra de manera estandarizada las alergias a medicamentos.
- En el criterio de verificación para asegurar la correcta identificación del paciente se encontró el incumplimiento total de lo exigido en la norma de habilitación del ministerio de protección social; no cuentan con protocolo para la correcta identificación del paciente en el momento de su ingreso, no se realiza medición de adherencia al mismo y la manilla de identificación con la que cuentan no es exclusiva para identificar el paciente.
- El cumplimiento del criterio para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos es nulo, dado que no se aplica lista de chequeo para cirugía segura durante los tres momentos; solo se realiza en el preoperatorio, como lo tiene determinado la resolución 2003 del año 2014 del Ministerio de Salud y la OMS dentro de la alianza mundial.
- En la evaluación a la estrategia para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, la cual es de obligatorio cumplimiento según la norma vigente para la implementación de la política de seguridad del paciente se encuentra que la Clínica Piedecuesta no cumple con los lineamientos para brindar una atención segura ya que cuenta con un formato de clasificación del riesgo de caídas que no

es claro cómo se hace la consolidación de lo evaluado y tampoco se realiza al 100% de los pacientes.

- La verificación de esta estrategia evidenció un cumplimiento nulo, teniendo en cuenta lo establecido en los estándares mínimos de habilitación y lo determinado en el paquete instruccional del Ministerio de Salud para la prevención de úlceras por presión, dado que no se clasifica el riesgo de úlcera al 100% de los pacientes, así como no se cuenta con el protocolo de minimización del riesgo de úlceras por presión y por consiguiente no se realiza medición de adherencia a dicho protocolo.
- En la evaluación de la estrategia de seguridad del paciente en el criterio de garantizar atención a la gestante y el recién nacido se evidenció un cumplimiento nulo que no responde a los lineamientos del Ministerio de Salud enfocados a minimizar los riesgos durante la atención en salud al binomio madre- hijo, dado que la Clínica no cuenta con protocolo o guía de atención prioritaria a la gestante, ni realiza medición de adherencia, ni tampoco plantean planes de acción para el mejoramiento continuo.
- La auditoría realizada mostró un bajo cumplimiento en esta estrategia dado que no se realiza medición de adherencia al protocolo de gestión segura para la sangre y sus componentes sanguíneos, tampoco cuentan con un indicador estructurado para dicha medición, ni realizan planes de mejoramiento para proporcionar barreras de seguridad durante la atención.
- En la IPS no se ha establecido un procedimiento actualizado para garantizar la funcionalidad del consentimiento informado con todos los criterios evaluados en la lista de verificación adjunta.
- En la encuesta realizada a los usuarios se evidenció que el 90% de los pacientes no recibió información sobre temas fundamentales de seguridad del paciente por parte del personal de la Institución durante su estancia, se les colocó un brazalete de identificación el cual nunca se les explicó la razón

de ser ni su importancia, desconocen sus deberes y sus derechos dentro de la institución, aunque hay un nuevo servicio de Hospitalización que cuenta con camas con barandas, no han sido informados sobre el riesgo de sufrir una caídas, no conocen el mecanismo establecido para colocar una queja en caso de estar insatisfecho con algún servicio. A pesar de la desinformación dada en la institución, al preguntar a cada uno de los pacientes si consideran que recibió atención con calidad manifiestan sentirse satisfechos.

- El desconocimiento por parte del paciente aumenta el riesgo de presentación de un incidente o eventos adverso en su proceso de atención, ya que no se involucra en su autocuidado.
- En la entrevista realizada al personal asistencial sobre la política de seguridad del paciente, se evidencio su desconocimiento, esta ha sido informada por medio de charlas ocasionales, pero no se hace una sensibilización ni estricto seguimiento de su adherencia, no se realiza análisis formal de eventos o incidentes ocurridos ni se plantea acciones de mejora formales, se realizan en una entrega de turno, al personal que ingresa nuevo al que ingresa no se le brinda capacitación sobre el programa de seguridad del paciente, ni se refuerza la importancia de detección, reporte, análisis de eventos e incidentes presentados.
- En general la clínica no tiene implementado un despliegue de divulgación del programa de seguridad del paciente para el personal colaborador.

## RECOMENDACIONES

- En la Clínica Piedecuesta se hace necesario rediseñar la misión, visión y valores institucionales que incluya de manera explícita la seguridad del paciente.
- Disponer de un programa de seguridad del paciente con objetivos y acciones específicas a desarrollar anualmente y consensuadas con los profesionales, y este a su vez debe ser socializado y comunicado a todo el personal de la institución para el cumplimiento de dichos objetivos.
- Evaluar periódicamente puntos críticos de seguridad de cada proceso asistencial, así un despliegue de una política de recursos humanos y materiales que garantice la prestación de una atención segura a los pacientes (personal, equipos, formación).
- Fortalecer la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, realizando sensibilización en el personal en donde se involucre el equipo directivo en el análisis de los incidentes de seguridad del paciente de forma sistemática para dar respuesta efectiva a las mejoras propuestas y monitorizar su nivel de implantación.
- Conformar un equipo funcional de seguridad del paciente que incorpore como integrantes un directivo, un líder del programa de seguridad, coordinadores de los diferentes servicios para
- Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.
- Formular la política de Seguridad del Paciente articulada con el direccionamiento estratégico de la institución.
- Formular objetivos y metas para cumplir con la política de seguridad del paciente.

- Planear acciones para cumplir objetivos y metas de la Política de Seguridad del Paciente.
- Socializar la política de seguridad del paciente en la institución.
- Promover la cultura de seguridad del paciente ( No punitiva, educativa)
- Elaborar el cronograma de reuniones de comité de seguridad del paciente uno por mes como mínimo, así como una base de datos de eventos adversos que se han presentado, que permita identificar errores que generan fallas o acciones insegura en el proceso de atención.
- Disponer de un sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente anónimo, voluntario y no punitivo dirigido a los profesionales, en el cual se registren los incidentes y/o eventos adversos que suceden en la clínica.
- Realizar el análisis de los incidentes y/o eventos adversos de seguridad del paciente que ocurren o pueden ocurrir en la clínica; y que estos sean analizados con la metodología protocolo de Londres y de este análisis sean derivados planes de acción para intervenir los riesgos potenciales identificados en la herramienta 5w1h y con esto evitar que se repita.
- Disponer de un sistema de difusión de eventos e incidentes adversos relacionados con la seguridad del paciente.
- Definir en los perfiles de cargo las competencias profesionales relacionadas con la seguridad del paciente que son necesarias para el personal asistencial (medico, enfermera, terapeutas)
- Desarrollar un plan de capacitación anual sobre seguridad del paciente dirigido hacia todos los profesionales de salud y administrativos en función de su perfil profesional, dicho plan debe contener como mínimo los siguientes temas: cultura de seguridad del paciente, prevención de infecciones e higiene de las manos, administración segura de medicamentos, prevención del riesgo caídas, aislamiento, prevención de

úlceras por presión, riesgos en la atención en salud, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología de análisis de eventos adversos e incidentes.

- Definir y estructurar indicadores de seguridad del paciente para su evaluación de adherencia de buenas prácticas de seguridad del paciente, revisión y seguimiento, y con estos resultados proponer acciones de mejora que ayuden a minimizar la presentación de eventos adversos.
- Destinar un presupuesto específico para la adquisición y reposición de productos para la higiene de las manos: productos de base alcohólica, jabón, toallas de un solo uso, así como disponer de agua corriente, jabón, toallas de papel; dichos elementos se deben tener disponible en los puntos de atención al paciente dentro de las habitaciones, avisos que recuerden los  $\%_5$  momentos para la higiene de manos+, como y cuando realizar el lavado de manos, monitorear la disponibilidad y funcionamiento correcto de la infraestructura y recursos existentes para la higiene de manos.
- Incorporar el procedimiento para la adopción de guías de atención clínica para las patologías más frecuentes, el cual siga los requisitos definidos por el ministerio de protección social.
- Instaurar una metodología (tabla) que muestre en los servicios de la clínica la identificación de los riesgos, evidenciando en cada proceso asistencial que se realiza en los diferentes servicios declarados, lo siguiente
  - Actividades del proceso
  - Modos de fallo de calidad que se pueden presentar.
  - Causas o factores contribuyentes para que se presenten las fallas.
  - Eventos adversos que pueden afectar al paciente, como consecuencia de las fallas o modos de fallo
  - Acciones de mejoramiento o Barreras de seguridad para eliminar las causas de los modos de fallo con el fin de evitar los eventos adversos.

