PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
GERENTE
VIGENCIA -2022
GUAMAL MAGDALENA



RESOLUCION No. 0112
(18 de Marzo de 2022)

"Por medio de la cual se adopta el programa de seguridad del paciente de la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena"

El Gerente de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, nombrado por el Decreto No. 0165 del 16 de Mayo de 2020, expedido por la Gobernación del Magdalena, posesionado mediante Acta No. 0096 del 16 de Mayo de 2020, en ejercicio de sus facultades legales y estatutarias, en especial en Ley 100 de 1993, Decreto 1011 de 2006, Resolución 3100 de 2019.

CONSIDERANDO:

Que según los estatutos internos y generales de la prestación de servicios de salud es necesario "promover la adaptación y adopción de las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y velar por la validez científica y técnica de los procedimientos utilizados en el diagnóstico y tratamiento"

Que es deber de las directivas de la E.S.E conforme a los reglamentos estar en continuo mejoramiento y adecuación a las normas en calidad y prestación de los servicios de salud, por lo tanto la estandarización propicia la transparencia en todas las actuaciones de los trabajadores de la E.S.E, generando así credibilidad ante la administración pública y en los servicios de salud.

Que compete a los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, conforme a lo establecido en el numeral 6 del artículo 4 del decreto 139 de 1995 "Promover la adaptación, adopción de las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y velar por la validez y científica y técnica de los procedimientos utilizados en el diagnóstico y tratamiento".

Que conforme a lo anterior,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Adoptar para la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, el programa de seguridad del paciente .

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resolución rige a partir de su expedición y deroga las normas internas de esta Empresa Social del Estado que le sean contrarias.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE:

Dada en Guamal, Magdalena a los 18 días del mes de marzo de 2022.

JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
Gerente E.S.E.

Contenido

INTRODUCCIÓN 5

OBJETIVOS 7

OBJETIVOS GENERALES 7

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 7

DEFINICIONES 8

MARCO NORMATIVO 9

MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO 10

DECLARACION DE LA POLITICA DE SEGURIDA DEL PACIENTE 13

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL, MAGDALENA 14

MISIÓN 14

VISIÓN 14

VALORES INSTITUCIONALES 14

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES 16

OBJETIVOS INSTITUCIONALES 16

POLITICAS INSTITUCIONALES 17

POLÍTICA DE SERVICIOS 17

POLÍTICA DE CALIDAD 18

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 18

POLÍTICA AMBIENTAL 19

POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN 19

POLÍTICA DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 20

POLÍTICA DE TALENTO HUMANO 20

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO 21

POLÍTICA FINANCIERA 21

MAPA DE PROCESO 22

ORGANIGRAMA 23

CAPACIDAD INSTALADA 24

ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 25

EJES FUNDAMENTALES DE LA POLÍTICA....26
ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA....26
PRINCIPIOS ORIENTADORES....27
RESPONSABLE DEL PROGRAMA....27
ESTRATEGIAS DE METODOLOGÍAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE....28
1. EL MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO....28
2. MODELO CONCEPTUAL (ALGORITMO)....29
3. MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS: ANÁLISIS DE LONDRES....30
LINEAS DE ACCION....33
RUTA PARA LA INVESTIGACION Y ANALISIS EVENTOS ADVERSOS....33
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE....35
GESTIÓN DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS....36
IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS EXISTENTES....36
Riesgos inherentes a todos los servicios....36
Riesgos Inherentes a los Servicios de Internación....36
Riesgos Inherentes a los Servicios de Consulta Externa....37
Riesgos Inherentes al Servicio de Urgencias....38
Riesgos Inherentes al Servicio de Laboratorio Clínico....38
Riesgos Inherentes al Servicio de Radiología....39
Riesgos Inherentes al Servicio de Farmacia....39
DIAGRAMA DE ESTRUCTURA DEL PROGRAMA....40
COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE....40
PROCESOS SEGUROS....42
MATERNIDAD SEGURA....42
DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS....43
Porcentaje de Eventos Adversos Asociados al Uso de Dispositivos Médicos. 43
Porcentaje de Pacientes con Reacciones Adversas a Medicamentos....44

PROPORCION DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN....45

PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS....45

Porcentaje de Gestión de Eventos Adversos....46

MONITORIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS....46

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS....47

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES....48

MEDIDAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCION DE LA COVID – 19 Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS.....61

ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES ESTABLECIDAS EN LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN PARA EL MANEJO DE PACIENTES PROBABLES O CONFIRMADOS CON COVID – 19....62

Medidas de precaución adicionales, considerando mecanismos de transmisión del SARS-Cov-2....63

LAVADO DE MANOS....64

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (INTRAHOSPITALARIAS)....66

INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS) O INTRAHOSPITALARIA (IIH)....66

INFECCIÓN EXTRAHOSPITALARIA....67

FACTORES DE RIESGO....69

DEFINICIONES DE CASO....69

Caso sospechoso....69

Caso probable....69

Caso confirmado....70

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE....73

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN....73

RONDAS DE SEGURIDAD....73

BIBLIOGRAFIA....75

INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en esta institución, 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 existe una sólida decisión por parte del Gobierno, de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de Salud.

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), se ha identificado como eje central la seguridad de los pacientes y la humanización del servicio, los objetivos principales son prevenir eventos que puedan llevar a los usuarios a sufrir situaciones que les generen mayores riesgos en la atención, y de esta manera reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos. Así mismo se han definido políticas con miras a prestar servicios que sean cercanos a la persona, entendiendo a cada paciente como un ser humano merecedor de servicios que propendan por su integridad y dignidad.

El propósito del presente programa es brindar instrumentos que permitan contribuir a prestar una atención segura a todos los usuarios de La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, entendiéndose por atención segura la prevención del riesgo, la corrección de las acciones inseguras y el refuerzo de las barreras de seguridad para prevenir el evento adversos durante el proceso de atención en salud e implementar modelos de prácticas seguras en nuestro entorno, con el fin de pretender acercar los lineamientos establecidos por el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud en lo concerniente a la seguridad del paciente, de tal manera que se promuevan prácticas seguras y se impulse a la institución a estándares competitivos a nivel nacional e internacional.

Se ha identificado que, a pesar de los avances científicos aplicables a la prestación de servicios de salud, se han seguido presentando daños colaterales no intencionales, los cuales en su mayoría fueron generados por desconocimiento de los factores que generan las situaciones inseguras.

Estas situaciones inseguras son producto de la complejidad inherente a los servicios de salud, lo que en sí mismo nos expone ante un sistema de alto riesgo.

La complejidad y por consiguiente el alto riesgo inherente de la prestación de servicios de salud se acentúa en la medida en que se incorporan tecnologías, técnicas y procedimientos cada vez más especializados, es decir nos encontramos antes la

concurrencia de múltiples factores cada uno con un grado de complejidad muy alto que al interactuar elevan aún más los riesgos en la prestación de los servicios de salud.

La alternativa ante un panorama de múltiples factores de riesgos es la prevención, y ésta en el caso específico de la prestación de servicios de salud, se logra con la identificación de los factores asociados a los riesgos.

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, comprometida en brindar una atención segura ha implementado la identificación de pacientes teniendo en cuenta los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud OMS, los cuales hacen referencia a:

- Insistir en la responsabilidad principal de los profesionales de verificar la identidad de los pacientes, haciendo coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (toma de muestras, procedimientos, etc.)
- Utilizar al menos dos identificadores (nombre y documento de identidad) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de medicamentos, o realización de procedimiento. **Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente.**
- Disponer de protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de pacientes con el mismo nombre.
- Disponer de protocolos claros para el cuestionario de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.
- Prever controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos en el ordenador.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Gestionar los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud, considerando como una medida de seguridad del paciente durante el proceso de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los riesgos asociados a la prestación de servicios en la institución.
- Establecer barreras para evitar la materialización de los riesgos identificados en la prestación de los servicios.
- Desplegar estrategias para establecer un entorno seguro de la atención en salud.
- Proveer herramientas a los usuarios para aumentar el conocimiento tanto de su estado de salud como de los procedimientos y atenciones de las que son o van a ser sujetos.
- Crear una cultura organizacional orientada a la prevención de eventos adversos.
- Propiciar un ambiente confiable al personal de salud para en el caso de presentarse un evento adverso, se reporte, se investigue y se generen el mejoramiento continuo y el crecimiento organizacional.

DEFINICIONES

Seguridad del Paciente: Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos (Agency forHealthcare and Research de los EEUU)

Evento Adverso: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención.

Identificación del Paciente: Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

Verificación Cruzada: Procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como mínimo, ej. Verbal y a través de manilla de identificación o Verbal y a través de Historia clínica.

NN: Ningún nombre.

MARCO NORMATIVO

- **Decreto 4445 1996 del Ministerio de Salud:** Dictó normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

- **Resolución 0741 de 1997 (marzo 14) del Ministerio de Salud:** imparte instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud; define que las Instituciones deberán establecer y desarrollar los procesos administrativos necesarios de vigilancia y seguridad para la protección de los usuarios.

- **Resolución WHA55.18 de 2002 de la Organización Mundial de la Salud (OMS):** plantea a los Estados miembros de la 55 Asamblea Mundial de la Salud a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

- **Ley 872 de 2003 (diciembre 30):** Creó el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, dicho sistema es visto como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados.

- **Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia Bogotá, 11 de junio de 2008:** Su objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

- **Circular Conjunta 05 de 2012 del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud:** donde se plantea dentro de las estrategias para la maternidad segura, la adopción de la Guía Técnica de Buena Práctica de Binomio Madre- Hijo.

- **Decreto 1011 de 2006:** por medio del cual por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Resolución 3100 de 2019:** por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO

"En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, e identificó seis campos de acción. Uno de estos campos de acción es el desarrollo de "Soluciones para la seguridad del paciente". En el mismo año, la Comisión Conjunta y la Comisión Internacional Conjunta fueron designadas como Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente, a fin de iniciar y coordinar el trabajo de elaboración y difusión de soluciones para la seguridad de los pacientes. El producto de este componente de la Alianza Mundial se proporciono a la comunidad médica de todo el mundo como "Soluciones para la seguridad del paciente"".

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en la Resolución 55.18 (2002) reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios y bajo el lema "primero no hacer daño" y así, estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2005) donde se resaltan un conjunto de estrategias centradas en los siguientes aspectos:

- Desafío global en seguridad del paciente
- Implicación de pacientes y consumidores en la seguridad
- Desarrollar una taxonomía en seguridad del paciente
- Investigación en seguridad de pacientes
- Soluciones para reducir el riesgo de la asistencia sanitaria y mejorar su seguridad
- Informar y aprender para mejorar la seguridad de los pacientes

A partir del 2 de mayo de 2007 la Organización Mundial de la Salud lanzo "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" con el objetivo de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención en salud, esta estrategia se basó en lo siguiente:

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos

- Identificación de pacientes.

- Comunicación durante el traspaso de pacientes

- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto

- Control de las soluciones concentradas de electrólitos

- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales

- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos

- Usar una sola vez los dispositivos de inyección
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social Implementa la Política de Seguridad del Paciente, liderada desde el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es "prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente", y elabora recomendaciones en la Guía Técnica " Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud ", en donde la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, considera la aplicación de estas recomendaciones.

Para efectos de este programa, el modelo conceptual y las definiciones son los establecidos por los "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente".

La Política de Seguridad del Paciente, es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.

Los avances Técnico -Científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas.

El sistema de prestación de servicios de salud cada día es más complejo; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, sino existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas.

Sucede entonces, que en una atención sencilla, pueden ocurrir múltiples y variados procesos.

Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesarios que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás. 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 cociente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalenase hace necesario que el sistema de Atención en Salud sea seguro y es necesaria la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Ya que Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de salud también se ve afectado es por esto que la Política de Seguridad del Paciente insta a la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Es fundamental para la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen, la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento.

DECLARACION DE LA POLITICA DE SEGURIDA DEL PACIENTE

La gerencia se compromete a dar continuidad al programa de seguridad del paciente; con el objetivo de garantizar la prestación de los servicios con seguridad y calidad; basados en la identificación de riesgos, implementación de prácticas seguras que garanticen aprendizaje organizacional, cultura de seguridad y mejoramiento continuo de los procesos que fomenten la prevención de la ocurrencia de eventos adversos involucrando a funcionarios, paciente y red de apoyo.

Objetivos

- Fortalecer los programas de capacitación al cliente interno para identificar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la organización.
- Motivar al cliente interno para continuar con la cultura de identificación y reporte de eventos e incidentes.
- Articular los procesos misionales y administrativos a través de auditorías concurrentes para identificar, gestionar y minimizar la ocurrencia de eventos.
- Fortalecer la evaluación de adherencia a guías, protocolos y procedimientos al personal asistencial y administrativo que garanticen prácticas seguras.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL, MAGDALENA

MISIÓN

Somos un hospital público de baja complejidad que ofrece servicios de salud con criterios de calidad, seguridad y oportunidad; contamos con un recurso humano idóneo comprometido con la mejora continua de los procesos asistenciales orientados hacia la satisfacción del usuario y su familia.

VISIÓN

En el 2023 seremos reconocidos como un hospital que ofrece servicios de salud oportunos y de calidad, apoyado en su equipo humano e infraestructura física y tecnológica, fijando como propósito el fortalecimiento de los servicios habilitados y dando apertura a nuevas estrategias de atención que permitan convertirnos en una institución eficiente y humanizada.

VALORES INSTITUCIONALES

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen tiene establecido en su Código de Ética y Buen Gobierno el marco de la filosofía del servicio que presta, las normas morales y éticas, además de los valores cotidianos que se constituyen en las creencias que nos unen en torno a nuestros usuarios y partes interesadas, y a través de ello, se rige la conducta y actuar de cada integrante de la E.S.E los cuales se recogen en los siguientes valores:

- **ORIENTACION AL USUARIO:** El hospital actuará en todo momento en función de satisfacer las necesidades y expectativas del usuario en materia de servicios de salud, impulsando una atención y trato personalizados.

- **DILENGENCIA**: Los Funcionarios cumplirán con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a su cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos.

- **EFICACIA**: La actuación de los funcionarios del Hospital se orientará hacia la adopción de decisiones que garanticen el mejor resultado, concreción de logros que afecten los servicios de salud que se prestan al usuario.

- **EFICIENCIA**: Los funcionarios del Hospital actuaran responsablemente con el uso de los recursos para lograr los mejores resultados, reconociendo que los recursos son limitados, y eligiendo entre alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio.

- **INNOVACIÓN**: El Hospital y los funcionarios de este, deberán tener orientación a fomentar y crear nuevas ideas imprimiendo creatividad e imaginación lo que nos permitirá mejorar y fortalecer nuestra competitividad y liderazgo.

