

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
RESOLUCIÓN No.001
(Julio 25 de 2014)

“Por medio de la cual se establece la política de seguridad del paciente en la FUNDACION IPS UAM”

LA GERENTE DE LA FUNDACION IPS UAM, en uso de sus atribuciones estatutarias y,

CONSIDERANDO

Que de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, y para efectos de evaluar y mejorar la calidad de ésta, el señalado sistema deberá cumplir con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Que el Ministerio de la Protección Social, en el mes de junio de 2008, emitió los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente, que es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y de obligatorio cumplimiento en los prestadores de servicios de salud.

Que el objetivo de dicha política es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Que la orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre Seguridad del Paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

Que la FUNDACION IPS DE UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES tiene la seguridad del paciente como uno de sus procesos más relevantes en la dimensión de calidad de su proceso de atención.

Que en tal sentido, se hace necesario que la FUNDACION IPS UAM adopte e implemente la política de seguridad del paciente, en la IPS y clínicas de la Institución, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos del Ministerio de Protección Social para la prestación de los servicios de salud.

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: Adoptar como Política de Seguridad del paciente en la FUNDACION IPS UAM, el documento contenido en el siguiente texto:

CAPITULO I.

FUNDAMENTOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; y en consecuencia, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser minucioso, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. De igual manera, se observa este comportamiento en los procesos de atención en salud, incorporando tecnologías y

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del paciente se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con todos los actores.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los conocidos eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro, es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a éste sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar o la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar ha facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Así las cosas, la Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

existe una sólida decisión por parte del Gobierno, los prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

La FUNDACION IPS UAM tiene entre sus objetivos garantizar la planificación, implementación y mantenimiento de los procesos de seguimiento, análisis y mejora continua necesarios para lograr la conformidad de la prestación de los servicios de salud con las exigencias legales establecidas y con las metas organizacionales definidas, y para ello busca implementar la Política de Seguridad del paciente, con el fin de promover la cultura de seguridad en sus colaboradores, pacientes y familias y desarrollar acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención médico-asistencial.

2. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA

Alcanzar el propósito de establecer una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia. Es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a todo el proceso de la atención en salud.

Para el efecto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

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

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

3. OBJETIVOS

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- 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.
- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
- Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.
- Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

4. DEFINICIONES BÁSICAS DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE¹

Seguridad del paciente

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el

¹Lineamientos para la implementación de la Política de la Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia, Bogotá D.C.; Noviembre de 2008.

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Atención en salud:

Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Indicio de atención insegura

Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Falla de la atención en salud

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

Riesgo

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

Evento adverso

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

- **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Incidente

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

Complicación

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

Violación de la seguridad de la atención en salud

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

Barrera de seguridad

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

Sistema de gestión del evento adverso

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

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.

Acciones de reducción de riesgo

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

CAPITULO II

LINEAMIENTOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA FUNDACION IPS UAM

1. POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La FUNDACION IPS UAM, asume la seguridad del paciente como el conjunto de Prácticas Institucionales tendientes a aumentar los niveles de seguridad en la prestación del servicio protegiendo con ello al paciente y al personal de salud de riesgos evitables derivados de la atención en salud, para ello promueve la cultura de seguridad, el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención médico-asistencial.

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

2. PROPÓSITOS

- Instituir una cultura de seguridad del paciente
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear y fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente

3. COMPONENTES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Idoneidad del Personal: Incluye cumplimiento de competencias y habilidades de los trabajadores de la institución, calificación de competencias, cualificación y capacitación, encuestas de manejo del estrés y cultura de la seguridad. Se debe tener en cuenta la estandarización de convenios docente asistencial.

Equipos Seguros: Incluye disponibilidad de equipos, programa de mantenimiento de los mismos y seguimiento a la calibración de equipos que lo requieran; visible en un programa de Tecnovigilancia.

Infraestructura Segura: Garantizar cumplimiento de requisitos de Habilitación, y mantenimiento de la infraestructura física y tecnológica.