- Disponer de un modelo único de hoja de tratamiento para cada paciente donde aparezcan como mínimo los siguientes datos: medicación actualizada del paciente, dosis, frecuencia, vía de administración y fechas de prescripción y revisión de tratamiento.
- Se sugiere que la hoja de tratamiento contenida en la historia clínica se revise cuando se prescriban, dispensan y administran los medicamentos, así mismo que se disponga de un sistema que permita evaluar la trazabilidad del medicamento en el proceso prescripción-dispensación-administración.
- Disponer y aplicar un procedimiento o sistema para la identificación correcta del paciente y su medicación antes de la prescripción o administración del mismo, especialmente en los casos de pacientes o medicamentos de alto riesgo.
- Establecer mediciones de adherencia periódica para todas las estrategias de buenas prácticas de seguridad del paciente contempladas en los protocolos y procedimiento. (Dispensación, administración segura de medicamentos, uso racional de antibióticos, política de no reusó , caídas, úlceras por presión, identificación correcta del paciente: manillas de identificación)
- Aplicar la lista de chequeo de la OMS para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos pre-trans-postoperatorio, marcación del sitio operatoria, marcación del órgano, verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia.
- Disponer y aplicar un protocolo que establezca los procedimientos para la identificación y prevención de pacientes con riesgo de caídas, que contenga de manera explícita la valoración del paciente, la forma de clasificación de la escala así como las acciones a implementar en presencia de riesgo; un sistema de registro de caídas desarrolladas durante las estancia del

paciente en la clínica, medición de adherencia al protocolo que permita analizar y desarrollar acciones de mejora.

- Disponer de un protocolo que establezca los procedimientos para la identificación, valoración, prevención, control y tratamiento de pacientes con riesgo de úlceras por presión, aplicando la escala de valoración de Branden, así como disponer de un sistema de registro y monitorización de úlceras por presión desarrolladas durante la estancia del paciente en la clínica, evaluación de adherencia al protocolo que permita analizar e implantar medidas correctivas de mejora.
- Disponer de un protocolo de para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras y trámites injustificados, un plan de divulgación de dicha estrategia, medición periódica adherencia al protocolo y análisis e implementación acciones de mejora con su respectivo seguimiento, con la herramienta 5w1h.
- Disponer un protocolo para la gestión segura de la sangre y sus componentes, notificación, registro y análisis de eventos adversos e incidentes relacionados con las transfusiones, medición de adherencia al protocolo mediante indicador, análisis de resultados e implementación de acciones de mejora.
- Disponer un protocolo documentado que garantice la funcionalidad del consentimiento informado, que incluya todos los criterios establecidos en la resolución 2003 de 2014, así como realización de un despliegue de divulgación en la importancia e implicaciones de aplicar y diligenciar correctamente esta herramienta, medición de adherencia al protocolo y análisis de resultado del indicador para implantar acciones correctivas de mejoramiento.

- Revisar de manera completa y estricta el programa de seguridad del paciente que tiene implementado la clínica, dado que si bien cuenta con algunos aspectos implícitos, no está cumpliendo con lo reglamentado y establecido por el ministerio de protección social, de obligatorio cumplimiento; a la vez se debe iniciar de manera urgente e inmediata toda la implementación de las estrategias que involucre capacitación tanto para el personal asistencial como para el paciente y su familia, en el cual los sensibilice y formen parte activa y dinámica en el proceso de atención para minimizar al máximo el riesgo de presentación de un incidente o evento adverso, así como el fortalecimiento de la cultura de reporte y notificación, análisis e implementación de acciones de mejora.
- Involucrar al paciente a formar parte activa como apoyo para la disminución de sus propios riesgos durante la atención en salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión de Regulación en salud. Resolución 0112 de 2012. Observatorio de Tecnologías en Salud y se define el método y la forma de reportar la información por parte de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud" [citado 2015 May 5]. República de Colombia. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=2553>
2. Ministro de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006. República de Colombia. Disponible en:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
3. Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. República de Colombia. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
4. García M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Grupo asesor en Control de infecciones y epidemiología. 2004: 209 . 220. Disponible en:  
[http://www.codeinep.org/alianza\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.codeinep.org/alianza_seguridad_paciente.pdf)
5. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014. Normas de habilitación de servicios de salud. República de Colombia. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)
6. Ministerio de Protección social. Resolución 1446 de 2006. Sistema de Información para la Calidad en Salud. Ministerio de salud y Protección Social. Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006. República de Colombia. Disponible en:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>
7. Adams TS, Vincent C. Protocolo de Londres. Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK. Adoptado por el Ministerio de Salud: 1-10.

Disponible en:  
[http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PR/OTOCOLO\\_DE\\_LONDRES\\_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PR/OTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES%20CLINICOS.pdf)

8. Ministerio de Salud [página en internet]. Bogotá: Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud; © 2014. [Citado 2015 May 22]. Todos por un nuevo país; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:  
[http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Prestadores/Seguridaddelpaciente/Seguridaddel\\_Paciente.aspx](http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Prestadores/Seguridaddelpaciente/Seguridaddel_Paciente.aspx)
9. Ministerio de salud. Resolución 8430 de 1993. Establecimiento de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. República de Colombia. Disponible en:  
[http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1. Lista de verificación cumplimiento política de seguridad del paciente

| LISTA DE VERIFICACION CUMPLIMIENTO POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE |   |  |   |    |    |  |
|---|---|--|---|----|----|--|
| Nº  | CRITERIOS   | EVIDENCIAS   | C | NC | NA | OBSERVACIONES  |
| 1   | <b>Contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos</b> |  |   |    |    |  |
|   | Cuenta con la Política a de Seguridad del Paciente, formulada, documentada y aprobada por la alta dirección   | Política de seguridad del paciente documentada que incluye:<br>1.objetivo,<br>2.cómo logra el cumplimiento del objetivo (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 su familia)<br>3. cómo mide el cumplimiento de la misma |   | 1  |    | En la Política de Seguridad del Paciente, no se evidencia el objetivo o propósito general, de la misma. En el momento no se cuenta con un líder o encargado del programa. Tienen el formato para hacer el reporte de los eventos adversos, No se evidencia sensibilización y capacitación institucional, en los temas de seguridad del paciente La Política de Seguridad del Paciente no está integrada con otras políticas institucionales. No se cuenta con un mecanismo para medir el cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente |

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
|  | La política está firmada por la alta dirección (gerente) en señal de aprobación   | 1 |   | Se cuenta con la Política de Seguridad del Paciente, aprobada por gerente de la IPS y la enfermera coordinadora de enfermería.   |
|  | Se evidencia en forma explícita con cuál objetivo estratégico se articula la política de seguridad del paciente                           |   | 1 | No se evidencia la relación entre el propósito del Programa de Seguridad del Paciente, el objetivo de la Política de Seguridad del Paciente y los Objetivos Estratégicos de la IPS a los cuales contribuye.  |
| La Política de Seguridad del Paciente ha sido divulgada al personal los compromisos descritos en la Política para garantizar la seguridad del paciente | Se evidencia Acta de reunión en donde se divulgó la política de seguridad del paciente  |   | 1 | La divulgación de la Política de Seguridad del Paciente fue realizada por la Jefe que diseño la política, pero no se encuentra el acta que evidencie la ejecución de esta actividad ni los listados de asistencia  |
|  | Cuenta con el Listado de asistencia a la reunión del divulgación  |   | 1 |  |
|  | La Política de Seguridad del Paciente está publicada en la Institución  |   | 1 | Se encuentra en físico con todos los protocolos, en los servicios de Hospitalización y Urgencias. Los demás servicios son cirugía, y consulta externa, en donde no se encuentra publicada la política de seguridad de los pacientes.   |
| Ha sensibilizado al personal en la importancia de la Seguridad del Paciente en los procesos asistenciales  | Mecanismos utilizados para explicar al personal asistencial por qué es importante la Seguridad del Paciente en los Procesos asistenciales |   | 1 | La Jefe Coordinadora de enfermería realiza educación en la entrega de turno, mas no sensibilización de la política, no se motiva al personal para que forme parte activa en las estrategias de seguridad del paciente, para minimizar la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos. |
|  | Acta de reunión a la  |   | 1 | No se evidencia  |