- **HONESTIDAD**: Nos comprometemos en actuar y desarrollar nuestra misión en un ambiente de transparencia, de cara a la verdad y en cumplimento a la ley.

- **RESPETO**: Propiciamos el respeto a la persona, reconocimiento y compromiso al valor de la diversidad de ideas y puntos de vista de los colaboradores, de los usuarios y sus familias. Tenemos especial preocupación por aquellos que se encuentran en estado de vulnerabilidad.

- **TRABAJO EN EQUIPO:** Fomentamos la colaboración al interior del hospital, con la red asistencial y la comunidad respetando y valorando nuestras diferencias, fortaleciendo las relaciones interpersonales y priorizando el éxito del equipo por encima del éxito individual.

- **COMPROMISO**: Trabajamos comprometidos más allá de nuestro simple deber, generando siempre nuestro mayor esfuerzo consecuentes a la capacidad de la entidad.

- **ÉTICA**: Los funcionarios del Hospital sostendrán una conducta transparente, honesta y preocupada por la dignidad de todas las personas con las que se interactúa.
- **VOCACION DE SERVICIO:** Los funcionarios del Hospital actuaran de manera solidaria y con un accionar desinteresado inclinándose a brindar en todo instante colaboración y/o ayuda.

- **JUSTICIA**: Todos los funcionarios actuaran con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igual dad y sin discriminación.

- **CALIDAD**: La orientación hacia la calidad nos exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Actuaremos aplicando nuestro recurso maximizado los beneficios de salud con el mínimo riesgo, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

- **CONFIANZA**: Entregaremos esperanza y seguridad en nuestro actuar.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

Los principios institucionales son las bases o normas morales que deben existir en toda empresa, unidos a los valores éticos y a una misión institucional, siendo claramente identificados, se logrará el desarrollo institucional.

- **COMPROMISO EN EL SERVICIO:** desarrollamos y mantenemos una destacada actitud de servicio frente a los usuarios y sus familiares, buscando soluciones eficaces que contribuyan a la mejora continua reflejadas en la satisfacción de la asistencia generada por nuestro personal.

- **TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL:** Buscamos dar cumplimiento a nuestra misión y visión corporativa, con apego y cumplimiento a los valores éticos que, permitan generar un ambiente transparente y una relación de mutuo beneficio entre usuarios, familiares y partes interesadas.

- **MOVILIZADORES DE CAMBIO:** Como institución sabemos que nuestras acciones no solamente pueden quedar trazadas en nuestro compromiso de trabajo cotidiano, es por ello que procuramos llevar soluciones innovadoras haciendo uso de la capacidad institucional.

- **COMPROMISO CON LA CALIDAD:** Nos comprometemos con el logro de los mejores resultados a través de la prestación de nuestros servicios, desplegando una gestión efectiva, eficiente y oportuna de nuestros los procesos y recursos.
- **RESPONSABILIDAD SOCIAL:** A través de nuestro servicio, nos comprometemos con el desarrollo, el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros funcionarios y las partes interesadas, apoyados en acciones responsables.

Nos comprometemos en que nuestras acciones estén ligadas en respetar, preservar y conservar un medio ambiente sano y saludable.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

El objeto de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen de Guamal, Magdalena, es la prestación de servicios de salud en el primer nivel de complejidad servicio que será ofrecido en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud. Es por ello que la entidad desarrollará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud (Artículo 4 del Acuerdo 001-2007).

Bajo este propósito institucional la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen de Guamal, Magdalena enmarca sus objetivos, los cuales son:

- Asegurar y aumentar los niveles de satisfacción, oportunidad y calidez en la prestación del servicio.
- Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia.
- Fortalecer la gestión del talento humano enfocados en el trato digno con vocación de servicio.
- Asegurar la sostenibilidad financiera y desarrollo institucional generando rentabilidad económica y social.
- Optimizar la capacidad instalada para asegurar la prestación del servicio.
- Promover programas de responsabilidad social y ambiental aportando al desarrollo sostenible.

POLITICAS INSTITUCIONALES

Dentro del Plan De Desarrollo Institucional "Servicio eficiente con calidad humana". Se establecen las Políticas Institucionales que permite el alcance de los Objetivos trazados en el presente documento.

POLÍTICA DE SERVICIOS

La institución presta servicios de salud de primer nivel de forma oportuna y pertinente basada en estándares de calidad con un enfoque humanizado, seguro y con compromiso social.

Objetivos

- Brindar servicios de salud sin barreras de Acceso.
- Fortalecimiento del programa de seguridad del paciente e implementación del mismo en todos los procesos.
- Diseñar estrategias que permita brindar una adecuada orientación a los usuarios que acceden a la institución.
- Sensibilizar al recurso humano para propender por un trato digno y humanizado durante la prestación del servicio de salud.
- Concientizar el talento humano institucional en la necesidad de aportar conocimiento y experiencia al personal en formación.
- Mejorar la calidad del dato y reporte de todos los eventos de notificación de vigilancia epidemiológica.

POLÍTICA DE CALIDAD

La E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal – Magdalena, está comprometida con el mejoramiento continuo, para lograr la satisfacción de los usuarios externos, su red de apoyo y usuarios internos, a través de la prestación de sus servicios integrales de salud orientados en un modelo de gestión y atención centrado en el usuario, familia y comunidad, de esta forma garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios y basados en los altos estándares de calidad.

Objetivos

- Avanzar en la implementación del Sistema Único de Acreditación.
- Fortalecer todos los procesos a partir del mejoramiento continuo.
- Crear estrategias para lograr una cultura de calidad.
- Aplicar los atributos de calidad en todos los procesos institucionales.

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La Gerencia de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen del Municipio de Guamal Magdalena, en su actividad de prestación de los servicios de salud, se compromete con la implementación de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para la gestión de los riesgos laborales, que cubre todos sus centros de trabajo, sus trabajadores independientes de su forma de contratación o vinculación, incluyendo los contratistas y subcontratistas.

Objetivos

- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles.
- Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Cumplir la normatividad nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales.
- Definir y asignar los recursos financieros, técnicos y humanos necesarios para el diseño, implementación y mejora del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Desarrollar permanentemente actividades de prevención de accidentes de trabajo, enfermedades laborales y promoción de la salud.
- Involucrar los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo en los sistemas de gestión, procesos, procedimientos y decisiones en el Hospital.

POLÍTICA AMBIENTAL

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen del Municipio de Guamal Magdalena reconoce la relación existente entre la salud y el medio ambiente, por lo que se compromete a través del desarrollo de buenas prácticas ambientales con la prevención y mitigación de los impactos generados en la prestación de los servicios de salud; promoviendo el mejoramiento continuo, la sostenibilidad y salud ambiental en cumplimiento de la normatividad vigente.

Objetivos

- Fortalecer las estrategias institucionales que sensibilicen al usuario interno y externo sobre el ahorro de recursos, manejo de residuos y sustancias químicas.
- Diseñar programas que fomenten la sostenibilidad ambiental en la institución y en el municipio.
- Realizar seguimiento y autoevaluaciones que promuevan el mejoramiento continuo y la mitigación de los riesgos generados de la prestación de servicios de salud.
- Aportar a la implementación de las políticas ambientales del Departamento.

POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen de Guamal-Magdalena, como entidad prestadora de servicios de salud se compromete a instaurar e implementar la política de atención humanizada en salud, enfocada hacia el servicio integral del usuario y su familia, ofreciendo una asistencia con calidez humana que responda a sus necesidades y expectativas físicas, psicológicas, sociales, emocionales, culturales y espirituales; donde todo el personal de salud, brinde un trato amable, cálido y de respeto hacia la confidencialidad, la dignidad, fundamentados en los derechos y deberes de los pacientes sus familias y los funcionarios, con condiciones laborales justas.

Objetivos

- Generar desde el equipo directivo de la institución espacios laborales dedicados a la capacitación y sensibilización del personal.
- Conformar grupo de líderes que se comprometan y que representen a cada área del hospital y contribuyan al tema de humanización.
- Articular las estrategias de humanización con todos los procesos, para mejorar la prestación de los servicios y el clima laboral.
- Socializar y medir adherencia del programa de humanización institucional.

POLÍTICA DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen de Guamal – Magdalena, se compromete a gestionar los recursos tecnológicos y físicos necesarios que garanticen la integralidad de la atención institucional, la adecuada operación de los procesos y el cumplimiento de las metas establecidas, así mismo fomentar desde los lineamientos estratégicos el disponer de quipos, dispositivos médicos y tecnologías seguras, eficientes y efectivas acordes con el nivel de complejidad de la institución de salud, apoyando la prestación de servicios asistenciales de calidad.

Objetivos

- Realizar mantenimiento preventivo y correctivo en los equipos tecnológicos y biomédicos, identificando los que están en deterioro o que requieran cambio.
- Adquirir herramientas tecnológicas de acuerdo a la normatividad vigente que permita aumentar la calidad de la prestación de servicios buscando satisfacer las necesidades de la comunidad.
- Promover el adecuado uso de la tecnología nueva y usada, para prestar una atención segura y optimizar la vida útil de los equipos.
- Implementar un sistema de historias clínicas que nos permita tener una información más clara.

POLÍTICA DE TALENTO HUMANO

La E.S.E Hospital Nuestra Señora Del Carmen de Guamal, Magdalena, se compromete a promover el bienestar de sus colaboradores a través del fortalecimiento de los programas de capacitación, seguridad y salud en el trabajo, y aquellos que sean necesarios para fortalecer el capital humano; contribuyendo al desarrollo institucional.

Objetivos

- Establecer el plan de capacitaciones institucional por perfiles y competencias, armonizado con el mapa de procesos.
- Fortalecer el programa de humanización y rediseñar sus estrategias beneficiando al usuario externo e interno.
- Diseñar herramientas de medición para evaluar y/ o medir el avance del proceso de Talento Humano.
- Fortalecer los subprocesos de selección, inducción, reinducción, evaluación de desempeño, clima laboral y bienestar social.
- Mejorar las condiciones de trabajo con la implementación del sistema de seguridad y salud en el trabajo.

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen de Guamal - Magdalena, se compromete a establecer parámetros y controles de manera sistemática para la gestión integral de los riesgos administrativos, financieros y asistenciales determinando estrategias para la administración del riesgo que prevengan su materialización.

Objetivos

- Identificar riesgos en cada proceso de la institución para minimizar su materialización evitando acciones legales y judiciales.
- Capacitar al usuario interno en la gestión integral del riesgo para establecer controles que permitan cumplir con los objetivos institucionales.

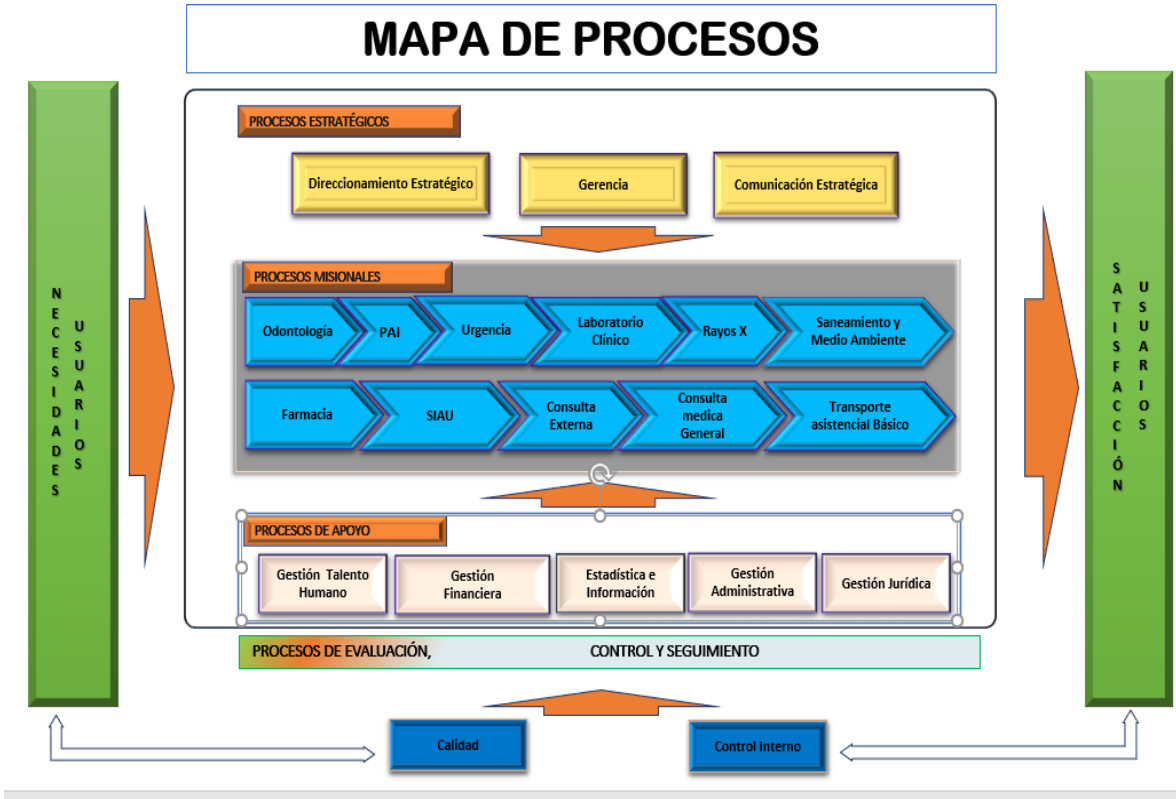
POLÍTICA FINANCIERA

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen de Guamal – Magdalena, se compromete a gestionar la sostenibilidad financiera a través de controles permanentes y auditorías a los sistemas de información garantizando liquidez, rentabilidad económica y social, con eficiencia, eficacia, razonabilidad y oportunidad en el flujo de información para la óptima prestación de servicios de salud.