Cuidado del Usuario: Incluye enseñanza de rutas de evacuación y planes de emergencia, promover el auto cuidado y seguridad de las pertenencias, brindar orientación a los usuarios para custodia de menores

Insumos Seguros: Calidad asegurada y control de los insumos, escucha de la voz del cliente interno, análisis técnico de adquisiciones

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

Seguridad Documental: Incluye archivo de Historia Clínica y demás documentos del usuario así como de documentos con información confidencial.

Cadena de Custodia: Salvaguarda de registros del usuario que pueden servir como pruebas en eventos de seguimiento judicial o similares.

4. ESTRATEGIAS Y LINEAS DE ACCIÓN

ESTRATEGIA 1. EDUCATIVA

Línea de acción 1.1: Acciones educativas dirigidas al personal de salud, al paciente y su familia

Línea de acción 1.2: Rondas de seguridad

Línea de acción 1.3: Promover la cultura de seguridad del paciente

ESTRATEGIA 2. PRÁCTICAS MISIONALES SEGURAS

Incluye seguimiento de: eventos adversos, definición de riesgos, indicadores de calidad, aplicación de normas de bioseguridad, control de medicamentos, medición de adherencia a guías de manejo y calidad del registro de la historia clínica

Línea de acción 2.1: Idoneidad del personal

- Perfil del personal contratado
- Desarrollo de competencias de los estudiantes
- Capacitación permanente

Línea de acción 2.2: Brindar atención limpia y segura

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

- Lavado de manos segura
- Panorama de riesgos
- Prácticas de Bioseguridad
- Desinfección y Esterilización de equipos e instrumental
- Manejo adecuado de los residuos comunes y hospitalarios
- Medición de adherencia a guías de manejo y protocolos de atención

Línea de acción 2.3: Equipos, dispositivos e insumos seguros

- Programa de tecnovigilancia.
- Programa de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo de los equipos.
- Clasificación según categoría, riesgo, uso y reúso
- Proceso de adquisición, distribución y almacenamiento de insumos

Línea de acción 2.4: Infraestructura física apropiada y segura

- Instalaciones que cumplan con las condiciones de localización, vulnerabilidad, suministro de agua y energía
- Señalización
- Rutas de evacuación

Línea de acción 2.5: Seguridad documental

- Archivo de historias clínicas
- Otros documentos con información institucional y/o confidencial

Línea de acción 2.6: Cuidado del usuario

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

- Incluye enseñanza de rutas de evacuación y planes de emergencia
- Deberes y derechos de los usuarios

ESTRATEGIA 3. DETECCIÓN, ANALISIS, SEGUIMIENTO Y APRENDIZAJE A PARTIR DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Línea de acción 3.1: Identificación del riesgo y definición de los eventos adversos

Línea de acción 3.2: Sistema de reporte de los eventos adversos

Línea de acción 3.3: Implementación del protocolo de Londres

CAPITULO III. METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los elementos contemplados por la FUNDACION IPS UAM para fortalecer las prácticas seguras están representados en las siguientes metodologías:

1. Grupo líder de seguridad del paciente: Conformado con el fin de reducir los daños intencionales y no intencionales ocasionados a los pacientes, a través de la prevención y disminución de los errores, en el sistema y en las personas. Todo lo tratado en las sesiones del grupo constará en actas. Estará integrado por personal administrativo y asistencial de diferentes áreas de la IPS-Clinicas, así:

- Coordinador Administrativo
- Coordinador Científico

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

- Líder de auditoría
- Representante salud ocupacional
- Invitado(s) según caso a tratar

2. Rondas de seguridad: Semanalmente los integrantes del grupo de seguridad del paciente, visitara un servicio sin aviso previo, esto para que se mantengan preparados en todo momento.

Durante la primera media hora, se realiza la verificación de lista de chequeo, interactuando con colaboradores y/o pacientes.

En la segunda media hora se realiza un conversatorio entre los visitantes y el personal del servicio teniendo en cuenta los siguientes ítem:

Sugerencias y comentarios del personal.

Presentación de hallazgos por parte de los visitantes.

Identificación de dificultades, limitantes y propuestas de mejoramiento.

Conclusiones.

3. Promoción de la cultura de seguridad: representada por la participación de todas las áreas en la implementación, despliegue, difusión y réplica de metodologías que aporten a la seguridad del paciente. Esta cultura es difundida permanentemente y se fortalece promoviendo los proyectos y las mejoras.