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
|  | sensibilización   |  |   |  |
|  | Listado de asistencia a la reunión o reuniones de sensibilización   |  | 1 | Hay un acta de reunión de educación pero no es completo, no se evidencian análisis, no se realiza sensibilización de la importancia de la política de seguridad del paciente.  |
|  | El personal asistencial conoce la importancia de la Política de Seguridad del Paciente (Preguntar a personal de enfermería, médicos y demás personal asistencial )  |  | 1 | Hay alta rotación del personal, en la inducción no se contempla la capacitación brindada de la política de seguridad del paciente.   |
| Está conformado el Equipo Funcional o Referente que gestiona la Seguridad del Paciente en la Institución | Cargo de las personas que conforman el equipo referente o funcional (gerente, directores, líder del programa de seguridad del paciente)   |  | 1 | La enfermera coordinadora de la clínica, junto con el gerente de la clínica son los únicos que conforma el equipo funcional que gestiona la seguridad del paciente, no se realiza gestión del evento adverso, lo único que se hace es reportar cuantos eventos adversos han tenido las EPS cuando ellas mismas lo solicitan. |
|  | Acta o Acto Administrativo de Conformación del equipo referente o funcional firmado por el gerente  |  | 1 |  |
|  | Funciones del equipo referente o funcional<br>1. Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.<br>2. Formular la política de Seguridad del Paciente articulada con el direccionamiento estratégico de la institución.<br>3. Formular objetivos y metas para cumplir con la política de seguridad del paciente<br>4. Planear acciones para cumplir objetivos y metas de la Política de Seguridad del Paciente<br>5. Socializar la política de seguridad del paciente en la institución<br>6. Promover la cultura de seguridad del paciente ( No punitiva, educativa) |  | 1 |  |

|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
|  | Actas de reuniones que evidencien la funcionalidad del equipo referente o funcional y registran las acciones realizadas por este equipo en pro de la seguridad del paciente  |  | 1 |  |  |
| Está conformado el Comité de Seguridad del Paciente que analiza los eventos adversos | <p>Conformación del Comité de Seguridad del Paciente: Debe estar conformado por las siguientes personas</p> <p><b>Permanentes:</b> Una persona del Equipo funcional o Referente, de la Seguridad del Paciente, Un tomador de decisiones procesos misionales y datos (canalizador efectivo de decisiones a tomar) y el director o líder de Gestión de Calidad de la IPS</p> <p><b>Invitadas:</b> Representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar y proveedores relacionados con el Evento Adverso, (estos últimos si están incluidos en el equipo que atendió al paciente y en donde ocurrieron las fallas.</p> |  | 1 |  | La clínica no cuenta con un comité debidamente conformado de la seguridad del paciente, ni realiza las funciones que se contemplan en la norma: No se identifican los eventos adversos, ni se analizan con ninguna herramienta de causa raíz, ni tampoco se tienen definidas las barreras de seguridad del paciente. |
|  | Acta de conformación del Comité de Seguridad del Paciente  |  | 1 |  |  |
|  | <p>Funciones del Comité de Seguridad del paciente escritas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los eventos adversos</li> <li>2. Analizar las causas que los favorecen</li> <li>3. Precisar cuál será el manejo que se debe dar a la lección aprendida. (Barreras de Seguridad)</li> <li>4. Retroalimentar al personal de la institución</li> </ol>  |  | 1 |  |  |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  | 5.Apoyar la implementación de acciones (Barreras de Seguridad ) para mejorar la calidad de la atención del paciente<br><br>*   |  |   |  |
|  | Cronograma de reuniones del Comité de Seguridad del Paciente /uno por mes como mínimo)   |  | 1 |  |
|  | Actas que evidencien la reunión mensual del Programa de Seguridad del paciente y los temas tratados en él  |  | 1 |  |
|  | Base de datos sobre eventos adversos que se han presentado en la Institución, conocida por el Comité de Seguridad del Paciente   |  | 1 | No se evidencia en la Institución una base de datos sobre los eventos adversos que se han presentado, que permita la identificación de los principales errores que generan fallas o acciones inseguras para aprender de ellos.               |
| Cuenta con un Plan de Capacitación en Seguridad del Paciente | Plan de Capacitación en Temas de Seguridad del Paciente que incluye los siguientes temas:, como mínimo<br>:<br>1.Que:<br>Política de seguridad institucional, taxonomía(significado de los términos que se utilizan en seguridad del paciente), riesgos en la atención en salud en los servicios que presta, sistema de reporte de fallas en la atención que afecten la seguridad del paciente, metodología de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos |  | 1 | La institución no cuenta con un Plan de Capacitación que evidencie en forma organizado qué conocimiento va a transmitir al personal de la IPS sobre seguridad del paciente, quién lo va a hacer, de qué manera ni los plazos para realizarlo |

|   |   |  |   |  |  |
|---|---|--|---|--|--|
|   | <p>2. Quien va a desarrollar cada tema</p> <p>3. Cuándo va a desarrollar el tema</p> <p>4. Cómo va a desarrollar el tema</p> <p>5. Dónde va a desarrollar el tema</p>   |  |   |  |  |
| Está realizando el Plan de Capacitación   | *Listado de asistencia a cada reunión de capacitación   |  | 1 |  |  |
|   | Material educativo utilizado en los temas tratados  |  | 1 |  |  |
| Hace medición y seguimiento a la cobertura de capacitación del personal de la Institución | <p>1. Indicador: Proporción de colaboradores capacitados en seguridad del paciente: Numero de colaboradores capacitados en los temas de seguridad del paciente/Total de trabajadores de la Institución (x100)</p> <p>2. Ficha técnica del indicador</p> <p>3. Meta del indicador</p> <p>4. Tendencia del indicador que evidencia el resultado del indicador medido mínimo trimestralmente</p> |  | 1 |  | Aunque la Jefe Coordinadora de enfermería informa que ha realizado educación en las entregas de turno, no se lleva un indicador que permita medir la cobertura del personal capacitado en los temas definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el logro de las metas también establecidas en la Resolución 2003 de 2014. |
| Conocimientos básicos de la seguridad del usuario por el personal capacitado              | Se evidencia el examen o cuestionario que aplicó al personal que ha recibido la capacitación en los temas de seguridad del paciente y lleva un seguimiento (listado de colaboradores, calificación obtenida en el examen  |  | 1 |  |  |

|   |  |  |   |  |   |
|---|--|--|---|--|---|
| Procedimiento documentado para la adopción o adaptación de guías de práctica clínica  | La institución cuenta con un procedimiento documentado para la adopción o adaptación de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio., que sigue los requisitos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social   |  | 1 |  | La IPS no tiene documentado la Metodología que va a utilizar para la adopción o adaptación de guías de atención clínica   |
| Tiene identificado los riesgos del paciente que se pueden presentar en cada servicio, durante la atención   | Cuenta con una Tabla que muestre en cada Servicio de la Institución la siguiente información como mínimo:<br>1.las acciones inseguras o fallas de calidad que se pueden presentar<br>,2.las causas o factores que contribuyen a que se presenten las fallas<br>3. los eventos adversos que pueden ocurrir al paciente<br>,4.las barreras de seguridad para eliminar las causas |  | 1 |  | La IPS no ha implementado ninguna metodología para identificar los riesgos potenciales con los pacientes en cada servicio, que facilite además su valoración y priorización con el propósito de implementar acciones que prevengan o eviten la ocurrencia de eventos adversos ni indicadores para hacer seguimiento a la adherencia y e efectividad de las mismas |
| Ha definido Acciones Preventivas para intervenir los riesgos potenciales identificados y de esta forma prevenir la ocurrencia de eventos adversos | Plan de Acciones Preventivas para intervenir los riesgos potenciales identificados, en una herramienta 5 W1H (Qué se va a hacer, quien, cuando, donde, por que o para qué y cómo)  |  | 1 |  |   |
| Seguimiento a indicadores de calidad, que le apliquen, según la Resolución 1446 de 2006   | La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios   |  | 1 |  | Realizan seguimiento a indicador de oportunidad , revisan que este dentro de los tiempos establecidos, pero no realizan seguimiento a los concernientes a los indicadores de las buenas   |