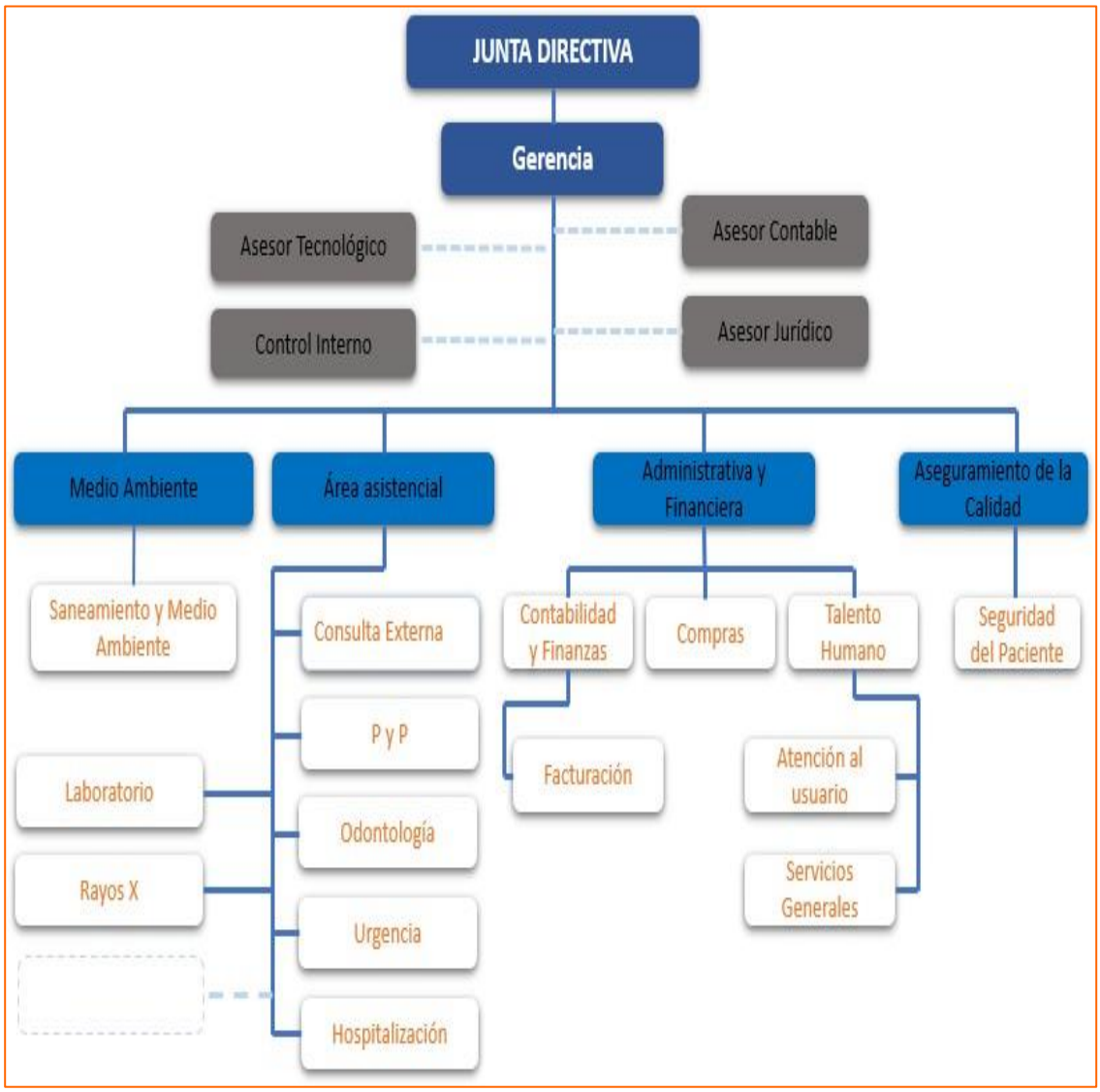
Objetivos

- Mejorar el sistema de contratación con las EAPB y entes gubernamentales en cuanto a cobertura de servicios y ajuste de tarifas, así como comercializar nuestros servicios a otras entidades del área de influencia.
- Garantizar la facturación total de los servicios prestados y su radicación, así como la calidad de la misma, a fin de reducir los porcentajes de glosas y devoluciones.
- Reducir los tiempos de respuesta de Glosa y devoluciones acorde a lo establecido en el Decreto 4747 de 2007.
- Depurar en su totalidad los saldos de cartera para establecer un registro real de cartera recuperable.
- Realizar una gestión de cobro oportuna ante las entidades deudoras, garantizando el flujo de caja que permita la sostenibilidad financiera del hospital.
- Racionalizar el gasto frente al flujo de efectivo real, para garantizar el equilibrio financiero institucional.

MAPA DE PROCESO



ORGANIGRAMA



CAPACIDAD INSTALADA

GRUPO DE CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CONSULTORIOS	URGENCIAS	1
	TRIAGE	1
	CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL	4
	CONSULTA PRIORITARIA	1
	CONSULTA EXTERNA – ODONTOLOGIA	1
	PROTECCION ESPECIFICA – DETECCION TEMPRANA	5
SALAS	PROCEDIMIENTOS	1
	OBSERVACION ADULTOS	1
	OBSERVACION PEDIATRICA	1
	HOSPITALIZACION HOMBRES	1
	HOSPITALIZACION MUJERES	1
	GINECO OBSTETRICIA – PUERPERIO	1
	HOSPITALIZACION PEDIATRIA	1
CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA	UNIDADES ODONTOLOGICAS	1
CONSULTA PE Y DT HIGIENE ORAL	UNIDADES ODONTOLOGICAS	1
SALA DE PARTOS	MESAS DE PARTO	2
	MONITOR FETAL	1
AMBULANCIA	BASICA	2
CAMAS	PEDIATRICAS	4
	ADULTOS	7
	OBSTETRICAS	3
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	FARMACIA	1
	CONSULTORIO FISIOTERAPIA	1
	LABORATORIO CLINICO	1
	RADIOLOGIA – IMAGENES DIAGNOSTICAS	1
	EQUIPO DE RAYOS X PORTATIL	1
	EQUIPO DE RAYOS X FIJO	1
	ECOGRAFO	1
	ELECTROCARDIOGRAFO	1
SALUD PUBLICA	OFICINA SANEAMIENTO BASICO	1
TRANSPORTE AMBULATORIO TERRESTRE	AMBULANCIA TIPO TAB	3

ELEMENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los elementos contemplados por la E E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, para fortalecer las prácticas seguras están representados en las siguientes metodologías implementadas y aplicadas, así:

1. La metodología utilizada para el programa de Seguridad del Paciente está basada en la Guía Técnica de las Buenas Prácticas de Seguridad contemplando las prácticas seguras como:
   - Procesos Institucionales Seguros.

   - Procesos Asistenciales Seguros con la participación de todo el personal asistencial de los diferentes procesos de la entidad Hospitalaria.

2. La Promoción de la cultura de seguridad, está representada por la participación de todas las áreas en la implementación, despliegue, difusión y réplica de metodologías que aporten a la seguridad del paciente.

3. Esta cultura es difundida, a través de plan de capacitación de seguridad del paciente y de los procesos asistenciales. Además se promueve el fortalecimiento de proyectos y planes de mejoramiento propuestos por los diferentes procesos.

4. La identificación y gestión de Eventos Adversos, se adelanta a partir de Incentivar la Cultura del reporte , y la realización del análisis de la ruta causal de cada uno de los casos clínicos en los que se ha detectado cualquier tipo de alerta de seguridad, realizando la aplicación del protocolo de Londres y estableciendo los correspondientes Planes de Mejoramiento.

5. Igualmente se incentiva el autoreporte, utilizando como estrategia de motivación la elaboración de un formato ágil y de muy fácil manejo, en el cual todos los usuarios de la Institución, tanto internos, como externos, puedan fácilmente informar la presencia de algún suceso adverso.

6. El paciente y la familia serán el centro de todas las acciones que se desarrollen en materia de seguridad. Las acciones que se desarrollen alrededor del Sistema de Seguridad del Paciente tendrán un enfoque preventivo y predominará la gestión del riesgo como elemento transversal de sus actividades.

7. Las acciones de mejoramiento que se generen como consecuencia de información de Novedades de Seguridad en la atención en salud de pacientes, serán consideradas como prioritarias y su resolución debe ser oportuna y eficaz.

8. Se establecerá seguimiento, medición y evaluación de la frecuencia de los eventos adversos, mediante el monitoreo a través de indicadores de seguridad.

EJES FUNDAMENTALES DE LA POLÍTICA

a. La cultura de la Seguridad del Paciente.

b. La información asertiva y educación al paciente y su familia 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.

c. La comunicación clara, eficiente y asertiva entre los integrantes del equipo de salud.

d. El uso seguro de medicamentos y dispositivos médicos.

e. La prevención de infecciones adquiridas en el hospital.

f. El sistema de reporte de eventos adversos.

g. La promoción y seguimiento de prácticas seguras.

ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA

a. Implementar las Rondas de Seguridad, complementadas con reuniones breves sobre la seguridad del paciente para aporte de una reflexión organizacional.

b. Establecer carácter no punible a la vigilancia del evento adverso, pero sin fomentar la irresponsabilidad.

c. Dar mayor énfasis a los resultados que se obtengan, que a las acciones formales que se desarrollen.

d. La actitud de ocultar un evento adverso debe tener mínimo una desaprobación, porque tal actitud implica un impedimento a las acciones de mejoramiento.

PRINCIPIOS ORIENTADORES

- **Enfoque de atención centrado en el usuario:** Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual 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:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

- **Validez:** Para 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.

RESPONSABLE DEL PROGRAMA

La responsabilidad de la seguridad del paciente, estará a cargo del gerente de la institución, quien podrá delegar las funciones en otro funcionario, sin embargo, será el gerente quien esté al frente del proceso.

Se podrá contar además con la asesoría de personal especializado en el tema y se apoyará en todo el equipo asistencial – administrativo.

Los comités de autocontrol que se conformen recibirán directrices tanto de diseño, como de implementación y seguimiento de estrategias orientadas a fortalecer la cultura de la seguridad del paciente, estos deben reportar los avances y los planes de mejoramiento a la gerencia.

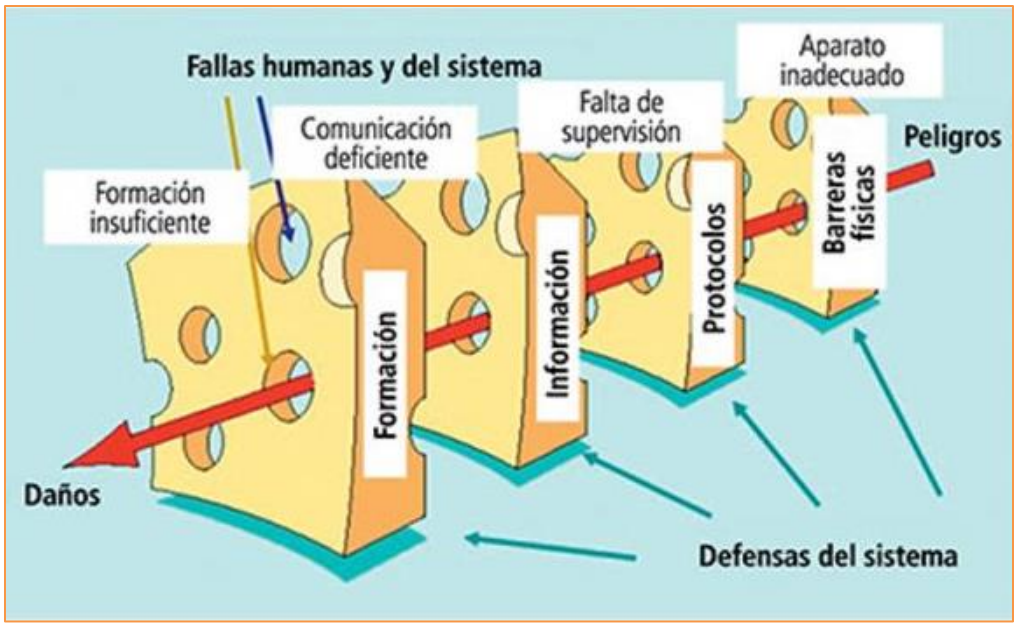
Para tal efecto se conformará el equipo institucional responsable de la seguridad del paciente, para lo cual se hará uso del *Formato de resolución para la conformación del* equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente.

Como segunda medida tendremos el apoyo del área de calidad, y como tercero el referente de seguridad del paciente.

ESTRATEGIAS DE METODOLOGÍAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. EL MODELO EXPLICATIVO DE LA OCURRENCIA Y LA CAUSALIDAD DEL EVENTO ADVERSO

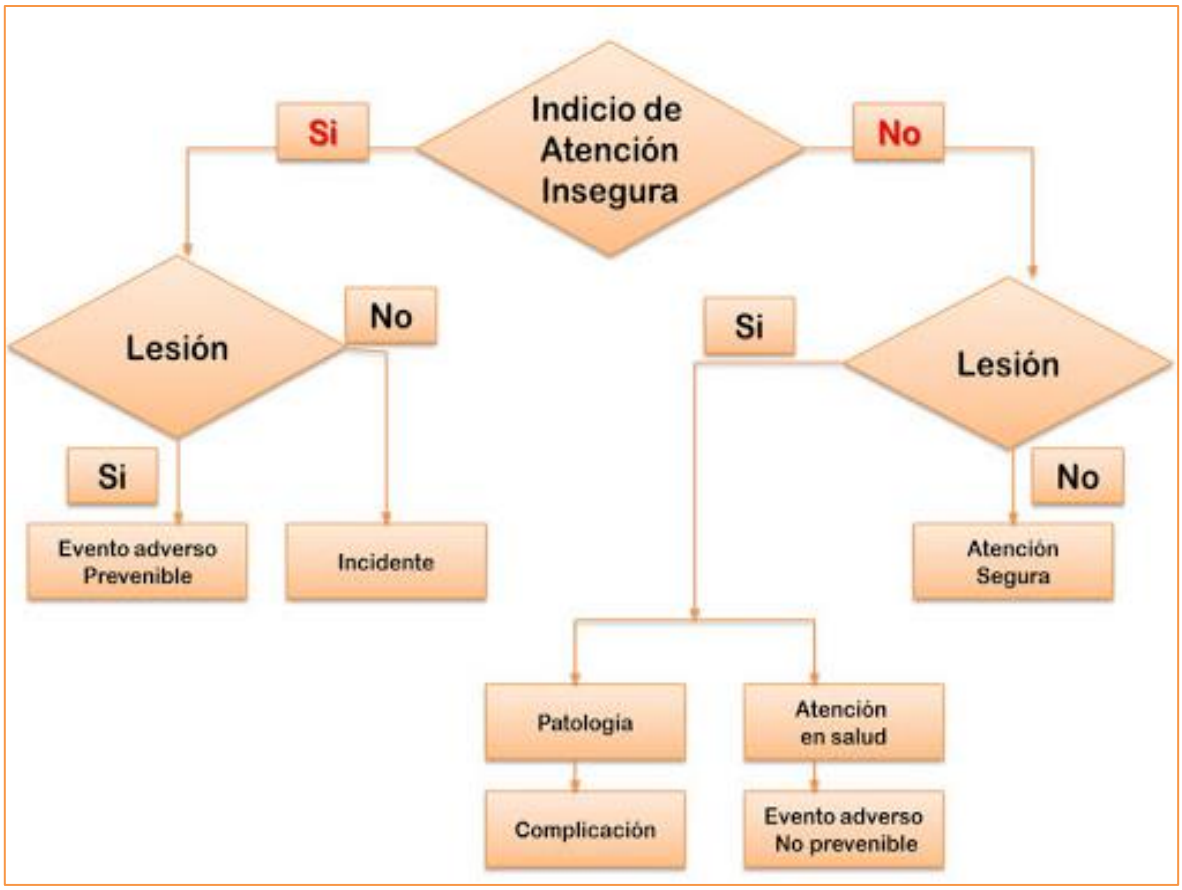
El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, y es el que utilizaremos en este programa, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó.



