# INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un componente de la atención en salud que ha tomado fuerza en las últimas décadas, logrando prevenir posibles eventos adversos en la atención, corrigiendo errores y aprendiendo de ellos, es importante para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.

La cultura de seguridad del paciente al interior del **Centro Médico Aficenter**, es la manifestación de una serie de premisas interiorizadas por sus miembros y de compromisos que todos comparten y asumen en temas como la interacción entre seres humanos y entornos. Premisas que nos permiten encontrar vías comunes para interpretar las situaciones y darle un sentido a su existencia profesional y personal, en nuestra institución se expresa a través de valores, creencias, actitudes, comportamientos, lenguaje, costumbres, objetivos y funcionamiento de una organización.

La mejora de la seguridad del paciente debe ser nuestra aspiración máxima, especifica; empezando por la alta dirección de la institución, una cultura orientada a la calidad y a la seguridad se caracteriza por una alianza fuerte y solidaria en la que se comparte la propiedad sobre la visión de la organización.

# OBJETIVO GENERAL:

Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención hacía una intervención más segura.

Este manual especifica las actividades de promoción, gestión e implementación de prácticas seguras en la atención en salud; apoyando la política de seguridad del paciente de la institución, estableciendo los mecanismos de respuesta a los problemas de seguridad de los pacientes, reduciendo riesgos y errores de manera continua.

# OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer la seguridad en la atención en salud dentro Centro Médico Aficenter.
2. Promover una cultura de seguridad en todos los trabajadores
3. Educar a nuestros usuarios y su núcleo familiar acerca de los factores que pueden incidir en su seguridad durante el proceso de rehabilitación.
4. Minimizar el riesgo de la atención en prestación del servicio institucional.
5. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de barreras de seguridad.

# ALCANCE:

El programa de seguridad del paciente de Centro Médico Aficenter tiene alcance en las sedes norte y sur de la ciudad de Cali y es aplicado por todos los colaboradores de la entidad apoyado por la gerencia.

# DEFINICIONES:

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

**ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

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

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

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

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

**EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

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

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

**VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

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

**SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO:** se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

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

**REPORTE TECNOVIGILANCIA:** conjunto de actividades orientadas a la identificación, evaluación, gestión y divulgación oportuna de la información relacionada con los incidentes adversos, problemas de seguridad o efectos adversos que presenten las tecnologías durante su uso, a fin de tomar medidas eficientes que permitan proteger la salud de los pacientes.

**LA TECNOVIGILANCIA:** parte de la fase pos mercadeo de la vigilancia en salud de los dispositivos médicos y se constituye como un pilar fundamental en la evaluación de la efectividad y seguridad real delos dispositivos médicos y una herramienta para la evaluación razonada de los beneficios y riesgos que su utilización representa para la salud de un paciente.

# POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

La alta dirección de AFICENTER busca propender por un entorno seguro para los pacientes y familiares, minimizando la frecuencia de incidentes y eventos adversos; disponiendo de recursos humanos, técnicos y financieros; promoviendo una cultura institucional de prevención y participación activa de todos los procesos y profesionales en salud con metodologías y herramientas que fortalecen el sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, estrategias de sensibilización y capacitación institucional.

Entendiéndose todo lo anterior como parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

# PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Se deben establecer unos principios que orienten todas las acciones a implementar en la política de seguridad del paciente. Estos principios son:

* 1. **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.
  2. **Cultura de seguridad**: El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del

paciente debe 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.

* 1. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es transversal a todos sus componentes.
  2. **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.
  3. **Validez**: para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.
  4. **Alianza con el paciente y su familia:** el programa de seguridad del paciente debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.
  5. **Alianza con el profesional de la salud**: el programa de seguridad del paciente 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.

# ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA CULTURA DE SEGURIDAD:

* Capacitación sobre eventos adversos, su prevención y detección oportuna a todo el personal con el fin de favorecer la **“cultura del reporte”**.
* Educación continuada en: Prácticas seguras, prevención de infecciones .
* Hacer consciente al personal sobre la importancia de ofrecer al usuario un ambiente seguro. Estimulando y favoreciendo la **respuesta oportuna** ante un evento.
* Informando al usuario sobre sus derechos y deberes e involucrándose en las soluciones, dentro de un ambiente de **confidencialidad y confianza**.
* Elaborando planes de mejoramiento en cuanto: control de condiciones peligrosas en el ambiente físico, mitigación de eventos adversos, guías de manejo.

# MONITOREO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD.

El monitoreo de la cultura se realizará mediante encuesta anual a los servidores acerca de su percepción de seguridad en la Institución, y el análisis anual en el incremento de reportes.

# COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se implementará e instaurará un comité dirigido a definir, analizar y establecer lineamientos en materia de seguridad de paciente.

Estará integrado por un equipo base decisorio: el gerente, quien lo preside, dos coordinadores clínicos, líder administrativo, estos integrantes a su vez realizaran invitaciones periódicas a miembros tanto asistenciales como administrativos de aficenter dependiendo del tema a tratar. Cada uno de los integrantes del equipo operativo deberá analizar, investigar, clasificar la gravedad del evento o incidentes reportados a través del formato **“reporte y análisis de eventos adversos”**.

Las reuniones ordinarias del comité se realizarán mensualmente, previa citación del secretario y extraordinariamente a solicitud del Gerente o de por lo menos la mitad más uno de los miembros del comité.