|   |   |  |   |  |   |
|---|---|--|---|--|---|
| Evaluación Adherencia a buenas practicas seguridad del paciente   | La institución realiza medición semestral a la adherencia a las siguientes buenas prácticas de seguridad del paciente:  |  | 1 |  | prácticas de seguridad.   |
| Cuenta con un Sistema para el Reporte de Fallas que se presentan durante la atención, relacionados con la seguridad del paciente  | *Procedimiento escrito para Reporte de Fallas en la Atención  |  | 1 |  | La institución no tiene implementado un sistema para el reporte de fallas ni sistematizado ni manual que funcione, se cuenta con un formato para notificación de eventos adversos, el cual es en físico y una vez diligenciado reposa en una carpeta. |
|   | Existe evidencia de la socialización del Sistema para el Reporte de Fallas que se presentan durante la atención relacionadas con la seguridad del paciente (acta de reunión, firma de asistentes)                     |  | 1 |  |   |
|   | Se observa el Sistema de reporte de fallas en la atención relacionados con la seguridad del paciente en medio físico o electrónico y está funcionando   |  | 1 |  |   |
| 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. Realizarse en el marco del Comité de Seguridad | Cuenta con un procedimiento escrito sobre cómo va a realizar la medición, análisis y gestión de los eventos adversos  |  | 1 |  | La IPS no realiza análisis de causa raíz para identificar las posibles fallas presentes durante la atención, ni se implementan acciones de mejoramiento.  |
| Registra las fallas que se presentan durante la atención, relacionadas con la seguridad del paciente  | Tiene una Base de datos organizada, que incluya como mínimo la siguiente información: falla en la atención en salud, fecha de presentación, factores contributivos,, incidente o evento adverso, plan de mejoramiento |  | 1 |  | Los eventos reportados, se apilan en una carpeta, no se realiza análisis de causa raíz, ni se definen que factores contributivos o barreras en la atención estuvieron presentes para que se diera el error y por consiguiente el evento adverso.      |

| SUBTOTAL   |   | 1  | # | 0 |  |   |
|--|---|--|---|---|--|---|
| 2  | <b>Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente</b>  |  |   |   |  |   |
|  | Tiene identificado los riesgos del paciente que se pueden presentar en cada servicio, durante la atención   | Cuenta con una Tabla que muestre en cada Servicio de la Institución la siguiente información como mínimo:<br>1.las acciones inseguras o fallas de calidad que se pueden presentar<br>,2.las causas o factores que contribuyen a que se presenten las fallas<br>3. los eventos adversos que pueden ocurrir al paciente<br>,4.las barreras de seguridad para eliminar las causas |   | 1 |  |   |
|  | Ha definido Acciones Preventivas para intervenir los riesgos potenciales identificados y de esta forma prevenir la ocurrencia de eventos adversos | Plan de Acciones Preventivas para intervenir los riesgos potenciales identificados, en una herramienta 5 W1H (Qué se va a hacer, quien, cuando, donde, por que o para qué y cómo)  |   | 1 |  |   |
|  | Evaluación Adherencia a buenas practicas seguridad del paciente   | La institución realiza medición semestral a la adherencia a las siguientes buenas prácticas de seguridad del paciente:   |   | 1 |  |   |
|  | Mide el Índice de Eventos Adversos detectados en la atención del paciente   | *Ficha Técnica del Indicador Índice de Eventos Adversos y nivel de desagregación<br>*Resultados del Indicador<br>*Plan de Mejoramiento si aplica   |   | 1 |  | La institución no cuenta con indicadores que midan la adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente, ni el índice de eventos adversos detectados, ni realiza búsqueda activa de eventos adversos. |
| Mide el indicador Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos | *Ficha Técnica Indicador Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos<br>*Resultado del Indicador y análisis<br>Plan de Mejoramiento si aplica    |  | 1 |   |  |   |

|  |   |  |          |          |          |  |
|--|---|--|----------|----------|----------|--|
|  | Seguimiento a indicadores de calidad, que le apliquen, según la Resolución 1446 de 2006                           | La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios   |          | 1        |          | Realizan seguimiento a indicador de oportunidad, revisan que este dentro de los tiempos establecidos, pero no realizan seguimiento a los concernientes a los indicadores de las buenas prácticas de seguridad.                                 |
|  | Evaluación Adherencia a buenas practicas seguridad del paciente   | La institución realiza medición semestral a la adherencia a las siguientes buenas prácticas de seguridad del paciente:   |          | 1        |          |  |
|  | <b>SUBTOTAL</b>   |  | <b>0</b> | <b>7</b> | <b>0</b> |  |
| 3  | <b>DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD</b>                     |  |          |          |          |  |
|  | Está documentado y divulgado el Protocolo Higiene de Manos e incorpora los cinco momentos recomendados por la OMS | Está documentado el *Protocolo " Higiene de Manos"   | 1        |          |          | Aunque la institución cuenta con el protocolo de higiene de manos actualizado y en un lugar disponible para el personal, y evidencia la socialización de esta estrategia, no realiza medición de adherencia, ni esta capacitación es continua. |
|  |   | Se evidencia el Acta de reunión de socialización y el mecanismo utilizado para socializar el Protocolo de Higiene de Manos y los cinco momentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud | 1        |          |          |  |
|  |   | Se cuenta con Listado de asistencia a la reunión de socialización de Higiene de Manos  | 1        |          |          |  |
| Auditorias semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica. | Está documentada la ficha técnica del *Indicador Adherencia a la Higiene de Manos                                 |  | 1        |          |          |  |

|  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
| Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos  | Existen Toallas desechables y jabón antibacterial en los sitios en donde están ubicados los lavamanos , en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos |  | 1 |  | La IPS no evidencia la utilización de elementos indispensables para prevenir las infecciones asociadas con el cuidado de la salud.   |
| Está documental el Manual de Bioseguridad, ha sido divulgado,  | *Manual de Bioseguridad  |  | 1 |  |  |
| Se evidencia la medición semestral del indicador de Adherencia al cumplimiento del Manual de Bioseguridad y están documentadas las acciones de mejora si aplica                          | Se cuenta con un Manual de Bioseguridad  |  | 1 |  | Aunque la IPS cuenta con el manual de bioseguridad, no realiza un seguimiento ni medición a la adherencia del cumplimiento del manual por parte de los profesionales que intervienen en la atención.   |
|  | Se evidencia *Acta de reunión de socialización del Manual de Bioseguridad y hay evidencia de la Evaluación de conocimiento   |  | 1 |  |  |
|  | *Indicador Adherencia al Manual de Bioseguridad<br>*Ficha Técnica del indicador  |  | 1 |  |  |
|  | Se evidencia medición semestral del Indicador Adherencia al cumplimiento del Manual de Bioseguridad, análisis y formulación de Acciones de Mejora si aplica                |  | 1 |  |  |
| Están documentadas las Precauciones de Aislamiento Universal y han sido divulgadas   | *Precauciones de Aislamiento Universal documentadas,   |  | 1 |  |  |
|  | *Acta de reunión de divulgación<br>*Listado de asistencia  |  | 1 |  |  |
| Está documentado el Protocolo o Procedimiento de Asepsia y Antisepsia en relación con:<br>*Planta física<br>*Paciente<br>*Equipo de Salud (humano)<br>*Instrumental y equipos biomédicos | Protocolo documentado y socializado<br>Seguimiento a su aplicación y acciones de mejora (si aplica)  |  | 1 |  | Existe en la institución el protocolo de asepsia y antisepsia pero no cumple en el 100% de los casos, ni tampoco se realiza un seguimiento a su adherencia, ni se determinan acciones de mejoramiento. |