Por esa razón, es fundamental la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: 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.

2. MODELO CONCEPTUAL (ALGORITMO)

El siguiente gráfico muestra de manera pictórica el modelo conceptual en el cuales basa la terminología utilizada en este documento, y a continuación se incluyen las definiciones relacionadas con los diferentes ítems planteados y utilizados en la política de seguridad del paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.



3. MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS: ANÁLISIS DE LONDRES

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Éstas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.


MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE SUCESOS ADVERSOS
Organización y cultura
Factores contributivos
Acciones inseguras
Barreras y defensas
Decisiones gerenciales
y
Procesos organizacionales
Paciente
Tarea y Tecnología
Individuo
Equipo
Ambiente
Acciones
Omisiones
Negligencias
ERROR
FÍSICAS
ADMINISTRATIVAS
SA
HUMANAS
NATURALES
FALLAS LATENTES
CONDICIONES QUE PREDISPONEN A EJECUTAR ACCIONES INSEGURAS
FALLAS ACTIVAS

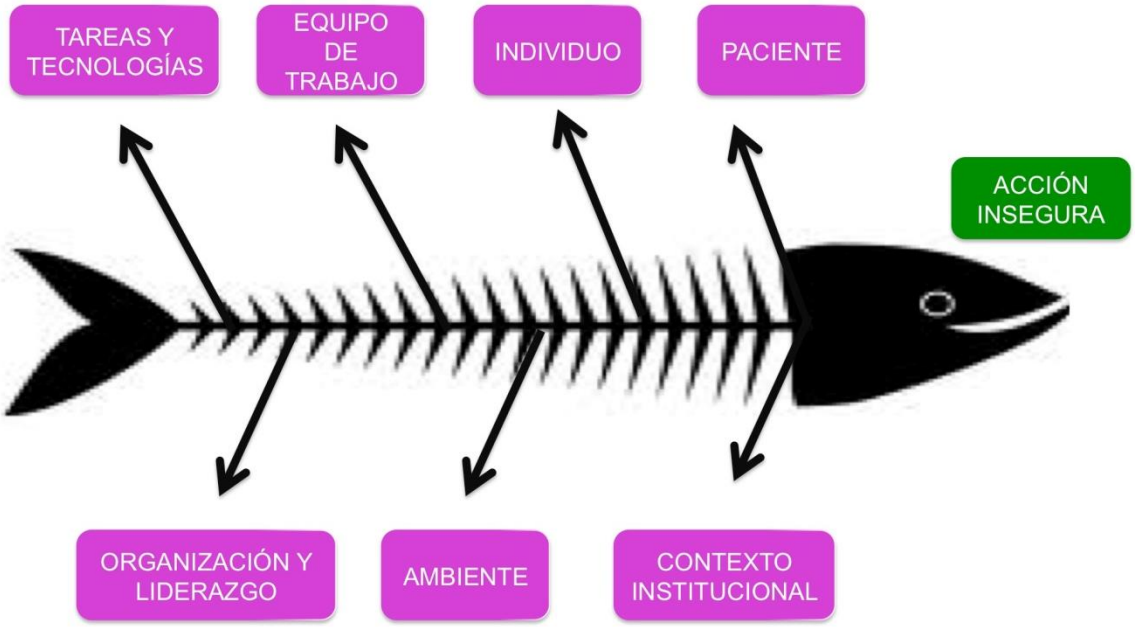


DIAGRAMA DE ESPINA DE PESCADO-ACCIÓN INSEGURA

Este modelo organizacional facilita el análisis de los incidentes, en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado algún papel causal. Por este motivo, es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos. En la práctica diaria, las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una "acción insegura".

LINEAS DE ACCION

RUTA PARA LA INVESTIGACION Y ANALISIS EVENTOS ADVERSOS

Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores, Como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo.



I. **Identificación y Decisión de Investigar**: Primero se identifica, luego se realiza el reporte de los errores y eventos adversos solo ocurre en aquellas instituciones que promueven una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo. Una vez identificado el incidente la institución debe decidir si inicia o no el proceso.

II. **Selección del equipo investigador**: Integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Un equipo debe contar con:

a. Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
b. Punto de vista externo (miembro de Junta Directiva sin conocimiento médico específico).
c. Autoridad administrativa (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc.).
d. Autoridad clínica (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de Sección, especialista reconocido, etc.).
e. Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

III. **Obtención y organización de información** Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible. Estos incluyen como mínimo:

- Historia clínica completa.

- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.
- Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc).

IV. Establecer cronológicamente la incidencia: Útil las siguientes metodologías:

- **Narración**. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo ocurrido que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
- **Diagrama.** Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos, y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

V. Identificar las acciones inseguras:

- Una vez identificada, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras, que se identificaron durante la entrevista o en la revisión de la H.C.
- Es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos identifiquen las principales acciones inseguras, asegurándose de que sean conductas específicas –por acción o por omisión- en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención.

VI. Identificar factores contributivos

- Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.
- Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia).

VII. Recomendaciones y plan de acción. El propósito es mejorar las debilidades identificadas y este incluye información:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador. Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.

- Identificar y asignar los recursos necesarios.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

El programa de capacitación y entrenamiento en seguridad del paciente se plantea de acuerdo a los servicios proyectados a prestar, sin embargo, es importante aclarar que una vez se abran y se inicie la prestación, se deberá hacer una revisión para los ajustes a que haya lugar. Así mismo es posible que el perfil epidemiológico cambie y esto nos llevará a realizar modificaciones en el programa.

El programa de capacitación, por lo tanto, se centrará en evitar la ocurrencia de los eventos adversos que de acuerdo con el documento "Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" son los que con mayor probabilidad se pueden presentar.

Los temas abordados a través de este programa serán relacionados con la gestión de la Seguridad del Paciente antes, durante y después de la prestación de los servicios de salud, por tal razón se hace necesario incluir el abordaje de los diferentes riesgos a los que se exponen los usuarios en cada uno de los servicios de salud ofertados.

Así mismo, se fija como meta que el Programa de Capacitación y Entrenamiento en Seguridad del Paciente alcance **una cobertura mínima del 90% del personal que labora en la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena**, involucrando a todos los niveles ocupacionales identificados en la estructura organizacional, reconociendo que cada uno tiene un papel clave para la gestión de la seguridad del paciente desde sus propias funciones.

Se hará uso del *Formato de cronograma de capacitación y entrenamiento del talento humano en salud sobre seguridad del paciente* para la formulación anual de las actividades de capacitación y entrenamiento en materia de seguridad del paciente. Así mismo se hará uso del *Formato para registro de asistencia a capacitaciones* para el control de asistentes a las actividades ejecutadas.

GESTIÓN DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS

IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS EXISTENTES

Los riesgos se identificaron con la revisión de datos estadísticos reportados en diferentes fuentes de información, sin embargo, una vez se inicie la prestación de los servicios se deberá hacer una ronda de identificación de riesgos en cada servicio, de tal manera que se evalué si es necesario incluir o excluir los riesgos identificados a través de esta revisión documental.

Riesgos inherentes a todos los servicios

Se identificaron las siguientes situaciones como riesgos para la salud de los pacientes, durante la prestación de cualquiera de los servicios ofertados en la institución, por lo cual se definieron como trasversales.

a. **Reacción adversa a medicamentos (RAM):** Cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una RAM es cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.

b. **Reacción adversa a dispositivos médicos para uso humano:** Cualquier respuesta ante el uso de un dispositivo médico para uso humano que sea nociva y no intencionada, y que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

Riesgos Inherentes a los Servicios de Internación

Se identificaron las siguientes situaciones como riesgos para la salud de los pacientes, durante la prestación de los servicios de internación ofertados en la institución.

a. Neumonía nosocomial: La neumonía es una enfermedad común, causada por muchos microbios diferentes. La neumonía que comienza en el hospital (neumonía intrahospitalaria) tiende a ser más grave que otras infecciones pulmonares, porque los pacientes en el hospital con frecuencia están más enfermos y no pueden combatir los microbios. Los tipos de microbios presentes en un hospital con frecuencia son más peligrosos que los que se

encuentran en la comunidad. La neumonía ocurre con más frecuencia en pacientes que están usando un respirador (ventilador) para ayudarlos a respirar. La neumonía intrahospitalaria también puede propagarse por medio de los trabajadores de la salud, que pueden pasar los microbios desde sus manos o la ropa de un paciente a otro. Por eso, lavarse las manos, usar batas y emplear otras medidas de seguridad es tan importante en el hospital.

b. Flebitis: La flebitis es una inflamación de una vena. La tromboflebitis es cuando aparece un coágulo de sangre que causa la inflamación. La flebitis puede ser superficial (en la piel), o profunda (en los tejidos bajo la piel). La flebitis superficial es la flebitis que está en una vena superficial de la piel. La flebitis tiene muchas causas. Algunas de las causas comunes de la flebitis son un trauma local, inactividad prolongada, varices, cánceres subyacentes, etc. La flebitis, si es leve, puede o no causar síntomas. Dolor, sensibilidad, enrojecimiento (eritema), y abultamiento de la vena son síntomas comunes de la flebitis.

c. Caídas: Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son. La mayoría de las caídas de los enfermos son debidas a la convergencia de diversos factores que las favorecen: estado de salud, conducta y actividad del paciente.

Riesgos Inherentes a los Servicios de Consulta Externa

Se identificaron las siguientes situaciones como riesgos para la salud de los pacientes, durante la prestación de los servicios de consulta externa ofertados en la institución.

a. **Diagnóstico erróneo:** La negligencia de los médicos causa diagnósticos erróneos que le generan al paciente nuevos problemas de salud. En algunos casos, se hace un diagnóstico completamente equivocado al basarse en síntomas que pueden ser similares a la condición médica real. Otro caso de diagnóstico erróneo ocurre cuando no se detecta una condición médica secundaria y se receta un medicamento incorrecto o inadecuado.

b. **Errores en la prescripción:** La prescripción de un fármaco y tratamiento no es un acto aislado, forma parte de un acto médico y relaciona al médico prescriptor con otros profesionales, que son los que dispensan y administran el medicamento y de nuevo con el propio paciente que es quien lo recibe. Además del médico, intervienen, el farmacéutico y el personal de farmacia que validan y dispensan, y la enfermera o el propio paciente que administran. Los

errores que se producen en esa cadena son potencialmente lesivos para el paciente y por lo tanto deben ser prevenidos, evitados y corregidos.

c. **Remisión inoportuna:** Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención o complementación diagnóstica de acuerdo con el nivel de resolución. Dicho direccionamiento se realiza fuera de tiempos oportunos o hacia servicios de salud que no dan respuesta a las necesidades de salud de los pacientes.

Riesgos Inherentes al Servicio de Urgencias

Se identificaron las siguientes situaciones como riesgos para la salud de los pacientes, durante la prestación del servicio de urgencias ofertado en la institución.

a. **Diagnóstico y tratamiento inadecuado:** Cuando se realiza un diagnóstico erróneo y, por ende, se direcciona equivocadamente el tratamiento médico.

Riesgos Inherentes al Servicio de Laboratorio Clínico

Se identificaron las siguientes situaciones como riesgos para la salud de los pacientes, durante la prestación del servicio de Laboratorio Clínico ofertado en la institución.

a. Entrega de resultados intercambiados: Corresponde a la entrega a un paciente de resultados de exámenes de otro paciente, lo cual conlleva a la pérdida del derecho a la intimidad de los pacientes, diagnóstico errado y tratamiento equivocado.

b. Entrega de resultados de exámenes no solicitados: Corresponde a la entrega al paciente correcto de un examen no ordenado, lo cual conlleva a una nueva toma de muestras, un nuevo análisis de la misma y aumento en los tiempos de espera para iniciar tratamiento.

c. Entrega inoportuna de resultados: Corresponde a la entrega de resultados de exámenes correctos, al paciente correcto, pero de manera extemporánea, excediendo el tiempo de espera de los mismos, lo que conlleva al retraso en el inicio del tratamiento para el paciente.

Riesgos Inherentes al Servicio de Radiología

Se identificaron las siguientes situaciones como riesgos para la salud de los pacientes, durante la prestación del servicio de radiología ofertado en la institución.

a. **Pérdida del derecho a la intimidad del paciente:** Ocurre en las ocasiones en que se realizan entregas intercambiadas de resultados entre pacientes, entrega de resultados no solicitados o entrega extemporánea de resultados. Lo anterior conlleva a reprocesos y retrasos para dar inicio al tratamiento requerido por el paciente en estudio.

b. **Sobrexposición a radiaciones:** Corresponde a la toma repetitiva de un examen radiológico a un paciente, en una misma ocasión, debido a fallas en la ejecución del procedimiento, daños en el equipo radiológico, falta de habilidad por parte del talento humano responsable de la toma, insumos de baja calidad, entre otros.

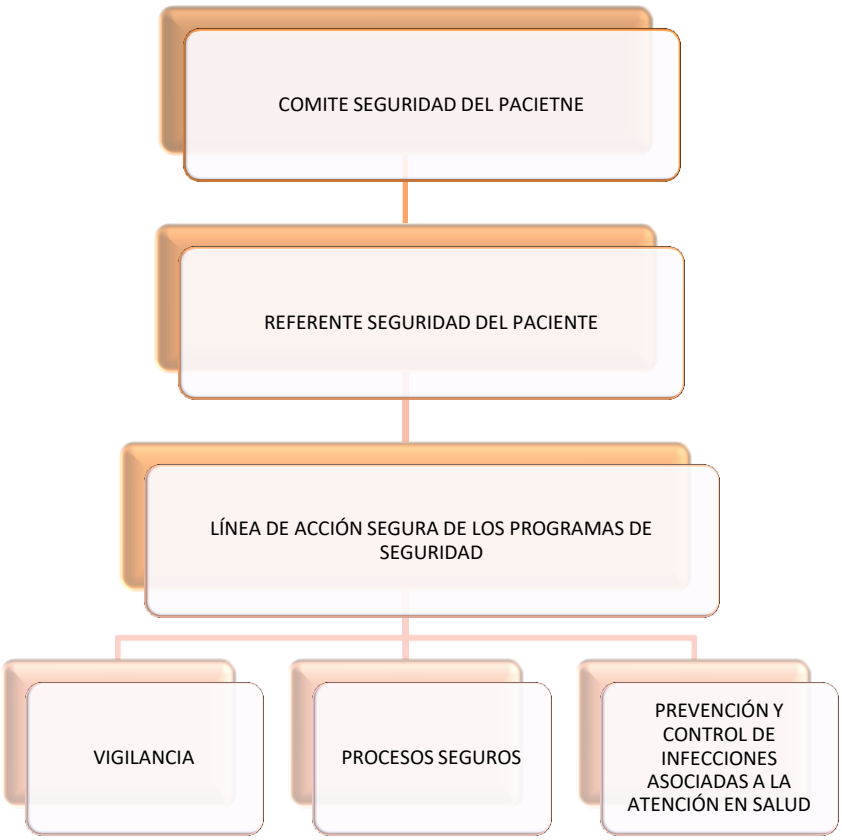
Riesgos Inherentes al Servicio de Farmacia

Se identificaron las siguientes situaciones como riesgos para la salud de los pacientes, durante la prestación del servicio de farmacia ofertado en la institución.

a. Entrega errada de medicamentos: Ocurre en el momento que el responsable del servicio farmacéutico despacha medicamentos que no corresponden a los estipulados en la orden médica dada para el paciente.

b. Entrega de medicamentos vencidos: Corresponde a la entrega de medicamentos que corresponden con los ordenados para el paciente, pero estos presentan fecha de vencimiento expiradas.