- Frase representativa

-Referencias visuales sobre seguridad (señalización, mensajes, cinta antideslizante, circulares internas, video institucional en el cual se muestra la política de seguridad del paciente)

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

4. Implementación de Listas de Chequeo: Para la verificación de los estándares de calidad en las diferentes áreas, se utilizan las siguientes listas de chequeo:

- Lista de chequeo para control de normas de bioseguridad.
- Lista de chequeo para manejo y control de medicamentos.
- Lista de chequeo para control de manejo de historia clínica.
- Lista de chequeo de seguridad del paciente.

5. Prácticas Seguras:

- Cumplimiento de normas, guías y protocolos en la atención de los pacientes. Es importante realizar medición de la adherencia de las mismas.
- Generar alianzas que permitan conformar equipos de respuesta rápida ante emergencias que pongan en riesgo la vida de los pacientes.
- Prevención de infecciones:
 - Uso de elementos de protección personal.
 - Infraestructura y mantenimiento
 - Concepción de la infraestructura para prevención de infecciones: barreras sanitarias, aires acondicionados, filtros en las áreas requeridas.
 - Seguimiento y mantenimiento a ductos, filtros, conductos de agua y vapor, esterilizadores, etc.
 - Limpieza periódica de los tanques de agua de reserva.
 - Limpieza y desinfección
 - Conocimiento, difusión y monitoreo de los procesos de limpieza y desinfección, en el personal que realiza esta labor.

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

- Aseguramiento de la calidad de los productos necesarios para realización de limpieza y aseo, control del uso y su concentración.
- Protocolo de lavado de manos.
- Farmacovigilancia
- Tecnovigilancia
- Prevención de procedimiento en paciente, órganos y lugares equivocados.
- Prevención de caídas. Utilización del Protocolo de prevención de caídas.

6. Cultura del reporte: Reportar es la base fundamental para el mejoramiento y la prevención de los errores, estos reportes para ser efectivos deben ser:

- Visibles
- Que cuenten la historia.
- Analizados por equipos y no por individuos.
- Que sirvan para rediseñar procesos

7. Seguridad por el medio ambiente:

- Manejo integral de los residuos hospitalarios y comunes
- Manejo integral del recurso agua y energía
- Control de plagas y vectores

8. Sistema efectivo de identificación y gestión de eventos adversos: mediante la aplicación del autorreporte, indicadores de seguridad y el análisis con el protocolo de Londres.

CAPITULO IV

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

CLASIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN METODOLOGIA DEL REPORTE Y ANALISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS:

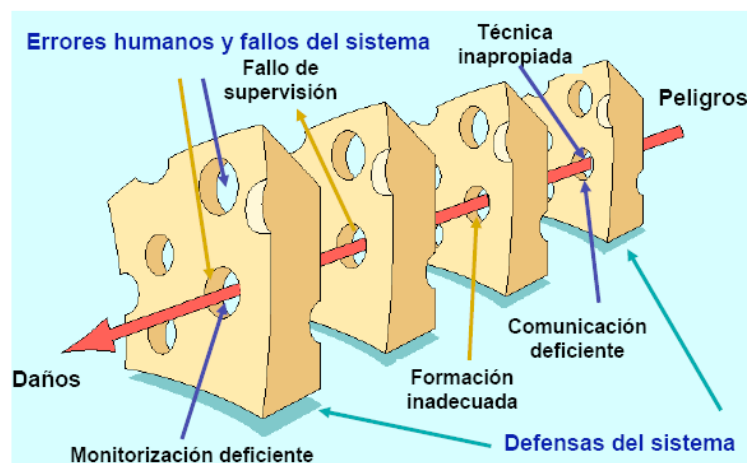
- **Incidente:** Es una circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en el procesos de atención
- **Evento adverso:** Lesión o daño, no intencional causada al paciente por la intervención asistencial ejecutada con o sin error y no originada por la patología de base.
- **Complicación:** Lesión no intencional causada al paciente por la intervención médico-asistencial ejecutada sin error y no originada por la patología de base.
- **Evento centinela:** evento adverso en el que se ocasiona la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente del estilo de vida.
- **Peligros y condiciones inseguras:** son todas aquellas condiciones o situaciones que constituyen o pueden llegar a constituir una amenaza para la seguridad del paciente. Defectos en el diseño, organización, operativización o mantenimiento de un proceso que pueden llevar al error.

2. MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO:

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

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

El siguiente gráfico ilustra este modelo explicativo de la ocurrencia y la causalidad del evento adverso. Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que lo originaron: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad.



3. LAS BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EVENTO ADVERSO:

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

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

Algunas de las prácticas seguras que se utilizan para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

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

El diseño de barreras de seguridad se desprende del análisis multicausal de los eventos adversos ocurridos, para lo cual recomendamos la utilización del **protocolo de Londres**, o del análisis del modo de falla de los procesos de atención en salud. Estas barreras deben ser redundantes cuando el proceso lo requiera.

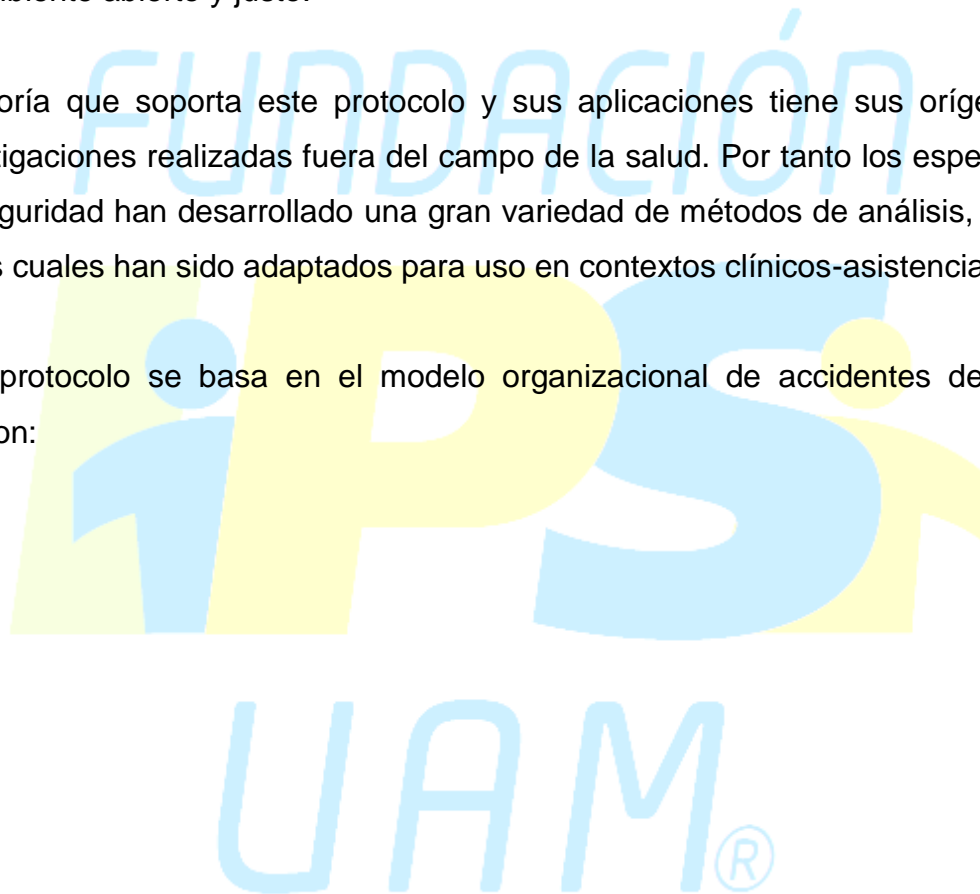
4. REPORTE DE LOS EVENTOS ADVERSOS:

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

La metodología para la política de seguridad del paciente de la FUNDACION IPS UAM se basa en el Protocolo de Londres, este protocolo soporta un proceso de investigación, análisis y recomendaciones. Con lo cual se busca trascender procedimientos disciplinarios y aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual y llegar a una investigación de incidentes y eventos que sea fructífera en un ambiente abierto y justo.

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones tiene sus orígenes en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. Por tanto los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínicos-asistenciales.