|   |  |  |   |   |   |  |
|---|--|--|---|---|---|--|
|   | Manual de Buenas Prácticas de Esterilización   | Manual documentado y socializado   | 1 |   |   | Aunque la IPS cuenta con manual de buenas prácticas de esterilización documentado y socializado, no se realiza medición de adherencia, ni se diligencia la herramienta para la verificación de la condición de instrumental. |
|   |  | Se diligencia una lista de chequeo cuando se recibe el material estéril para verificar su condición  |   | 1 |   |  |
|   | Cuenta con el Procedimiento o Protocolo de Venopuncion y los mecanismos para prevenir flebitis mecánica, infecciosa, química, si aplica y está socializado | *Protocolo de Venopuncion con mecanismos para prevenir la flebitis mecánica, infecciosa, química   | 1 |   |   |  |
|   |  | *Acta reunión de socialización<br>*Listado de Asistencia   | 1 |   |   | No se realiza medición de apropiación de lo socializado  |
|   | Cuenta con Protocolo de manejo y colocación de sondas vesicales y se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo                    | *Protocolo de manejo y colocación de sondas vesicales y se incluyen acciones para evitar la infección asociada al dispositivo                  | 1 |   |   |  |
|   |  | *Acta reunión de socialización<br>*Listado de asistencia   | 1 |   |   | La institución cumple con tener un protocolo en el manejo y colocación de sondas vesicales para evitar la infección, no se realiza medicación de adherencia, ni tampoco se verifica el impacto.                              |
|   | Está documentado el Procedimiento para el Manejo y Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares  | *PGIRHS documentado y socializado<br>Seguimiento al cumplimiento del PGIRHS  | 1 |   |   |  |
|   |  | Se cuenta con un Procedimiento para Descontaminación por derrame de fluidos corporales y se cuenta con el Kit de derrame de fluidos corporales |   | 1 |   | La entidad tiene documentado, socializado, pero no realiza el seguimiento al manejo integral de residuos hospitalarios.  |
|   |  |  | # | 9 | 0 |  |
| 4 | <b>MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS</b>  |  |   |   |   |  |

|  |  |   |   |  |  |
|--|--|---|---|--|--|
| Procedimiento Dispensación segura de medicamentos        | La institución cuenta con un Procedimiento para la dispensación segura de medicamentos en la farmacia y actualizado en un periodo no superior a los cinco años | 1 |   |  | La IPS cuenta con el procedimiento para dispensación segura de medicamentos, pero no realiza medición periódica a su adherencia, ni tiene estructurada la ficha técnica.   |
|  | Cuenta con la ficha técnica del indicador Adherencia a la dispensación segura de medicamentos en la farmacia   |   | 1 |  |  |
|  | Realiza medición semestral a la Adherencia a la dispensación segura de medicamentos en la farmacia, analiza resultados y establece acciones de mejoramiento    |   | 1 |  |  |
| Procedimiento para Administración Segura de Medicamentos | La institución cuenta con un Procedimiento para la Administración segura de medicamentos y actualizado en un periodo no superior a los cinco años              | 1 |   |  | La institución evidencia el procedimiento actualizado para la administración segura de medicamentos, pero no realiza medición periódica a su adherencia, ni tiene estructurada la ficha técnica, ni implementa acciones de mejora. |
|  | Cuenta con la ficha técnica del indicador Adherencia a la Administración segura de medicamentos  |   | 1 |  |  |
|  | Realiza medición semestral a la Adherencia a la Administración segura de medicamentos, analiza resultados y establece acciones de mejoramiento                 |   | 1 |  |  |
| Protocolo para el uso racional de antibióticos           | Cuenta con un Protocolo para el uso racional de antibióticos en los diferentes servicios en un periodo no superior a los cinco años                            | 1 |   |  | La IPS cuenta con el protocolo disponible para el uso racional de antibióticos, pero no realiza medición periódica a su adherencia, ni tiene estructurada la ficha técnica.  |
|  | Cuenta con la ficha técnica del indicador Adherencia al Protocolo de Uso Racional de antibióticos  |   | 1 |  |  |
|  | Realiza medición semestral a la Adherencia al Uso Racional de Antibióticos. analiza resultados y establece acciones de mejoramiento                            |   | 1 |  |  |

|          |  |  |          |          |          |  |
|----------|--|--|----------|----------|----------|--|
|          | Protocolo para la fácil identificación y marcación de medicamentos de alto riesgo  | Cuenta con un Protocolo para para la identificación y marcación de medicamentos de alto riesgo en los diferentes servicios de hospitalización en un periodo no superior a los cinco años                       |          | 1        |          | La IPS aplica una lista de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos por parte del proveedor al almacenamiento, pero no cuenta con un protocolo que estandarice el proceso de identificación y marcación de medicamentos de alto riesgo. |
|          | Asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución                    | Aplica listas de chequeo para asegurar la entrega correcta de los medicamentos del proveedor al lugar de almacenamiento de la institución  |          | 1        |          |  |
|          | Identificación de riesgo de alergias   | Los registros de la historia clínica evidencian que se identifican el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios  |          | 1        |          | No se evidencia en la historia clínica la identificación de riesgo de alergias.  |
|          | Está documentada la Política de No reúso o el Procedimiento de Uso y reúso de dispositivos médicos, está divulgado y se aplica | *Política de No reúso de dispositivos médicos de un solo uso   |          | 1        |          | La IPS evidencia la política de no reúso a dispositivos médicos, incluidos los casos en los que se puede reusar, según especificaciones del proveedor.   |
|          |  | Procedimiento de Reprocesamiento de dispositivos médicos cuando se realiza, que incluye las veces que se puede reusar, la ficha técnica de cada elemento que se reúsa, el seguimiento que se hace a los reúso. |          | 1        |          |  |
|          |  | *Acta de reunión de divulgación<br>*Listado de asistencia  |          | 1        |          |  |
|          | <b>SUBTOTAL</b>  |  | <b>5</b> | <b>#</b> | <b>0</b> |  |
| <b>5</b> | <b>ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES</b>   |  |          |          |          |  |
|          | Cuenta con el Protocolo documentado para Asegurar la correcta  | *Protocolo documentado "Asegurar la correcta identificación del paciente en todos los procesos asistenciales   |          | 1        |          | La IPS cuenta con protocolo de identificación del paciente, y este ha sido socializado, pero no mide la adherencia al protocolo.(ha  |

|   |  |  |          |          |          |   |
|---|--|--|----------|----------|----------|---|
|   | identificación del paciente en todos los procesos asistenciales  | *Acta de reunión de socialización y Mecanismo utilizado para la socialización  |          | 1        |          | implementado 2 manillas: verde para identificación del paciente y alto riesgo de caídas, Roja: Paciente de Alto Riesgo.)  |
|   |  | *Listado de asistencia   |          | 1        |          |   |
|   | Medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora si aplica | Indicador de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora                                      |          | 1        |          |   |
|   | Cuenta con utilización de uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados.                      | Manillas de identificación de los diferentes riesgos en los pacientes.   |          | 1        |          | La institución utilizan manillas de colores pero la clasificación que realizan solo se hace para riesgo de caídas bajo-moderado - alto, al mismo tiempo en la misma manilla se realiza la identificación del paciente |
|   | Procedimiento custodia de las pertenencias del usuario   | Se cuenta con un procedimiento de custodia de las pertenencias del usuario   |          | 1        |          | La Institución no tiene implementado el procedimiento de custodia de las pertenencias del usuario, ni tampoco se encuentra socializado.   |
|   |  | El procedimiento de custodia de las pertenencias del usuario está socializado, se evidencia en acta de reunión y listados de asistencia a esta reunión |          | 1        |          |   |
|   | <b>SUBTOTAL</b>  |  | <b>0</b> | <b>7</b> | <b>0</b> |   |
| 6 | <b>MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS</b>  |  |          |          |          |   |

|          |   |  |          |          |          |  |
|----------|---|--|----------|----------|----------|--|
|          |   | Aplica la lista de chequeo para cirugía segura, recomendada por la OMS, en el preoperatorio, antes de incidir al paciente en el quirófano, intraoperatoria y post operatorio   |          | 1        |          | La IPS no tiene estandarizada la aplicación de la lista de chequeo para cirugía segura, dado que esta solo se realiza en el preoperatorio,   |
|          |   | Realiza marcación del órgano par que se va a operar  |          | 1        |          |  |
|          | Seguridad en los procedimientos quirúrgicos                               | Se realiza conteo de insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos)  |          | 1        |          | Se realiza el conteo por la instrumentadora pero no contemplado en una lista de chequeo recomendada por la OMS( No se tiene establecido el procedimiento)  |
|          |   | Se realiza la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía antes de iniciar la cirugía   |          | 1        |          | No se realiza bajo lista de verificación   |
|          | <b>SUBTOTAL</b>   |  | <b>0</b> | <b>4</b> | <b>0</b> |  |
|          | <b>PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS</b> |  |          |          |          |  |
| <b>7</b> | Prevención y de reducción caídas  | Se clasifica el riesgo de caídas en los pacientes  |          | 1        |          | La IPS cuenta con un formato para la clasificación del riesgo de caídas (Escala de Morse), que no es claro en los rangos que utiliza, no se realiza al 100% de los pacientes que ingresan. Además no realiza medición de adherencia a esta estrategia, ni tampoco se tiene indicador para su medición. |
|          |   | Se cuenta con un protocolo para la minimización de riesgo de caídas derivados de la condición del paciente el cual incluye que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agarraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en los pasillos y una adecuada iluminación |          | 1        |          |  |