DIAGRAMA DE ESTRUCTURA DEL PROGRAMA



COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Resolución No. 0134 DE 2021 (03 de Marzo de 2021) "Por medio de la cual adopta, se actualiza y conforma el Comité de Seguridad del Paciente de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena."

DEFINICION DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

El Comité para la Seguridad del Paciente es una instancia de carácter de asesor técnico-científico dentro de la institución, cuya finalidad principal es sensibilizar y capacitar al personal de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, en seguridad del paciente, analizar las situaciones adversas que se presenten en los usuarios durante la atención en salud, retroalimentar los resultados y gestionar los recursos

necesarios para asegurar la calidad de la prestación del servicio mediante la adopción de medidas de prevención y control de los incidentes y los eventos adversos prevenibles

OBJETIVOS DEL COMITE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- Direccionar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad hacia la obtención de resultados tangibles y medibles, mostrando un claro impacto en un frente específico de trabajo.

- Disminuir la ocurrencia de los eventos adversos.

- Mejorar la efectividad de las acciones en salud.

- Incrementar las barreras de seguridad, para establecer un entorno seguro de la atención en salud.

- Coordinar las diferentes acciones del sistema hacia la obtención de resultados.

- Educar a los pacientes en su auto cuidado y promoción de la seguridad.

- Educar en las diferentes áreas de la entidad Hospitalaria tanto al personal asistencial como el administrativo acerca de la importancia de trabajar sobre la seguridad del paciente.

- Crear una cultura organizacional de seguridad de paciente.

- Reducir los costos por la falta de calidad a la ocurrencia de un evento adverso.

FUNCIONES DEL COMITE

El Comité de Seguridad del paciente, velará por el cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente, que se implementará, desarrollará, y aplicará en esta entidad hospitalaria, A demás, establecerá, implementara y armonizara la Política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la Institución. Y tendrá como funciones:

- El cumplimiento del principio de la eficiencia, según los perfiles de la entidad hospitalaria.
- Realizar gestión de los eventos adversos.
- Reportar los eventos adversos.

- Implementar planes de prevención de riesgo a los pacientes.
- Hacer seguimiento a la adherencia en los procesos asistenciales.
- Velar por la buena prestación del servicio del paciente dentro de la entidad hospitalaria.
- Analizar con los líderes de los procesos, las posibles fallas que puedan presentarse en la atención del paciente, el potencial efecto adverso sobre el paciente, las causas de las fallas y las actividades de control que se desarrollan en la institución para detectarlas con el fin de establecer acciones preventivas que eviten su ocurrencia
- Sensibilizar a todo el personal de la IPS en la importancia del reporte de las situaciones adversas que se presenten durante la atención.
- Hacer seguimiento al tratamiento dado al paciente que ha sufrido un evento adverso durante la atención.
- Elaborar y realizar el análisis pertinente a los indicadores de seguridad en la prestación de servicio, tanto institucionales como los requeridos por Entes de vigilancia y control
- Hacer seguimiento a la implementación de programas de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, tomando como referente los estándares y la normatividad emanada del Ministerio de la Protección Social y del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)

PROCESOS SEGUROS

Dentro de los procesos de atención segura se involucran los servicios priorizados en la institución por la demanda que presentan, los riesgos identificados en la ruta de atención y la población que atienden. Dentro de cada uno de los servicios de atención de la entidad hospitalaria, se relacionan las acciones mínimas a desarrollar para garantizar la atención segura de los pacientes e implementar buenas prácticas de atención definidas en los paquetes instrucciones de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social.

MATERNIDAD SEGURA

Dando cumplimiento a la misión institucional que enfatiza la atención a la población materna perinatal, así como a la aplicación del paquete instruccional de atención segura al binomio madre hijo, la institución hospitalaria realiza, la identificación de barreras de seguridad y la implementación prácticas apropiadas para favorecer la atención y ambiente seguros de la materna y el neonato.

DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS

Con base en los riesgos que fueron identificados en los diferentes servicios de salud prestados en la institución, se definió el siguiente grupo de indicadores

Porcentaje de Eventos Adversos Asociados al Uso de Dispositivos Médicos.

INDICADOR	Número de eventos adversos asociados al uso de dispositivos X 100 Número total de eventos adversos ocurridos
CATEGORIA	Proceso.
DIMENSIONES	Seguridad.
JUSTIFICACION	La tecnovigilancia corresponde a una de las estrategias implementadas en la institución para gestionar seguridad de los pacientes atendidos.
OBJETIVO DEL INDICADOR	Determinar la tasa de incidencia de eventos adversos asociados al uso de tecnología biomédica.
FOCO DE MEDIDA	Eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos de uso humano.
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
NUMERADOR	Número total de eventos adversos asociados al uso de dispositivos. Corresponde a la sumatoria de todos los servicios ofertados.
DENOMINADOR	Número total de eventos adversos ocurridos. Corresponde a la sumatoria de todos los servicios ofertados en la institución.
DEFINICION DE LOS DATOS	Definir acción a desarrollar frente al riesgo de acuerdo al resultado del análisis.
FUENTE DE LOS DATOS	Tanto numerador como denominador serán obtenidos de las bases de datos institucionales definidas para la monitorización de los riesgos.
PERIODICIDAD	Se analizará semestralmente en los meses de enero y julio.
AJUSTE POR RIESGOS	Imprecisión en el registro de información en las bases de datos o cierre temporal de los servicios.

Porcentaje de Pacientes con Reacciones Adversas a Medicamentos

INDICADOR	Número de pacientes con reacción adversa a medicamentos X 100 Número de pacientes a quienes se administran medicamentos
CATEGORIA	Proceso.
DIMENSIONES	Seguridad.
JUSTIFICACION	La farmacovigilancia corresponde a una de las estrategias implementadas en la institución para gestionar seguridad de los pacientes atendidos.
OBJETIVO DEL INDICADOR	Determinar la tasa de incidencia de las reacciones adversas sufridas por los pacientes a quienes se les administran medicamentos.
FOCO DE MEDIDA	Reacciones adversas sufridas por pacientes a quienes se les administran medicamentos.
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
NUMERADOR	Número de pacientes con reacciones adversas a medicamentos. Corresponde a la sumatoria de todos los servicios ofertados en la institución.
DENOMINADOR	Número de pacientes a quienes se administran medicamentos. Corresponde a la sumatoria de todos los servicios ofertados en la institución.
DEFINICION DE LOS DATOS	Definir acción a desarrollar frente al riesgo de acuerdo al resultado del análisis.
FUENTE DE LOS DATOS	Tanto numerador como denominador serán obtenidos de las bases de datos institucionales definidas para la monitorización de los riesgos.
PERIODICIDAD	Se analizará semestralmente en los meses de enero y julio.
AJUSTE POR RIESGOS	Imprecisión en el registro de información en las bases de datos o cierre temporal de los servicios.

PROPORCION DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN

Definición:	Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización.	
Forma de Cálculo:	Cociente entre el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización y el total de egresos de hospitalización en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%).	**Componentes de la Fórmula de Cálculo:**
		Numerador: Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.
		Fuente del Numerador: Reporte del prestador al MSPS.
		Denominador: Total de egresos de hospitalización.
		Fuente del denominador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.
		Unidad de medida: Por 100 (%)
Dominio	Seguridad	Periodicidad: Semestral

PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS

Definición:	Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias.	
Forma de Cálculo:	Cociente entre el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias y el total de personas atendidas en urgencias en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%).	**Componentes de la Fórmula de Cálculo:**
		Numerador: Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias.
		Fuente del Numerador: Reporte del prestador al MSPS.
		Denominador: Total de personas atendidas en urgencias.
		Fuente del denominador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.
		Unidad de medida: Por 100 (%)
Dominio	Seguridad	Periodicidad: Semestral

Porcentaje de Gestión de Eventos Adversos

INDICADOR	Número de Eventos Adversos Analizados X 100 Número de Eventos Adversos Reportados
CATEGORIA	Resultado.
DIMENSIONES	Seguridad.
JUSTIFICACION	La exigencia normativa indica la necesidad de realizar seguimiento a los eventos adversos y su oportuno reporte ante las autoridades de control y vigilancia de nivel nacional.
OBJETIVO DEL INDICADOR	Determinar el porcentaje de eventos adversos a los que se les realiza el respectivo análisis y gestión.
FOCO DE MEDIDA	Eventos adversos analizados y gestionados.
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje.
NUMERADOR	Número de Eventos Adversos Analizados. Corresponde a la sumatoria de todos los servicios ofertados en la institución.
DENOMINADOR	Número de Eventos Adversos Reportados. Corresponde a la sumatoria de todos los servicios ofertados en la institución.
DEFINICION DE LOS DATOS	Definir acción a desarrollar frente al riesgo de acuerdo al resultado del análisis.
FUENTE DE LOS DATOS	Tanto numerador como denominador serán obtenidos de las bases de datos institucionales definidas para la monitorización de los riesgos.
PERIODICIDAD	Se analizará semestralmente en los meses de enero y julio.
AJUSTE POR RIESGOS	Imprecisión en el registro de información en las bases de datos o cierre temporal de los servicios.

MONITORIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS

El monitoreo de los indicadores de seguimiento a riesgos definidos para la institución se hará diariamente, mediante el diligenciamiento del *Formato para Recolección de Datos para Seguimiento a Riesgos*.

Este formato debe ser diligenciado de forma diaria al finalizar la jornada de atención a los usuarios, para esto debe definirá líder por cada grupo de servicios de salud de la institución, responsable de velar por el registro oportuno de la información.

ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS

Como se determinó en las Fichas Técnicas de los indicadores de seguimiento a riesgos de la institución, el análisis de los mismos se lleva a cabo de manera **TRIMESTRAL**. Este análisis debe ser realizado en el marco de la reunión del comité de autocontrol.

El análisis será llevado a cabo mediante el diligenciamiento del Formato para Análisis de Indicadores de Seguimiento a Riesgos. Se deben diligenciar todos los campos solicitados en el formato, los cuales son:

- **Periodo de análisis:** Registrar en este campo el periodo al que corresponden los resultados que se están analizando, es decir, el semestre del año inmediatamente anterior al mes en que se está llevando a cabo el análisis.
- **Fecha del análisis:** Registrar en este campo la fecha en que se está llevando a cabo el análisis de los indicadores de seguimiento a riesgos, la cual debe coincidir con la fecha de la reunión del Comité de Seguridad del Paciente, ya sea del mes de enero o del mes de julio, según corresponda.
- **Numerador:** Registrar en este campo el valor correspondiente al numerador de cada indicador, de acuerdo a las Fichas Técnicas definidas y a la información consignada en el Formato para Recolección de Datos para Seguimiento a Riesgos, específicamente aquella registrada en las casillas de las filas denominadas Total Semestre 1 y Total Semestre 2, según sea el caso.
- **Denominador:** Registrar en este campo el valor correspondiente al denominador de cada indicador, de acuerdo a las Fichas Técnicas definidas y a la información consignada en el Formato para Recolección de Datos para Seguimiento a Riesgos, específicamente aquella registrada en las casillas de las filas denominadas Total Semestre 1 y Total Semestre 2, según sea el caso.
- **Resultado actual:** Registrar en este campo el valor obtenido al realizar la relación operativa definida para cada indicador.
- **Resultado anterior:** Registrar en este campo el valor obtenido en cada indicador, en el análisis realizado en el periodo inmediatamente anterior.
- **Conclusión:** Registrar en este campo un análisis breve sobre los resultados obtenidos por cada indicador, realizando una comparación entre el resultado actual y el resultado anterior.

Cada vez que se obtenga un resultado o conclusión negativa, será necesaria la formulación de un plan de mejoramiento; en caso contrario, se continuará realizando seguimiento y a la expectativa de cambios

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Pacientes ingresados:

La identificación mediante la manilla de identificación será obligatoria para todos aquellos enfermos ingresados en las áreas de observación, hospitalización convencionales o especiales (intensivos pediátricos o de adultos, reanimación, etc.).

Pacientes atendidos en los servicios de Urgencias:

Todos los pacientes deberán estar identificados, independientemente de su edad o el tipo de patología que presenten.

Pacientes trasladados:

En tanto en cuanto sea temporal, la identificación será la del hospital de origen, que garantizará la trazabilidad con los documentos que le acompañan. En caso de precisar ingreso en el hospital receptor, se eliminará la identificación del hospital de procedencia y se sustituirá por la del hospital receptor, verificando los diferentes datos con los documentos de identificación disponibles.

Mecanismos Para Asegurar La Correcta Identificación.

- ✓ Solicitar y revisar Documento de Identidad Ejemplo, Registro Civil, Tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, carnet si posee, teniendo en cuenta la edad del paciente.
- ✓ Verificar afiliación en FOSYGA, bases de datos y demás medios electrónicos y con historia clínica previa si aplica.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1.1. Identificación en Historia clínica sistematizada.

La identificación en Historia clínica sistematizada incluye los datos completos del paciente así:

- ✓ Nombres y apellidos completos tal como están registrados en el documento de identidad disponible.
- ✓ Nº de Documento de identidad
- ✓ Edad en años cumplidos.
- ✓ Sexo
- ✓ Fecha de nacimiento registrando en su orden día/mes/ año
- ✓ Dirección y teléfonos
- ✓ Persona responsable, digitando el nombre completo de la persona que siempre estará a cargo del paciente y su parentesco.

Los datos de identificación siempre se corroborarán con el documento de identidad.

1.2. IDENTIFICACION POR MEDIO DE MANILLAS

La identificación mediante manilla de identificación será obligatoria para todos aquellos usuarios que ingresan al hospital por Urgencias, Consulta externa, ingresados en hospitalización.

El instrumento a utilizar será una manilla de identificación así:

- ✓ Manilla Blanca: Para pacientes adultos
- ✓ Manilla Rosada: Para niñas
- ✓ Manilla azul Para niños.