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason:



	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:



Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.

Se tiene entonces como estrategia para el manejo y detección de los principales modos de falla, para establecer los correctivos y las barreras de seguridad para el cumplimiento de lo establecido en la política de seguridad del paciente, implementar como herramienta, el reporte de los incidentes o evento adversos presentados en las diferentes áreas de la institución.

El formato de reporte consta de las siguientes partes:

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

REPORTE Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo:

Tipo de identificación: C.C ____ T.I ____ R.C ____ C.E ____ N° _____

Edad: _____ Sexo: M ____ F ____

2. DATOS DE QUIEN REPORTA:

Nombre completo:

Cargo:

3. CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE CAIDA AL INGRESO:

4. DESCRIPCIÓN DEL SUCESO:

Que ocurrió:

Como ocurrió:

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

Donde ocurrió:

Fecha de ocurrencia: _____ Hora: _____ Servicio: _____

5. FALLAS ACTIVAS (ACCIONES U OMISIONES):

ORIGEN	Marque con X
Olvido	
Descuido	
Desviación de un estándar, procedimiento o practica segura	

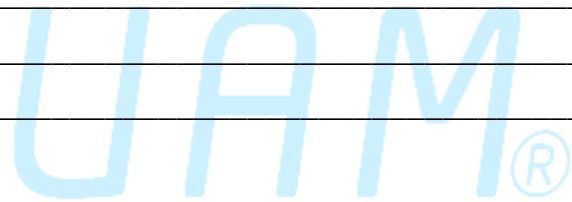
5. FACTORES CONTRIBUTIVOS:

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO	Marque con X
PACIENTE	Complejidad y gravedad	
	Lenguaje y comunicación	
	Personalidad y factores sociales	
TAREA Y TECNOLOGIA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura	
	Disponibilidad y uso de protocolos	
	Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas	
	Ayuda para toma de decisiones	
INDIVIDUO	Conocimientos, habilidades y competencias	
	Estrés	
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita	
	Supervisión y disponibilidad de soporte	
	Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)	

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

AMBIENTE	Personal suficiente	
	Carga de trabajo	
	Patrón de turnos	
	Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos	
	Soporte administrativo y gerencial	
	Clima laboral	
	Ambiente físico (luz, espacio, ruido)	
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recurso y limitaciones financieras	
	Estructura organizacional	
	Políticas, estándares y metas	
	Prioridades y cultura organizacional	
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio	
	Contactos externos	

6. ACCIONES TOMADAS FRENTE AL EVENTO:



	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

Espacio exclusivo para el Grupo Líder en Seguridad FUNDACION IPS UAM:

7. ANALISIS CAUSAL (IDENTIFICAR LOS FACTORES CONTRIBUTIVOS RELEVANTES:

A.
B.
C.

El anterior formato deberá ser diligenciado en su totalidad y entregado al grupo Líder en Seguridad, para su posterior análisis.

5. ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS:

Para el análisis se utilizara la metodología del Protocolo de Londres aplicando los siguientes pasos:

1. Identificación y decisión de investigar.
2. Selección del equipo investigador (Grupo líder de seguridad).
3. Obtención y organización de la información.
4. Establecer cronología del incidente.
5. Identificar las acciones inseguras.
6. Identificar factores contributivos.
7. Recomendaciones y plan de acción.

	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

CAPÍTULO V: RECURSOS FINANCIEROS

La asignación de recursos financieros para los diferentes procesos a que se refiere esta política, estará sujeta estrictamente a la previa asignación presupuestal respectiva y su ejecución se realizará con base en las políticas administrativas y financieras establecidas por la FUNDACION IPS UAM para tal fin y la disponibilidad de ellos.

ARTÍCULO SEGUNDO: Reproducir la presente Resolución en un texto que permita su amplia difusión entre los actores académicos, directivos, personal de salud, usuarios y órganos de representación democrática dentro de la FUNDACIÓN IPS UAM.

ARTÍCULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Dado en Manizales a los veinticinco (25) días del mes de julio de 2014.



GABRIEL CADENA GOMEZ

Presidente Junta Directiva



SANDRA MILENA MARIN BETANCUR

Gerente Fundación IPS UAM