|          |   |  |          |          |          |  |
|----------|---|--|----------|----------|----------|--|
|          |   | Se cuenta con la ficha técnica del indicador de Adherencia al Protocolo para la minimización del riesgo de caídas de los usuarios  |          | 1        |          |  |
|          |   | Se hace medición semestre a la adherencia al procedimiento de minimización del riesgo de caídas en los usuarios y se documentan acciones de mejora si aplica   |          | 1        |          |  |
|          | <b>SUBTOTAL</b>   |  | <b>0</b> | <b>4</b> | <b>0</b> |  |
|          | <b>PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>   |  |          |          |          |  |
| <b>8</b> | Cuenta con protocolo para la prevención de úlceras por presión, incluye la valoración del estado de la piel y cuidados. | Protocolo documentado actualizado, incluye la escala de valoración de la piel, del estado de piel y cuidados, cambio de posición.  |          | 1        |          | La IPS no cuenta con el protocolo para la prevención de úlceras por presión, no se ha socializado, ni tampoco realiza medición periódica de adherencia, dado que cuando se presenta, en la entrega de turno de enfermería se comenta y se toman acciones informales, sin la utilización de una herramienta, donde se pacten compromisos. |
|          | Está documentado y divulgado el protocolo de prevención de úlceras por presión  | Se cuenta con acta de socialización del protocolo de prevención de úlceras por presión   |          | 1        |          |  |
|          |   | Listado de asistencia a la reunión o reuniones de sensibilización  |          | 1        |          |  |
|          | Medición de adherencia al protocolo de prevención de úlceras por presión  | La institución realiza medición semestral a la adherencia al protocolo de prevención de úlceras por presión: Valoración de la escala a todos los pacientes, cambios de posición, medidas para la piel. |          | 1        |          |  |
|          | Ha definido Acciones Preventivas para intervenir los riesgos potenciales de úlceras por presión, y prevenir que no      | Plan de Acciones Preventivas para intervenir los riesgos potenciales identificados, en una herramienta 5 W1H (Qué se va a hacer, quien, cuando, donde, por que o para qué y cómo)                      |          | 1        |          |  |

|          |  |   |          |          |          |
|----------|--|---|----------|----------|----------|
|          | se repitan   |   |          |          |          |
|          | <b>SUBTOTAL</b>  |   | <b>0</b> | <b>5</b> | <b>0</b> |
| <b>9</b> | <b>GARANTIZAR LA ATENCION DE LA GESTANTE Y EL RECIEN NACIDO</b>  |   |          |          |          |
|          | Guía o protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios | Protocolo documentado , actualizado para la atención prioritaria  |          | 1        |          |
|          | Divulgación del protocolo de atención prioritaria a la gestante  | Se cuenta con acta de socialización del protocolo de atención prioritaria a la gestante y recién nacido.  |          | 1        |          |
|          |  | Listado de asistencia a la reunión o reuniones de sensibilización   |          | 1        |          |
|          | Medición de adherencia al protocolo o guía de atención prioritaria a la gestante   | La institución realiza medición semestral a la adherencia al protocolo o guía de atención prioritaria a la gestante y recién nacido.  |          | 1        |          |
|          | Cuenta con planes de mejora a partir de resultado de la evaluación de adherencia al protocolo  | Plan de Acciones Preventivas para intervenir los riesgos potenciales identificados, en una herramienta 5 W1H (Qué se va a hacer, quien, cuando, donde, por que o para qué y cómo) |          | 1        |          |
|          | <b>SUBTOTAL</b>  |   | <b>0</b> | <b>5</b> | <b>0</b> |

La IPS no cuenta con el protocolo de atención prioritaria a la gestante, no se ha realizado socialización del protocolo, ni tampoco realiza medición mensual para determinar acciones de mejoramiento continuo.

| <b>PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA</b> |  |   |          |          |          |  |
|--|--|---|----------|----------|----------|--|
| 10   | Análisis de Eventos Adversos asociados a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos   | Existe evidencia documental del análisis de causa del evento adverso y reacción adversa asociada a disponibilidad y uso de sangre y componentes sanguíneos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso.<br>*Análisis de reacción transfusional | 1        |          |          | Existe un protocolo de análisis de eventos adversos para transfusiones, el análisis está contemplado dentro del manual de transfusiones, si se presenta un evento adverso y/o reacción adversa se diligencia el formato y es entregado a la enfermera coordinadora, quien a su vez lo archiva en una carpeta.<br><br>No se les han presentado eventos adversos y/o reacciones. |
|  | Análisis de las reacciones transfusionales   | Se lleva un registro de las reacciones transfusionales y se analizan las reacciones transfusionales   | 1        |          |          | El servicio de transfusiones informa la no presentación de eventos adversos durante este año.  |
|  | Medición semestral de adherencia al protocolo o guía clínica para la gestión segura de la sangre y componentes y documentación de acciones de mejora si aplica | Cuenta con un indicador de Adherencia a Protocolo o Guía para la Gestión Segura de la Sangre y Componentes<br><br>Se evidencia medición semestral y tendencia del indicador Adherencia a Protocolo o Guía para la Gestión Segura de la Sangre y Componentes<br><br>Se analiza el resultado y formula, implementa planes de mejoramiento y hace seguimiento a la efectividad de los mismos |          | 1        |          |  |
| <b>SUBTOTAL</b>  |  |   | <b>2</b> | <b>2</b> | <b>1</b> |  |

| <b>Garantizar la funcionalidad del procedimiento de consentimiento informado</b> |  |  |          |  |
|--|--|--|----------|--|
| <b>11</b>  | <p>Cuenta con el Protocolo documentado para Garantizar la funcionalidad del procedimiento del consentimiento informado y se hace seguimiento a su implementación</p> | <p>El formato de consentimiento informado incluye los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre y apellido del paciente y médico que informa.</li> <li>2- Explicar la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural.</li> <li>3- Nombre del procedimiento a realizar, especificando en qué consiste y cómo se llevará a cabo.</li> <li>4- Explicar los beneficios que razonablemente se pueden esperar del procedimiento o examen y consecuencia de la denegación.</li> <li>5- Información sobre riesgos de la cirugía, probables complicaciones, mortalidad y secuelas.</li> <li>6- Planteo de alternativas de tratamiento comparadas con la cirugía propuesta.</li> <li>7- Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos.</li> <li>8- Autorización para obtener fotografías, videos o registros gráficos en el pre, intra y postoperatorio y para difundir resultados o iconografías en revistas médicas y/o ámbitos científicos.</li> <li>9- Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.</li> <li>10- Satisfacción del paciente por la información recibida y resolución de sus dudas.</li> <li>11- Fecha y firma aclarada del médico, paciente y testigos, si la hubiere</li> </ul> | <b>1</b> | <p>La IPS aunque cuenta con un formato de consentimiento informado, no contempla los ítem definidos en la resolución 2003 de 2014.(6,7,8,9,10)</p> |

|  |   |           |           |          |  |
|--|---|-----------|-----------|----------|--|
|  | Se cuenta documentado el Protocolo "Garantizar la funcionalidad del procedimiento del consentimiento informado"   | 1         |           |          |  |
|  | Se evidencia el Listado de Asistencia a la reunión de socialización del procedimiento del consentimiento informado  | 1         |           |          |  |
|  | Se cuenta con la ficha técnica del indicador Proporción de consentimientos informados adecuadamente diligenciados   | 1         |           |          |  |
|  | Se cuenta con la ficha técnica Medición del entendimiento del paciente del consentimiento informado.  | 1         |           |          |  |
|  | Se hace medición a la Proporción de consentimientos informados adecuadamente diligenciados se analiza, se formulan e implementar acciones de mejoramiento | 1         |           |          |  |
|  | Se hace medición del indicador Entendimiento del paciente del consentimiento informado, se analiza, se formulan e implementar acciones de mejoramiento    | 1         |           |          |  |
|  | <b>SUBTOTAL</b>   | <b>0</b>  | <b>7</b>  | <b>0</b> |  |
|  | <b>TOTAL</b>  | <b>20</b> | <b>92</b> | <b>0</b> |  |

La Institución no cuenta con el protocolo para garantizar el procedimiento del consentimiento informado, no se ha socializado ni se realiza medición.