1.2.1. Procedimientos que obligan el uso de manilla de identificación:

- ✓ Intervención quirúrgica, mayor o menor, ambulatoria, urgente o programada.
- ✓ Extracción de muestras biológicas: sangre, exudados, aspirados.
- ✓ Administración de medicaciones o hemoderivados
- ✓ Procedimientos invasivos, tales como catéteres y vías centrales, periféricas y arteriales, cateterizaciones umbilicales, sondas Foley o gástricas y otros.

1.2.2. USO ADECUADO DE LA MANILLA

El material de las manillas será polietileno, hipo alergénico, libre de látex, sello inviolable, flexible, duradero e impermeable. Se utilizará marcador de punta fina, que permita escribir claramente sobre la manilla.

a) La manilla de identificación debe ser diligenciada con letra clara y debe contener los datos completos.
b) Teniendo en cuenta que pueden presentarse limitaciones sobre el sitio de colocación de las manillas, se establece el siguiente orden para este fin: Primero en la muñeca derecha, si no se puede se deja en la muñeca izquierda o si no en el tobillo derecho y de por último en el tobillo izquierdo.
c) A todo paciente que requiere colocación de la manilla de identificación debe informársele el motivo, por el cual se lo identifica, indicándole que mientras dura la atención hospitalaria debe permanecer con la manilla durante todo el tiempo, debe cuidarla, y si por algún motivo se pierde o daña la manilla debe informar al personal de salud para colocarle una nueva.
d) Será responsabilidad de los usuarios o representantes aportar información veraz de los datos solicitados en el proceso de identificación. Siendo exigible por el personal encargado del procedimiento, el documento de identidad nacional vigente.
e) La Identificación de los Recién Nacidos se llevará a cabo en sala de Partos y será responsabilidad del profesional o auxiliar de enfermería que recibe al neonato, la manilla de identificación se colocara así azul si es niño o rosada si es niña, se colocara en el brazo y pierna izquierda, de no ser posible, se colocara en la otra extremidad.
f) En el momento de la admisión el personal que realiza ingreso en admisiones o citas médicas debe exigir un documento de identidad para verificar los datos fidedignos del usuario y emplear cuatro datos identificadores para corroborar la identidad de un usuario., ninguno de los cuales debe ser el número de habitación asignada.

La manilla de identificación será escrita a mano y con letra mayúscula en el siguiente orden, siendo de uso obligatorio para:

- **Recién Nacido:**
  - ✓ Nombres los dos y los dos apellidos de la Madre.
  - ✓ Fecha de nacimiento.
  - ✓ Hora de nacimiento.
  - ✓ Sexo.
  - ✓ Nº de gemelo por orden de nacimiento si corresponde.

- **Usuario incapacitado de entregar información**, sin acompañante y sin documentación, los datos verificadores serán:
  - ✓ Número de Historia clínica.
  - ✓ Sexo.
  - ✓ NN (en lugar del nombre).
  - ✓ Fecha y Hora ingreso
  - ✓ Factores de Riesgo
- **Adultos Hospitalizados:**
  - ✓ Nombres los dos y los dos Apellidos.
  - ✓ Número de Documento de Identidad.
  - ✓ Fecha de Nacimiento. Día / mes/año
  - ✓ Sexo
  - ✓ EPS al cual está afiliado
  - ✓ Riesgo

1.3. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD:

- ✓ La unidad asignada al paciente igualmente debe ser identificada con letra clara y legible y contener los siguientes datos: dos nombres y dos apellidos si los tiene, número de identificación y nombre de la empresa de salud. Este tipo de identificación permite proporcionar una atención más segura gracias a que el personal que atiende al paciente puede conocer en todo momento su nombre, interrogar sobre su nombre y dirigirse a él de forma personalizada, favoreciendo la humanización y el trato personal en el proceso de atención.
- ✓ No debe realizarse pruebas diagnosticas o procedimientos en pacientes que no tengan la manilla de identificación, y exigir su colocación previa a la toma de muestras o la práctica de algún procedimiento.

1.4. IDENTIFICACION DEL PACIENTE QUE LLEGA SOLO O CON PERSONAS QUE NO

1.4.1. LO CONOCEN:

a) Si el paciente llega solo verifique los datos con algún documento de identificación.
b) En caso de que el paciente llegue inconsciente y además no cuente con ningún tipo de documento registrar como **NN, TOMAR HUELLA DIGITAL (DEDO INDICE DE UNA DE SUS MANOS)** en hoja de admisión e informar a atención al usuario para que en la medida de lo posible se trate de buscar algún familiar y lograr su identificación.

c) Si el paciente llega acompañado es importante que verifique los datos revisando el documento de identidad y preguntando a sus familiares o personas responsables que acompañan al paciente.
d) Corrobore para que los datos que dice el paciente sean iguales a los que refieren sus familiares y los que se encuentran en los documentos de identificación.

1.5. PERSONAS RESPONSABLES DE COLOCAR LA MANILLA DE IDENTIFICACION:

- ✓ En el área de urgencias el responsable de colocar la manilla es el personal de auxiliares de enfermería de admisiones, cuando se les ha informado que el paciente requiere dejarse en observación de urgencias o pasar a internación o a cirugía y atención del parto.
- ✓ En cirugía se encarga el personal de auxiliares de cirugía ambulatoria de colocar los datos en la manilla de identificación cuando el paciente llega directamente para una cirugía ambulatoria.
- ✓ En internación la persona encargada de colocar la manilla de identificación es la secretaría administrativa cuando el paciente ingresa por consulta externa o para una cirugía programada; en los fines de semana el personal encargado es el responsable del área de quirúrgicas.

1.6. IDENTIFICACION DE PACIENTE ESTRELLA

La priorización en la atención y prestación de servicios pretende la generación de una cultura de solidaridad que permita un acceso oportuno, seguro y adecuado a los pacientes catalogados como estrellas los cuales son:

- ✓ Mujeres embarazadas
- ✓ Niños menores de un año
- ✓ Adultos Mayores
- ✓ Pacientes con necesidades especiales (discapacidad física, menta y/o emocional).

OBJETIVO

Priorizar la atención ambulatoria, de urgencias y prestación de servicios Apoyo Diagnostico y Terapéutico, pacientes catalogados como estrella quienes requieren oportunidad y accesibilidad a la atención.

PASOS PARA IDENTIFICAR UN PACIENTE ESTRELLA:

- ❖ Identificar el paciente desde el ingreso según criterios establecidos en el subproceso de admisión de urgencias o consulta externa.

- Saludar al usuario y su familia e interrogar sobre el servicio que necesita ya sea consulta, asignación de cita, atención para toma de muestras de laboratorio, toma de exámenes de radiología, u otros servicios.
- Asignar la cita o turno e informar que debe asistir con un acompañante para facilitar el proceso de atención.
- Facturar el servicio y registrar el motivo de la identificación como paciente estrella en la historia clínica sistematizada.
- Colocar el sticker" PACIENTE ESTRELLA" en una parte visible que permita la identificación en cualquier paso del proceso de atención.
- Informar al personal auxiliar de enfermería, auxiliares y técnicos de apoyo diagnostico y terapéutico y facturación, sobre los pacientes identificados como estrella para agilizar la atención.
- Informar al especialista, o personal que realizará la atención de los pacientes identificados como estrella para priorizar la atención.
- Informar a todos los pacientes de la consulta cuales son los criterios para catalogar a un paciente como estrella.

1.6.1. Identificación En El Laboratorio Clínico.

La presencia de la interface sistematizada en laboratorio clínico permite que las órdenes se generen e identifiquen mediante un stiker de marcación de muestras, el cual contiene un sistema de código de barras, además de la identificación y nombres completos del paciente.

1.6.2. Identificación de usuarios que ingresan a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen.

El ingreso de usuarios al hospital está dado por diferentes motivos como son: visitantes, como pacientes o como acompañantes, para lo cual es necesario identificar a las personas que ingresan al Hospital mediante escarapela.

La cual se entregará a la persona cuando ingresa al Call center con la presentación de documento de identidad.

Se entregará un listado al área de vigilancia para verificar los datos de identificación del paciente hospitalizado paciente, se le permitirá un solo acompañante, para el área de urgencias y para el área de hospitalización dos acompañantes, ellos ingresaran a la unidad de los pacientes. Si hay más acompañantes o visitantes esperaran en el call center hasta que egrese uno de los acompañantes y entregue la escarapela para que pueda ingresar otro.

1.7. Identificación De Catéteres, Equipos Venoclisis, Sonda

Se colocará en la cinta de marcar en el equipo de venoclisis y buretrol se marca la fecha de instalación y fecha de vencimiento, que es a las 72 horas en las cuales se debe cambiar, En el sitio de la venopunción se escribe sobre el esparadrapo los siguientes datos.

- ✓ Fecha y hora de inserción.
- ✓ Mezcla que se administra.
- ✓ Angiocath utilizado.
- ✓ Nombre de la persona que realiza el procedimiento.

1.8. TIEMPO DE PRESERVACION DE SU MANILLA DE IDENTIFICACION.

Consideraciones especiales:

a) Sí para realizar un procedimiento se requiere retirar la manilla de identificación, esta deberá ser reinstalada a la mayor brevedad posible, por el personal de enfermería es responsable del paciente.
b) Si el paciente debe ser trasladado fuera de la unidad u Hospital para procedimientos o exámenes, el personal que traslada al paciente debe corroborar al menos con dos de los datos verificadores y dependiendo de su estado, podrá ser nombre o ficha, y la manilla de identificación la que será siempre de carácter obligatorio.
c) En el caso del paciente fallecido su identidad deberá ser corroborada con su la manilla de identificación y con su formulario de traslado de fallecidos.
d) La manilla de identificación no se retirará hasta el alta del paciente y se recomendará su retirada antes del egreso del hospital, a cargo de la secretaria clínica de cada proceso.
e) En caso de deterioro la manilla de identificación, el profesional de enfermería a cargo del paciente es el responsable de reemplazarlo por uno nuevo.
f) En el caso de los Recién Nacidos hospitalizados, como prematuros extremos y/o aquellos con múltiples elementos invasivos, la manilla de identificación quedará colocada en un lugar visible de la incubadora (pared interior y posterior), en la cuna de procedimientos se colocarán los datos verificadores de identificación en una placa acrílica hasta que sus condiciones clínicas permitan colocar nuevamente la manilla de identificación.
g) Si por algún motivo durante el transcurso de la atención, al paso de un proceso a otro o en el proceso de facturación se evidencia que los datos del usuario son

erróneos, la persona que capte esta inconsistencia, hará la corrección de datos y notificará a los servicios que están prestando la atención al paciente.

EVALUACIÓN DEL MONITOREO Y LA OCURRENCIA DE NO CONFORMIDADES EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

Estará a cargo de los Integrantes del Comité Calidad, Rondas de Liderazgo, Rondas de Seguridad, Paciente Trazador, por la auditora médica y líder de Seguridad de Paciente.

2. INDICADORES:

DEFINICION DE INDICADOR	**1. Porcentaje de Funcionarios informados respecto a protocolo de identificación.**
Tipo de Indicador	Resultado
Dimensión	Seguridad
Fórmula	Nº de funcionarios informados del HNSC / Total de Funcionarios del Hospital Nuestra Señora del Carmen.
Estándar	100%
Definición Términos	Se entenderá como funcionario capacitado aquel que haya recibido la información del protocolo y tenga conocimiento claro del mismo.
Criterios	Equipo de salud
Justificación	Descrito en Protocolo
Fuente de Información	Registro asistencia a reuniones de capacitación
Periodicidad	Semestral
Responsable	Encargado de Calidad

DEFINICION DE INDICADOR	**2. Protocolo disponible en Urgencias.**
Tipo de Indicador	Resultado
Dimensión	Seguridad
Fórmula	Nº Servicios con protocolo disponibles Total de Servicios a evaluar
Estándar	100%
Definición Términos	Protocolo oficializado disponible en los procesos o servicios. (Distribución del documento).
Criterios	Protocolo oficializado por Calidad y Seguridad del paciente, distribuido a todos los procesos o servicios.
Justificación	Resguardar la Seguridad del Paciente.
Fuente de Información	Documento a supervisar disponible y de fácil acceso en el Servicio

Periodicidad	Semestral
Responsable	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

DEFINICION DE INDICADOR	**3. Porcentaje de usuarios identificados según protocolo**
Tipo de Indicador	Resultado
Dimensión	Seguridad
Fórmula	Nº usuarios con manilla de identificación según protocolo / Total de usuarios que debe usar manilla según definición de Protocolo
Estándar	100%
Definición Términos	La manilla de identificación blanco, azul o rosada con dos datos verificadores, legibles, indemnes y visibles. la manilla de identificación 2 datos verificadores: - Nombres y/o Apellidos - Número de Documento de Identidad
Criterios	Proteger la Seguridad del Paciente.
Justificación	Resguardar la Seguridad del Paciente.
Fuente de Información	Constatación visual
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Unidad de Calidad y Seguridad del paciente

DEFINICION DE INDICADOR	**3. Porcentaje de Eventos Adversos derivados de Errores de identificación**
Tipo de Indicador	Resultado
Dimensión	Seguridad
Fórmula	Nº eventos adversos derivados de errores de identificación /Nº total de eventos adversos
Estándar	0
Definición Términos	Evento adverso: Cualquier Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurra con en asociación directa a la identificación incorrecta del usuario
Criterios	Descritos en Protocolo
Justificación	Los errores asociados a la falla en la identificación del paciente generalmente tienen consecuencias graves de lo cual se deduce la importancia de prevenir su ocurrencia.
Fuente de Información	Registro eventos adversos
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Unidad de Calidad, Líderes de Procesos, Equipos de

	trabajo y Líder de Seguridad del paciente

3. Pautas de Monitoreo

Descripción	% de pactes. que portan la manilla de identificación, según protocolo
Tipo de Indicador	Proceso
Formato	Nº pactes. que portan La manilla de identificación durante la realización del procedimiento ambulatorio, según protocolo / Nº total de pacientes sometidos a procedimientos ambulatorios. *100
Fuente de dato	La manilla de identificación instalado, según protocolo
Periodicidad	Trimestral
Estándar	100%
Umbral	100%
Responsable	Enfermera de turno

Descripción	% de Reporte error de identificación de paciente durante hospitalización
Tipo de Indicador	Centinela o resultado
Formato	Nº de reportes de error de identificación de paciente durante hospitalización / Total de pacientes hospitalizados *100
Fuente de dato	Hoja de Reportes
Periodicidad	Trimestral
Estándar	05%
Umbral	05%
Responsable	Enfermera de turno

4. BARRERAS POTENCIALES

- Dificultades para lograr un cambio de conducta individual a fin de cumplir con las recomendaciones, incluido el uso de atajos y soluciones temporales.
- Aumento de la carga laboral del personal y del tiempo que pasan alejados de la atención al paciente.
- Errores tipográficos y de ingreso al registrar a los pacientes en los sistemas informáticos.
- Cuestiones culturales, entre las que se incluyen:
  - ✓ El estigma asociado con el uso de una manilla de identificación.

- ✓ El alto riesgo de identificación incorrecta del paciente debido a la estructura de sus nombres, a una gran similitud de nombres y a datos inexactos sobre fechas de nacimiento para pacientes mayores.
- ✓ Los pacientes que utilizan documentos o carnets de otras personaspara poder acceder a los servicios.
- ✓ La ropa que oculta la identidad.
- ✓ La falta de familiaridad con los nombres y apellidos locales y a la vez, mayor uso de nombres extranjeros.

5. OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN DELPACIENTE Y DE LA FAMILIA:

- ✓ Educar a los pacientes sobre los riesgos relacionados con la identificación incorrecta de los mismos.
- ✓ Pedir a los pacientes o a sus familiares que verifiquen la información de suministrada de su identificación para confirmar que sea correcta.
- ✓ Pedir a los pacientes que se identifiquen antes de recibir cualquier medicamento y previo a cada diagnóstico o intervención terapéutica.
- ✓ Animar a los pacientes y a sus familias o cuidadores a ser participantes activos en la identificación, expresar sus inquietudes respecto a la seguridad y los errores potenciales, y hacer preguntas sobre la corrección de su atención.

6. IDENTIFICACION DEL RIESGO

Identificar durante la atención los riesgos que tenga un paciente con el fin de orientar las acciones que contribuyan en su minimización por medio de la intervención del equipo de salud en forma oportuna y pertinente.

6.1. ALCANCE

Todos los servicios y unidades que brinden atención a pacientes que requieran hospitalización prolongada o transitoria y procedimientos invasivos ambulatorios.

6.2. OBJETIVO:

Prevenir acciones inseguras y complicaciones en pacientes que presentan algún tipo de riesgo que puedan afectar aún más su estado de salud, mediante la identificación adecuada del riesgo y la aplicación de los protocolos ya establecidos.

6.3. DEFINICIONES

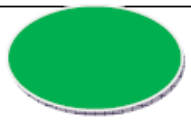
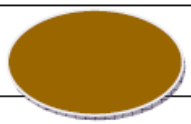
- ✓ **RIESGO:** Es la amenaza concreta de daño que tiene el ser humano sobre la integridad corporal o para la vida. Es la probabilidad de que suceda un evento adverso no deseado que afecta el bienestar de las personas.
- ✓ **IDENTIFICACION DEL PACIENTE:** Es la acción por medio de la cual se define algunas características de los paciente que permite conocerlos y realizar acciones mas seguras.

6.4. TIPOS DE RIESGO IDENTIFICADOS:

TIPO DE RIESGO	IDENTIFICACION
RIESGO DE CAÍDAS DE PACIENTES (PREVIA APLICACIÓN DE ESCALA DE BRADEN).	RIESGO DE CAIDAS
ULCERAS POR PRESIÓN	ULCERAS POR DECUBITO
PACIENTE POLIMEDICADO	POLIMEDICADO
PACIENTE AGRESIVO	A
PACIENTE CON RIESGO: ○ BIOLÓGICO: ○ RESPIRATORIO	ASILAMIENTO ESTRICTO AISLAMIENTO RESPIRATORIO AISLAMIENTO DE PIEL Y HERIDAS

○ ENTERICO ○ DE PIEL ○ PROTECTOR	
PACIENTE ALÉRGICO	ALERGIAS
PACIENTE CON ALGUNA DISCAPACIDAD (Favor anotar el tipo de discapacidad en el esticker)	DISCAPACITADO
RIESGO TRANSFUNCIONAL	TRANSFUSIONAL
VACUNACION	
B24X	B

RIESGOS DE MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTOS DE IGUAL PRESENTACIÓN	
MEDICAMENTOS CON FECHA CERCANA.	
MEDICAMENTOS DE ESTRECHO MARGEN TERAPÉUTICO	

REACCIONES ALÉRGICAS	

6.5. COMO IDENTIFICAR AL PACIENTE CON RIESGO

- ✓ El médico, enfermera o auxiliar de enfermería son los responsables de identificar, evaluar y clasificar el tipo de riesgo que tiene o puede presentar el paciente.
- ✓ Informar el equipo de salud sobre la presencia del riesgo para que se realice la respectiva identificación mediante la tabla de colores ya definida.
- ✓ Al identificar el riesgo se coloca en la manilla de identificación de cada paciente, el sticker pequeño del riesgo clasificado y el sticker grande queda en la carpeta de la historia.
- ✓ En los registros médicos y de enfermería igualmente debe quedar identificado y registrado el riesgo.

MEDIDAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCION DE LA COVID – 19 Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

Mantener la higiene personal para los trabajadores de la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen es fundamental y una de las normas de bioseguridad para la prevención de la Covid – 19, por tal motivo este protocolo, además de promover los hábitos de higiene a nivel laboral, busca que la higiene se mantenga en todo momento desde que los trabajadores están en sus casas, salen a espacio público y llegan a su lugar de trabajo, dentro de dichas medidas cabe resaltar la higienización de su cuerpo de manera frecuente, no reusó de la vestimenta sin antes lavarla, el lavado correcto y recurrente de las manos, la sanitización del calzado y la higienización de los elementos personales como bolsos o morrales, lentes, dispositivos electrónicos, entre otros. Se recomienda que los trabajadores dentro de sus bolsos o morrales mantengan disponible alcohol al 70% en spray o gel antibacterial y paños desechables con el objeto de poder higienizar alguna superficie o partes de su cuerpo en el momento que no sea posible tener acceso a agua y jabón.

Como una medida de control para la prevención de la contaminación cruzada se recomienda que los trabajadores salgan de sus casas con una ropa diferente a la que van a utilizar en el trabajo y cuando terminen sus labores volver a cambiarse, esto con el fin de no llevar contaminación ni de la casa al trabajo ni del trabajo a la casa. Es importante tener en cuenta que la ropa, sea limpia o sucia siempre deberá trasladarse en un

recipiente que garantice su aislamiento total del medio externo, para ello se recomienda utilizar bolsas plásticas limpias y bien anudadas.

Para el traslado de la ropa sucia siga las siguientes recomendaciones: Desactive la ropa rociando alcohol al 70% en toda su superficie, introdúzcala en una bolsa y anude la bolsa, posteriormente rocié nuevamente alcohol al exterior de la bolsa y asegúrese de desactivar completamente su exterior.

Las medidas que han demostrado mayor eficacia para la contención de la transmisión del virus son las siguientes:

- Lavado de manos
- Distanciamiento social
- Uso de tapabocas.

Adicional a estas medidas y teniendo en cuenta los mecanismos de transmisión del virus (goticulas y contacto), se deben fortalecer:

- Procesos de limpieza y desinfección de elementos e insumos de uso habitual, superficies y equipos de uso frecuente.
- Manejo adecuado de residuos producto de la actividad o sector.
- Uso adecuado de Elementos de Protección Personal-EPP
- Optimizar la ventilación del lugar y el cumplimiento de condiciones higiénicos sanitarias.

ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES ESTABLECIDAS EN LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN PARA EL MANEJO DE PACIENTES PROBABLES O CONFIRMADOS CON COVID – 19.

Se cree que el nuevo coronavirus (nCoV-2019), tiene un comportamiento similar al SARS-CoV y MERS-CoV los cuales se transmiten más ampliamente a través de las gotitas respiratorias (contagio por gotitas respiratorias) que se producen cuando una persona infectada tose o estornuda. El contagio por gotitas respiratorias puede presentarse cuando las gotitas de la tos o el estornudo de una persona infectada se transmiten por el aire a corta distancia (por lo general hasta una distancia de 1 metro) y se depositan en las membranas mucosas de la boca, nariz u ojos de las personas que están cerca. El virus también se puede propagar cuando una persona toca una superficie o un objeto contaminado con gotitas infectadas y luego se toca la boca, la nariz o los ojos. Además, es posible que se propague por aerosoles en aquellos procedimientos generadores de aerosoles.

El método de aislamiento consiste en la separación de personas sospechosas o confirmadas, de huéspedes susceptibles al nuevo coronavirus (nCoV-2019) (comunidad,

trabajadores y demás pacientes), en lugares de atención en salud. Entendiéndose que a todo paciente sospechoso o confirmado de portar el virus del nuevo coronavirus (nCoV-2019) se le deben aplicar las medidas de barrera para prevenir y controlar su transmisibilidad, implicando ello utilizar habitaciones o zonas aisladas del resto de pacientes y trabajadores de la salud. Los trabajadores de la salud que atiendan casos sospechosos o confirmados deberán utilizar mascarillas de alta eficiencia FFP2 hasta que se determine con claridad la naturaleza del virus.

Las precauciones que se deben tener en cuenta para el aislamiento de casos probables o confirmados con el virus nuevo de coronavirus Covid – 19, son:

1. Higiene de manos: teniendo en cuenta los cinco momentos de la higiene de manos de OMS y la técnica recomendada por OMS.
2. Uso de guantes.
3. Uso de elementos de protección personal (EPP).
4. Prevención de exposiciones por accidentes con instrumentos corto punzantes.
5. Cuidados para el manejo del ambiente y de la ropa, los desechos, soluciones y equipos.
6. Estornude en el antebrazo o cubriéndose con pañuelos desechables, nunca con la mano
7. Limpieza y desinfección de dispositivos y equipos biomédicos.

Medidas de precaución adicionales, considerando mecanismos de transmisión del SARS-Cov-2.

Por gotas: Este hace referencia a las gotas generadas por los pacientes durante la tos, estornudos o al hablar. La transmisión se produce cuando las gotas que contienen el virus de la persona infectada, son impulsadas a corta distancia a través del aire y estas se depositan en los ojos, la mucosa nasal, la boca o la piel no intacta de la persona que está en contacto con el paciente.

Transmisión por Contacto: Considerado como una forma de transmisión del nuevo coronavirus (SARS-Cov-2), a todo contacto que puedan tener las personas con objetos utilizados en la atención médica del paciente contaminado con el nuevo coronavirus (SARS-Cov-2).

Por Aerosoles: Además, es posible que se propague por este mecanismo en aquellos procedimientos generadores de aerosoles como broncoscopia, aspirado nasofaríngeo o procedimientos para la toma de muestras de secreciones de la vía aérea.

- Los prestadores de servicios de salud deben establecer mecanismos para indagar a las personas al ingreso a sus instalaciones, sobre la presencia de síntomas respiratorios, así como proveer y asegurar el uso de máscaras quirúrgicas convencionales y la aplicación de solución a base de alcohol para higienización de manos, en aquellos sintomáticos.

- Los trabajadores de la salud deben utilizar mascarillas de alta eficiencia N95 o FFP2 hasta que se determine con claridad la naturaleza del virus.
- Los trabajadores de la salud deben utilizar protección para los ojos o protección facial (careta) para evitar contaminación de membranas mucosas, si realizan procedimientos con riesgo de salpicadura.
- Los trabajadores de la salud deben usar una bata limpia, no estéril, de manga larga.
- Los trabajadores de la salud deben usar guantes en caso de realizar procedimientos que lo requieran.
- Después de la atención al paciente, desecho y eliminación apropiada de todos los EPP.
- Realizar la higiene de manos antes y después de la colocación de los EPP.
- Evitar el desplazamiento y el transporte de pacientes fuera de su habitación o área de atención a menos que sea médicamente necesario. Utilizar equipo de rayos X designado u otro equipo de diagnóstico designado portátil.
- Si el transporte es requerido, use rutas de transporte predeterminadas para minimizar la exposición para el personal, otros pacientes y visitantes, y que el paciente use una máscara quirúrgica convencional si se trata de un caso sospechoso, o una mascarilla de alta eficiencia N95 o FFP2 si se trata de un caso confirmado.
- Notificar al área que recibe al paciente antes de la llegada del paciente.
- Limpiar y desinfectar rutinariamente las superficies con las que el paciente está en contacto.
- Limitar el número de trabajadores de la salud, familiares y visitantes que están en contacto con un caso sospechoso o confirmado.
- Mantener un registro de todas las personas que ingresan a la habitación del paciente, incluido todo el personal y los visitantes.

LAVADO DE MANOS

Para prevenir la transmisión del Coronavirus Covid – 19, es vital que el personal de la salud mantenga en todo momento sus manos limpias o higienizadas, ya que esta medida cobra gran importancia para cortar la cadena de trasmisión no solo de Covid – 19 sino de muchas otras enfermedades infectocontagiosas, es fundamental que los trabajadores de la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen laven sus manos frecuentemente con agua y jabón o higienicen con solución a base de alcohol, esta última medida siempre y cuando las manos no estén visiblemente sucias, se recomienda que el proceso del lavado de manos demore por lo menos entre 20 a 30 segundos y siguiendo las indicaciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Mundial de la Salud.
Se recomienda lavar las manos cuantas veces sea necesario durante el día, no obstante, siempre debería higienizar sus manos por los menos cada 3 horas o en los siguientes casos:

- Antes de salir de casa
- Cuando las manos estén visiblemente sucias.
- Al tener contacto con alguna superficie en espacio y transporte público o con algún objeto que no sea de su propiedad.

- Antes de tocarse partes descubiertas de su cuerpo como la cara, el cuello, el cabello, entre otros.
- Después de sonarte la nariz, toser o estornudar.
- Al tener contacto con manijas, pasamanos, interruptores eléctricos o con cualquier superficie de alto contacto.
- Antes y después de tener contacto con medicamentos.
- Antes y después de haber tenido contacto con animales.
- Antes de consumir alimentos vengan estos empacados o no.
- Antes y después de ir al baño.
- Después de recibir dinero u otros elementos que provengan de otras personas.
- Antes de colocarse sus elementos de protección personal.
- Después de retirar sus elementos de protección personal.
- Al llegar a su casa luego de una jornada laboral.
- Después de manipular residuos o realizar procesos de limpieza y desinfección
- Antes y después de visitar a una persona enferma

De manera intrahospitalaria, la Organización Mundial de la Salud emitió unas recomendaciones para el lavado de manos del personal sanitario tomando como referencia 5 momentos claves en los cuales se debería practicar el lavado de manos, en ese sentido la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen Para adoptar estas recomendaciones para que el personal asistencial las tenga en cuenta a la hora de realizar atención en salud.