**ANEXO 2. FICHA TECNICA DE INDICADOR PROPORCIÓN DE CRITERIOS CUMPLIDOS EN LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

|                            |                       |   |
|----------------------------|-----------------------|---|
| IPS<br>Clinica Piedecuesta | CÓDIGO DEL INDICADOR: |   |
|                            | NOMBRE DEL INDICADOR: | Proporción de Criterios Cumplidos en la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente |
|                            | APROBADO POR:         |   |
|                            | FECHA ACTUALIZACIÓN:  | 2015  |

|                            |  |             |
|----------------------------|--|-------------|
| ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA  | Seguridad  |             |
| FÓRMULA DEL INDICADOR      | Numero de criterios cumplidos en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente /Total de criterios evaluados (x100)   |             |
| UNIDAD DE MEDIDA           | Porcentaje   |             |
| METAS DEL INDICADOR        | SOBRESALIENTE  | ≥80%        |
|                            | ACEPTABLE:   | ≥ 60% < 80% |
|                            | NO CUMPLIDA:   | < 60%       |
| FUENTES DE LOS DATOS       | CALCULO DEL NUMERADOR<br>El dato se obtiene del Consolidado de los criterios cumplidos, de la lista de chequeo aplicada  |             |
|                            | CALCULO DEL DENOMINADOR<br>El dato se obtiene del Consolidado de todos los criterios evaluados   |             |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN     | Los criterios evaluados, aprobados como cumplidos sin contar con el soporte institucional  |             |
|                            | Debe evaluarse todos los criterios definidos en la lista de verificación.  |             |
| RESPONSABLES               | DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS: Auditoras de Calidad  |             |
|                            | DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR: Auditorias de Calidad  |             |
|                            | DE LA TOMA DE DECISIONES: Gerencia de la IPS   |             |
| PERIODICIDAD DEL INDICADOR | Una vez (por las auditoras, quienes son las autoras del presente trabajo)  |             |
| NIVELES DE DESAGREGACIÓN   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporción de criterios cumplidos en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente</li> <li>- Proporción de criterios cumplidos para detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones.</li> </ul> |             |

- Proporción de criterios cumplidos para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
- Proporción de criterios cumplidos para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- Proporción de criterios cumplidos para la prevención y reducción para la frecuencia de caídas.
- Proporción de criterios cumplidos para garantizar la atención segura a la gestante y del recién nacido.
- Proporción de criterios cumplidos para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y hemocomponentes y a la transfusión sanguíneas.
- Proporción de criterios cumplidos para asegurar la correcta identificación del paciente.

### **ANEXO 3. INDICADORES PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA IPS**

#### **1) Proporción de criterios cumplidos en la implementación de la política institucional de seguridad del paciente**

- **Definición operacional:** N° de criterios cumplidos en toda la política institucional de seguridad del paciente/ Total de criterios evaluados (x 100)
- **Resultado:**  $\frac{20}{112} (x100) = 18\%$
- **Análisis:** En la institución evaluada, se cumple con el 18% de los criterios definidos en la Política de Seguridad del Paciente Institucional, teniendo en cuenta los lineamientos de la política de seguridad del paciente de Colombia, que establece el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Lista de Chequeo Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, 2014.

#### **2) Proporción de criterios cumplidos en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente**

- **Definición Operacional:** N° de criterios cumplidos en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente/ Total de criterios evaluados (x 100)
- **Resultado:**  $\frac{1}{35} x100 = 3\%$
- **Análisis:** El Programa de Seguridad del Paciente que es la primera buena práctica que en forma obligatoria debe implementar una Institución Prestadora de Servicios de Salud con el fin de proveer herramientas para la identificación y valoración de los riesgos así como la implementación de acciones preventivas de tal manera que se minimicen y se dé el seguimiento a su efectividad a través de la medición, análisis y gestión de los eventos adversos, cuyo propósito es crear una cultura de seguridad alrededor de los temas de seguridad clínica e incrementar la seguridad de los pacientes, no se ha desarrollado en la IPS objeto de la auditoría.

#### **3) Proporción de criterios cumplidos en la monitorización de aspecto relacionados con la seguridad del paciente.**

- **Definición Operacional:**
- N° de criterios cumplidos en la monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente /Total de criterios evaluados (x100)
- **Resultado:**  $0(x100)=0\%$

- **Análisis:** La Institución objeto de la auditoría no ha desarrollado las diferentes actividades que están definidas como obligatorias por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la segunda buena práctica para la seguridad de los pacientes, relacionadas con la evaluación semestral de la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia del mejoramiento continuo de dicha adherencia

#### 4) Proporción de criterios cumplidos para detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones.

- **Definición Operacional:** N° de criterios cumplidos en la aplicación de las buenas prácticas de seguridad del paciente para detectar, prevenir y reducir los riesgos de infecciones/Total de criterios evaluados (x100)
- **Resultados:**  $\frac{12}{21} \times 100 = 57\%$
- **Análisis:** La clínica Piedecuesta evidencia un cumplimiento bajo de las diferentes medidas y uso de precauciones de barreras que se tienen contempladas como obligatorias en la resolución 2003 y los paquetes instruccionales de buenas prácticas para la seguridad del paciente del ministerio de salud como es el no contar con insumos para la higiene de manos, la guía de aislamiento ni la medición de adherencia de la misma, así como de medición mensual de indicadores de infección del sitio operatorio (ISO), Endometritis, infecciones por transfusiones, flebitis, IVU asociadas a sonda vesical, ni su análisis ni plan de acción para el mejoramiento, aumentando el riesgo en el paciente la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos.

#### 5) Proporción de criterios cumplidos para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.

- **Definición operacional:** N° de criterios cumplidos en la aplicación de las buenas prácticas de seguridad del paciente para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos/total de criterios evaluados (x100)
- **Resultados:**  $\frac{5}{15} \times 100 = 33.3\%$
- **Análisis:**  
En la auditoría realizada a la implementación de la política de seguridad del paciente en la Clínica, se evidencio muy bajo cumplimiento a la estrategia para mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos dado que no

cuentan con todos los protocolos de obligatorio cumplimiento según la norma emanada por el ministerio de protección social como lo son el protocolo para la marcación, identificación de medicamentos de alto riesgo, tampoco realiza medición periódica de adherencia a protocolos de dispensación segura, proceso de administración segura de medicamentos, uso racional de antibióticos, ni tampoco se registra de manera estandarizada las alergias a medicamentos.

**6) Proporción de criterios cumplidos para asegurar la correcta identificación del paciente.**

- **Definición Operacional:** No de criterios cumplidos para asegurar la correcta identificación del paciente/ Total de criterios evaluados ( x 100)
- **Resultado:**  $\frac{0}{7} \times 100 = 0\%$
- **Análisis:** En este criterio de verificación se encontró el incumplimiento total de lo exigido en la norma de habilitación del ministerio de protección social, como que no cuentan con protocolo para la correcta identificación del paciente en el momento de su ingreso, no se realiza medición de adherencia al mismo y la manilla de identificación con la que cuentan no es exclusiva para identificar el paciente

**7) Proporción de criterios cumplidos para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.**

- **Definición Operacional:** No de criterios cumplidos para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos/ Total de criterios evaluados (x100)
- **Resultado:**  $\frac{0}{4} \times 100 = 0\%$
- **Análisis:** El cumplimiento de este criterio es nulo, dado que no se aplica lista de chequeo para cirugía segura durante los tres momentos; solo se realiza en el preoperatorio, como lo tiene determinado la resolución 2003 del año 2014 del Ministerio de Salud y la OMS dentro de la alianza mundial.

**8) Proporción de criterios cumplidos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.**

- **Definición operacional:** No de criterios cumplidos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.

- **Resultado:**  $\frac{0}{10} \times 100 = 0\%$
- **Análisis:** En la evaluación de esta estrategia de obligatorio cumplimiento según la norma vigente para la implementación de la política de seguridad del paciente se encuentra que la Clínica Piedecuesta no cumple con los lineamientos para brindar una atención segura ya que cuenta con un formato de clasificación del riesgo de caídas que no es claro cómo se hace la consolidación de lo evaluado y tampoco se realiza al 100% de los pacientes.