Los guantes no deben ser usados como sustitutos del lavado de manos y para este procedimiento, se debe disponer de jabón líquido, agua limpia y toallas desechables de un solo uso, Instalar dispensadores de alcohol glicerinado en lugares de acceso fácil y frecuente para el uso de trabajadores y visitantes, sin embargo, La higiene de manos con alcohol glicerinado se puede realizar siempre y cuando las manos están visiblemente limpias y siguiendo la secuencia del lavado de manos. se sugiere además instalar en zonas comunes y de alto tráfico de personas, puntos de lavado de manos de acuerdo con las recomendaciones de MINSALUD. Es importante, además, instalar recordatorios de la técnica del lavado de manos en los puntos donde se realiza esta actividad. siguiendo los pasos establecidos por MISALUD o la OMS para este procedimiento, con el objeto de garantizar un correcto lavado de manos. Cabe resaltar que es de gran importancia intensificar las acciones de información educación y comunicación para el desarrollo de todas las acciones al interior de la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen con el fin de evitar el contagio del Covid – 19.

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (INTRAHOSPITALARIAS)

Está dirigido a todo el personal profesional de enfermería y médicos, así como a los odontólogos, técnicos auxiliares de enfermería y de salud oral, personal de laboratorio y personal de aseo, que participan directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución hospitalaria.

OBJETIVO

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en los pacientes en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

ESPECIFICOS

- Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención de pacientes.
- Aumentar el reporte y búsqueda activa de las infecciones asociadas a la atención en salud, permitiendo el mejoramiento en los procesos para su control y dando lugar a la creación de indicadores de impacto que permiten medir la calidad de la atención en relación al tema de control de infecciones en la ESE.
- Concientizar al personal clínico y demás trabajadores del hospital (incluso los administradores) de las infecciones asociadas a la atención en salud y la resistencia a los antimicrobianos, de manera que aprecien la necesidad de acción preventiva.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente, detectando y controlando oportunamente las fuentes.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición del riesgo infecciones asociadas a la atención del paciente.
- Disminuir la morbimortalidad y las secuelas por infecciones intrahospitalarias, así como disminuir el tiempo de hospitalización debido a infecciones intrahospitalarias.

INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS) O INTRAHOSPITALARIA (IIH)

Es aquella que no estaba presente, ni se encontraba en período de incubación al momento del ingreso del paciente o de realizarle uno procedimiento y se adquirió durante la hospitalización o como consecuencia de un procedimiento, manifestándose en el tiempo de internación o después del egreso del paciente así:

- Paciente que ingresó sano, adquirió la infección y la desarrolló en el hospital (intrahospitalaria).

- Ingresa infectado, se cura, adquiere una nueva infección intrahospitalaria y egresa en período de incubación pero desarrolla la infección por fuera del hospital (intrahospitalaria).
- Deben considerarse también como IAAS, las adquiridas por el personal de la unidad de salud y por los visitantes, siempre que se logre identificar la cadena de transmisión, el germen de la enfermedad y el foco a nivel institucional.

INFECCIÓN EXTRAHOSPITALARIA

Las infecciones que se presentan en las siguientes circunstancias no se consideran intrahospitalarias, dado que se asocian a procesos infecciosos presentes al momento de la admisión, y aquellas en las que el paciente ingresa infectado y sale con el mismo proceso. Se clasifican como extrahospitalarias:

- Paciente que ingresa infectado y sale con el mismo proceso.
- Paciente que ingresa en periodo de incubación y desarrolla la infección dentro del hospital o después del egreso.
- Neonato que adquiere la infección en forma transplacentaria, como herpes, sífilis, toxoplasmosis y rubéola, entre otras, la cual se evidencia al nacer.

Agentes: Cualquier agente infeccioso puede ser el causante. Los más frecuentemente implicados son las bacterias, los bacilos gram negativos y los cocos gram positivos en su orden, aunque también se describen IAAS por hongos y virus.

Bacterias

Bacterias comensales encontradas en la flora normal de las personas sanas. (Por ejemplo, los estafilococos cutáneos negativos a la coagulasa pueden causar infección del catéter intravascular y Escherichia coli intestinal es la causa más común de infección urinaria.)

Las bacterias patógenas tienen mayor virulencia y causan infecciones (esporádicas o endémicas), independientemente del estado del huésped). Las bacterias grampositivas: causan una gran variedad de infecciones pulmonares, óseas, cardíacas y sanguíneas y a menudo son resistentes a los antibióticos. Las bacterias gram negativas pueden colonizar varios sitios cuando las defensas del huésped están comprometidas (inserción de un catéter o de una cánula, sonda vesical) y causar infecciones graves (del sitio de una intervención quirúrgica, los pulmones, el peritoneo, bacteriemia). Estos gramnegativos a menudo se aíslan en agua y en zonas húmedas (Pseudomonas spp), y pueden además colonizar el aparato digestivo de los pacientes hospitalizados.

Virus

Existe la posibilidad de transmisión intrahospitalaria de muchos virus, incluso los virus de la hepatitis B y C (transfusiones, diálisis, inyecciones, endoscopia), el virus sincitial respiratorio (VSR), los rotavirus y los enterovirus (transmitidos por contacto del ano con la

boca y por vía fecal-oral). También pueden transmitirse otros virus, como el citomegalovirus, el VIH y los virus de Ebola, la influenza, el herpes simple y la varicela zóster.

Parásitos y hongos

Algunos parásitos (como Giardia lamblia) se transmiten con facilidad entre adultos o niños. Muchos hongos y otros parásitos son microorganismos oportunistas y causan infecciones durante el tratamiento prolongado con antibióticos e inmunodeficiencia grave (Candida albicans, Aspergillus spp., Cryptococcus neoformans,Cryptosporidium). Estos son una causa importante de infecciones sistémicas en pacientes con inmunodeficiencia. La contaminación ambiental por microorganismos transportados por el aire, como Aspergillus spp., originados en el polvo y el suelo, también son motivo de preocupación, especialmente durante la construcción de hospitales. Sarcoptes scabiei (arador de la sarna) es un ectoparásito que ha causado brotes en repetidas ocasiones en los establecimientos de atención de salud.

Modo de transmisión:

- Por contacto directo: En la cual hay transferencia física directa de un microorganismo desde una persona infectada a una susceptible. (Persona - Persona).
- Por contacto indirecto: Contacto de la persona susceptible con un objeto contaminado como vendas, ropas, sondas, instrumental, monitores, pudiéndose incluir las gotas de secreciones nasales y respiratorias y los aerosoles. (objeto - persona).
- A través de vehículos: El germen se adquiere a través de alimentos contaminados, medicamentos y sangre.
- A través de vectores: Transmisión por picadura de artrópodos y otros insectos infectados.

Período de incubación:
Varía de acuerdo con los diferentes agentes, tipo de infección y el estado inmunológico del paciente.

Reservorio: El hombre y algunos animales en relación con los diferentes agentes. Período de transmisibilidad: Varía de acuerdo con los diferentes agentes.

Distribución: Mundial. Es mayor número de éstas se presentan en los hospitales con un alto porcentaje ocupacional, en las salas de prematuros, neonatos y quemados, pero puede observarse en cualquier área de hospitalización, de procedimientos o de atención a pacientes

FACTORES DE RIESGO

La infección hospitalaria se produce como consecuencia de la interacción entre agente, huésped y medio ambiente, como un proceso infeccioso de carácter multicausal.

Existen diversos factores de riesgo:

Endógenos:

Inherentes al paciente, como son: edad, sexo, disminución de las defensas a causa del estrés que genera la hospitalización, la patología de base con la cual ingresa al hospital, la alteración de las barreras anatómicas (piel y mucosas) e inmunológicas (inmunidad humoral y celular) debido a procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos, uso de antimicrobianos e inmunosupresores, entre otros, necesarios para el tratamiento, durante su permanencia en el hospital los cuales determinan la susceptibilidad particular.

Exógenos como:

- La virulencia de la cepa: determinada por la patogenicidad de las especies y el número de microorganismos.
  Generalmente los agentes infecciosos adquiridos en el medio hospitalario, pueden presentar más patogenicidad y/o virulencia y ser más resistentes a los antibióticos y/o antisépticos.
- Inherentes a la institución: incluyen la planta física, su mantenimiento (el medio ambiente cuando no es el adecuado puede propiciar la permanencia y transmisión de los microorganismos patógenos), el cumplimiento de protocolos, el volumen y rotación del personal y el cumplimiento estricto por parte de este de todas las normas de bioseguridad pertinentes.

DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso

Paciente hospitalizado sin infección manifiesta o con infección diferente al momento del ingreso, que posteriormente presente fiebre, material purulento u otros signos o síntomas de infección durante el periodo de hospitalización ó 72 horas después del egreso.

Caso probable

Es el caso sospechoso cuya historia clínica muestra que la enfermedad objeto de su ingreso no es la causa de la infección descubierta y el periodo de incubación del proceso infeccioso o su inicio se encuentra incluido dentro del tiempo de hospitalización.

Caso confirmado

Es el caso probable en el que se ha identificado, al menos, uno de los siguientes aspectos: la cadena de transmisión; los contactos; la fuente de infección; el modo de propagación; el mecanismo de transmisión, con o sin aislamiento del agente etiológico.

Por laboratorio: es el caso probable con resultados de laboratorio positivos para el agente etiológico.


5 Momentos Clave
para la utilización segura
de los medicamentos
Antes de COMENZAR a tomar un medicamento
Cuando TOMO el medicamento
Al AÑADIR otro medicamento
Cuando REVISAN mi medicación
Antes de FINALIZAR la toma de un medicamento
1
¿Cómo se llama y para qué sirve?
Además de este medicamento, ¿hay otras formas de tratar mi enfermedad?
¿Cuáles son sus posibles efectos secundarios y qué tengo que hacer si los observo?
¿He informado al profesional sanitario sobre mis alergias, otras enfermedades y otros medicamentos o productos que estoy tomando?
¿Cómo debo almacenar este medicamento?
2
¿Cuándo y cómo debo tomar este medicamento y qué dosis debo tomar cada vez?
¿Debo tomarlo en ayunas o con las comidas?
¿Cómo puedo organizar bien las tomas?
¿Qué debo hacer si me olvido de tomar una dosis?
¿Cómo debo controlar que no se me termine la medicación?
3
¿He entendido la necesidad de tomar otro medicamento más?
¿He informado al profesional sanitario de todos los medicamentos con o sin receta que estoy tomando?
¿Este nuevo medicamento afecta o interfiere con el resto de mi tratamiento?
¿Qué debo hacer si surge alguna complicación?
¿Cómo organizo las tomas de este nuevo medicamento con las del resto?
4
¿Mantengo una lista actualizada con todos los medicamentos y productos que tomo?
¿Hasta cuándo debo tomar cada medicamento?
¿Estoy tomando algún medicamento que ya no necesito?
¿He comunicado al profesional sanitario los efectos secundarios que he notado para que me ayude a manejarlos?
¿Cuándo debo volver a consulta para que revisen mi medicación?
5
¿Cuándo debo dejar de tomar cada medicamento?
¿Puedo dejar de tomar alguno de mis medicamentos de repente?
¿Qué debo hacer si me quedo sin medicación, pero no he terminado mi tratamiento?
Si tengo que suspender mi medicación por un efecto secundario, ¿dónde y a quién debo informar?
¿Qué debo hacer con los medicamentos que me hayan sobrado o que estén caducados?

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Teniendo en cuenta cada uno de los ejes de acción se soportan en la transformación de procesos y conductas, ejerciendo la autoformación para obtener métodos asistenciales seguros, involucrando a los pacientes y sus familiares, incentivando prácticas que mejoren las actuaciones de los profesionales y en general del equipo de salud, así como desplegando un ambiente de seguridad con un entorno de confidencialidad y confianza entre quienes hacen parte de la atención en salud, entre dichas prácticas se encuentran:

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

La base de la creación o cambios de cultura organizacional de equipos de trabajo que encaminan sus actividades hacia un mismo fin, es la comunicación, "bajo ella se permiten la puesta en común de propósitos, objetivos métodos, procesos acciones y resultados del ente colectivo", pero a su vez la alineación de las necesidades e intereses del recurso humano, los proveedores y los usuarios.

De esta forma se distinguen dentro del proceso de comunicación para el programa de Seguridad del paciente temas relevantes y canales de comunicación, así:

- Fomento del saludo entre el personal de salud como contacto inicial que permite la interacción más permeable.
- Actitud de escucha
- Trabajo en equipo
- Mantener buenas relaciones interpersonales
- La salud mental y bienestar laboral permiten una adecuada comunicación

RONDAS DE SEGURIDAD

Las rondas de seguridad en la E.S.E. HNSC, son definidas como una herramienta de la alta dirección para incrementar la seguridad en la atención en salud. Consiste en una visita planificada de los directivos y referentes a un servicio determinado de la institución para generar una interacción directa con el personal asistencial, los pacientes, y sus familiares, generando espacios de confianza, respeto y educación.

Los propósitos básicos de las rondas de seguridad en la institución están enmarcados en los siguientes enunciados:

- Generar cultura a partir del ejemplo e involucramiento de la alta dirección en los procesos del día a día.
- Gestionar posibles riesgos.
- Realizar escucha activa de los servidores, pacientes y sus familias.
- Evaluar la implementación del programa de seguridad de la Institución.

La metodología consiste en la elaboración de lista de chequeo o cotejo que contiene los siguientes aspectos a verificar en el transcurso de la ronda:

Adecuado diligenciamiento de las historias clínicas, disposición de medicamentos, las condiciones de limpieza de las áreas y ausencia de humedad en los pisos, las condiciones de seguridad en los baños (agarraderas, antideslizantes), el estado de los equipos médicos, supervisión de personal en entrenamiento, prácticas de bioseguridad, funcionamiento y manejo de dispositivos de equipo entre otros.

Las rondas de seguridad se realizan en diferentes horarios y como mínimo mensualmente, la metodología se fundamenta en observación y evaluación de prácticas inseguras, revisión documental y entrevista con el personal y usuarios, al finalizar la ronda se realiza un informe en donde se consignan las observaciones, recomendaciones y acciones tomadas frente a las no conformidades encontradas.

BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Asegurar la Correcta Identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente- procesos-asistenciales.pdf
- Instituto Colombiano de Normales Técnicas y Certificación ICONTEC. (2016). Qué es Acreditación en salud. Disponible en: http://www.acreditacionensalud.org.co/Sua/Paginas/AcrSal.aspx.
- Instituto Colombiano de Normales Técnicas y Certificación ICONTEC (2016). Ejes de la Acreditación. Disponible en http://www.acreditacionensalud.org.co/ea.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Seguridad del Paciente (2014). Disponible en http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx
- Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACIO N_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
- Paquetes instruccionales guía técnica "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. Versión 2.0. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/asegurar-identificacion-paciente- procesos-asistenciales.pdf

Proyectado por:

OMAR MEDINA RAMÍREZ
P.U. Apoyo área de calidad
18- MARZO - 2022

Revisó y Aprobó:

JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
Gerente E.S.E.
18- MARZO - 2022

"SEGURIDAD DEL PACIENTE"

Historia del Cambio: Actualización, Segunda Versión. Original firmado y archivado.

18-MAR-2022
15-JUL-2019.
15-ABR-2018.
25-JUL-2016.
15-JUL-2015.