#### 9) Proporción de criterios cumplidos para prevenir las úlceras por presión.

- **Definición Operacional:** No de criterios cumplidos para prevenir las úlceras por presión/ Total de criterios evaluados (x100).
- **Resultado:**  $\frac{0}{5} \times 100 = 0\%$
- **Análisis:** La verificación de esta estrategia evidencio un cumplimiento nulo, teniendo en cuenta lo establecido en los estándares mínimos de habilitación y lo determinado en el paquete instruccional del Ministerio de Salud para la prevención de úlceras por presión, dado que no se clasifica el riesgo de úlcera al 100% de los pacientes, así como no se cuenta con el protocolo de minimización del riesgo de úlceras por presión y por consiguiente no se realiza medición de adherencia a dicho protocolo.

#### 10) Proporción de criterios cumplidos para garantizar la atención segura a la gestante y del recién nacido.

- **Definición operacional:** No de criterios cumplidos para garantizar la atención segura a la gestante y el recién nacido/ Total de criterios evaluados (x100)
- **Resultado:**  $\frac{0}{5} \times 100 = 0\%$
- **Análisis:** En la evaluación de la estrategia de seguridad del paciente en este criterio se evidencio un cumplimiento nulo que no responde a los lineamientos del Ministerio de Salud enfocados a minimizar los riesgo durante la atención en salud al binomio madre- hijo, dado que la Clínica no cuenta con protocolo o guía de atención prioritaria a la gestante, ni realiza medición de adherencia, ni tampoco plantean planes de acción para el mejoramiento continuo.

**11) Proporción de criterios cumplidos para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y hemocomponentes y a la transfusión sanguínea.**

- **Definición operacional:** No de criterios cumplidos para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y hemocomponentes y a la transfusión sanguínea/Total de criterios evaluados (x100).
- **Resultado:**  $\frac{2}{5} \times 100 = 40\%$
- **Análisis:** La auditoría realizada mostró un bajo cumplimiento en esta estrategia dado que no se realiza medición de adherencia al protocolo de gestión segura para la sangre y sus componentes sanguíneos, tampoco cuentan con un indicador estructurado para dicha medición, ni realizan planes de mejoramiento para proporcionar barreras de seguridad durante la atención.

**12) Proporción de criterios cumplidos en la funcionalidad del procedimiento de consentimiento informado**

- **Definición operacional:** No de criterios cumplidos en la funcionalidad del procedimiento de consentimiento informado /Total de criterios evaluados (x100).
- **Resultado:**  $\frac{0}{7} \times 100 = 0\%$
- **Análisis:** En la IPS no se ha establecido un procedimiento actualizado para garantizar la funcionalidad del consentimiento informado con todos los criterios evaluados en la lista de verificación adjunta.

#### **ANEXO 4. ENTREVISTA APLICADA A PACIENTES SOBRE LA INFORMACION RECIBIDA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Señor Usuario. Marque con una X según corresponda

1. Durante su estancia en la institución le han hablado sobre sus Derechos y Deberes? (Hospitalización)  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. Cada vez que ha recibido atención por parte del personal de la institución ha sido llamado por su nombre  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. Le hablaron sobre las medidas para Prevenir caídas durante su estancia en la institución  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. Para su atención el personal se lavó las manos antes y después de atenderlo.  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
5. Le mencionaron que hacer en caso de una emergencia. (Temblor o incendio).  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
6. Le explicaron el significado de su manilla.  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
7. ¿Le brindaron información explicaron sobre su enfermedad?  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
8. ¿Le explicaron los riesgos y posibles Complicaciones al realizarle un procedimiento?  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
9. ¿Firmo autorización para la realización de su Procedimiento?  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
10. ¿Le explicaron los mecanismos para colocar quejas, reclamos y sugerencias?  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
11. El personal asistencial y administrativo del servicio lo trato con amabilidad y calidez.  
Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

***Muchas gracias por su colaboración, su opinión es muy importante para nosotros!!!***

**ANEXO 5. ENTREVISTA APLICADA AL PERSONAL ASISTENCIAL SOBRE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Marque con una X según corresponda:

1. ¿Conoce la política de seguridad del paciente implementada en la institución?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
2. ¿La Política de Seguridad del Paciente ha sido divulgada al personal de la institución?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
3. ¿Conoce usted el Sistema para el Reporte de Fallas que se presentan durante la atención, relacionados con la seguridad del paciente?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
4. ¿Considera que cuenta con los medios de trabajo necesarios para evitar errores en la asistencia al usuario?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
5. ¿Se les informa los errores que se presentan en el servicio? ¿Se aplican medidas de mejora?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
6. ¿Conoce las barreras de seguridad que se utilizan en la institución para evitar la ocurrencia de eventos de seguridad clínica prevenibles?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
7. ¿Conoce del protocolo establecido en la institución para la correcta identificación del usuario al ingreso?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
8. ¿Sabe Ud. si la institución cuenta con un protocolo para la minimización de riesgo de caídas derivados de la condición clínica del paciente?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
9. ¿Conoce Ud. la estrategia de administración segura de medicamentos?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
10. ¿Conoce Ud. el mecanismo existente en la institución para la notificación, análisis de incidentes o eventos adversos que ocurran durante la atención y la implementación de planes de mejora?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
11. ¿Conoce usted el protocolo para la prevención de úlceras por presión, incluye la valoración del estado de la piel y cuidados?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
12. ¿Conoce las guías de práctica clínica implementadas en la institución?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
13. ¿Conoce los cinco momentos para el lavado de manos?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_
14. ¿Conoce el protocolo de las precauciones de aislamiento universal?  
**Si**\_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_

***¡¡Muchas gracias por su colaboración, su opinión es muy importante para nosotros!!!***

## ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE LA AUDITORIA AL CUMPLIMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Formato 001  
Proyecto de grado  
Seguridad del paciente

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN UN PROYECTO DE INVESTIGACION

**Nombre de los Investigadores Principales:** Dora Carolina Cáceres, Consuelo Santisteban y Andrea Santos Rodríguez.

**Documento de Consentimiento Informado para:** la auditoria a la implementación de la política de seguridad del paciente en la Clínica Piedecuesta del Departamento de Santander, brindada a los pacientes allí atendidos.

**Nombre de la Organización:** Clínica Piedecuesta del Departamento de Santander.

**Nombre de la Propuesta:** Auditoria a la implementación de la política de seguridad del paciente basada en estándares obligatorios de habilitación.

**Propuesta:**

Somos un grupo de 3 profesionales de enfermería, que estamos actualmente cursando la especialización de Auditoria en salud en la universidad UNAB y el CES; quienes invitamos a la institución que usted representa legalmente a participar de la investigación dada mediante una auditoria a la implementación de la seguridad del paciente, teniendo en cuenta los lineamientos del ministerio de salud colombiano, para saber si se están llevando a cabo las diferentes estrategias y mecanismo para la identificación, reporte, análisis, seguimiento y plan de mejoramiento de los EA detectados y presentados en la institución para minimizar los riesgos a los que se encuentran expuestos los pacientes cuando reciben una atención en salud.

Esta auditoria se realizara visitando los servicios de urgencias, cirugía y hospitalización haciendo revisión de registros clínicos de los pacientes que se encuentran siendo atendidos, de la documentación relacionada con la política de seguridad del paciente, identificando de manera observacional los diferentes mecanismos que tiene implementados la clínica para la evaluación, notificación, vigilancia y control de los EA. Esta investigación es una investigación sin riesgos, ya que no se intervendrá en el individuo propiamente dicho, sino se evaluaran todos los aspectos que están inmersos en la seguridad del paciente.

Los datos recolectados y analizados se retroalimentaran a la clínica, y se presentara un informe con recomendaciones de mejora de las inconformidades encontradas.

**Participación voluntaria:**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente la participación en esta investigación de la Clínica Piedecuesta a la que represento legalmente como Gerente, a que se realice auditoria a la implementación de la seguridad del paciente.

Además entiendo que la información recolectada y analizada por el grupo investigador será veraz y retroalimentada para minimizar los riesgos en el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud brindados a la población.

De igual forma la información recolectada en la auditoria es confidencial de la institución .

Nombre de la Clínica Participante Clinica Piedecuesta

Firma del Gerente [Firma]

Fecha (Día/mes/año) 28 Mayo de 2015