De cada sesión se levantará un acta, cuyo resumen recibirán los integrantes en forma previa a la siguiente reunión, cumplirá las funciones de secretario técnico, el referente de seguridad del paciente, quien elaborará las actas y presentará el orden del día en los comités.

# ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El equipo decisorio del comité de seguridad del paciente realizará las siguientes actividades:

1. Diseñar nuevas estrategias de minimización del riesgo y analizar el grado de severidad, frecuencia y tipificación del evento en sí.
2. Investigar e implementar las mejores prácticas existentes para el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente al interior de Aficenter.
3. Diseñar acciones específicas que fomenten y promuevan la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes reportados. Esta actividad se hará en conjunto con el equipo operativo.
4. Involucrar al personal de salud en el proceso de identificación y reporte voluntario, confidencial y de vigilancia activa.
5. Fomentar la cultura del reporte de eventos adversos.
6. Presentar en comité la tendencia de la identificación de eventos debidamente clasificados por severidad, frecuencia, servicio, entre otros.
7. Establecer el perfil de riesgo institucional debidamente tipificado, clasificado y servicio involucrado. Esta actividad se hará en conjunto con el equipo decisorio.
8. Implementar el reporte intrainstitucional y extrainstitucional de eventos adversos, incidentes y eventos centinela, a través del proceso de calidad.
9. Implementar rondas de seguridad en los diferentes servicios.

# PRÁCTICAS SEGURAS.

Para mejorar la seguridad del paciente en la Institución tendremos en cuenta las siguientes prácticas:

# IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL USUARIO.

# La identificación errónea de los pacientes es una de las causas principales de errores médicos en las instituciones de salud, por ello cada vez más va cogiendo fuerza el enfoque centrado en el paciente y por ende en la mejora de su seguridad como una prioridad en las políticas de calidad de las instituciones de salud en todo el mundo. Es por esto que se plantean estrategias para la seguridad del paciente, y dentro de ellas aparece de forma relevante y sistemática la estrategia para la correcta identificación del paciente.

La eficiencia en los procesos establecidos en la identificación se logra a partir de los tres puntos de identificación que el Centro Médico AFICENTER ha implementado:

* + - Solicitud de la cédula al ingresar a las instalaciones.
    - Solicitud de la cédula en la admisión.
    - El profesional debe llamar al paciente por su nombre completo y posteriormente preguntarle su número de documento.

# CORRESPONSABILIDAD DEL USUARIO Y LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA SEGURA:

A todo usuario y familiar de éste, que ingrese a la institución se les dará indicaciones y recomendaciones sobre la importancia de una correcta identificación, verificación de datos y solicitud de nueva identificación si es necesario.

# COMUNICACIÓN CLARA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.

Las fallas de comunicación son un factor muy frecuente en la generación de eventos adversos. En el proceso de atención no solo es importante nuestra comunicación y coordinación con otros profesionales o miembros de las diferentes unidades que intervienen en la atención, sino también con el paciente y su familia, al hacerlo se debe identificar el interlocutor pues esto afecta e impacta los términos que son más adecuados.

Los pacientes se mueven entre diferentes áreas de diagnóstico, tratamiento y atención, además el personal que atiende tiene más de dos turnos por día, estas formas de traspaso son un riesgo para su seguridad pues durante su movilización pueden ocurrir errores de comunicación y no incluir toda la información esencial a hacer una interpretación incorrecta. Esto ocasiona graves interrupciones en la continuidad de la atención, un tratamiento inadecuado, o un daño potencial al paciente.

La comunicación efectiva, capacitación en trabajo en equipo y destrezas de comunicación, involucrar a los pacientes y sus familias permitiéndoles que hagan preguntas y se les resuelvan, al igual que la estandarización de entregas de turno ayudan a no cometer errores en la atención.

# HERRAMIENTAS PARA EL ALCANCE

* Hablar correctamente sin omitir explicaciones, sea paciente con su usuario.
* Sea conciso, claro, específico y oportuno, comuníquese con su usuario de acuerdo con su nivel sociocultural.
* No utilizar abreviaturas, acrónimos o símbolos, al menos que la institución cuente con estandarización de los mismos.
* Cerciórese de que se ha dado a entender, pregunte al usuario si tiene alguna duda sobre su padecimiento y su tratamiento.
* Si el tiempo es un factor importante, especifique el momento en que se requiere que se efectúe la acción.
* En caso de órdenes verbales o resultados críticos utilizar procesos de doble verificación por medio de la estrategia de doble chequeo o chequeo cruzado, para evitar posibles malas interpretaciones.
* Limitar la información a lo que es necesario.

# PREVENCIÓN CAÍDA DE USUARIOS.

Dentro de la prevención de eventos adversos se incluye la elaboración e implementación de un programa de prevención de caídas que normalice la actuación en esta área en la institución ya que éste es un indicador de calidad de la atención en rehabilitación; disminuyendo la incidencia de caídas en los usuarios que ingresan a la institución y sus secuelas adversas derivadas de los mismos

Se busca desarrollar y fortalecer destrezas para prevenir y reducir las caídas en los usuarios, con el fin de detectar errores o fallas en la atención en el Centro Medico Aficenter que favorecen las caídas, las barreras de seguridad para prevenirlas e implementar buenas prácticas que favorezcan la cultura institucional que vele por la prevención de caídas en los usuarios.

Al ingreso del usuario en el servicio, se aplicará lista de chequeo con base en escala de caídas, para determinación de riesgo de caída, en la zona de la IPS de acuerdo a puntaje se colocarla señalética de color azul al ingreso del usuario; si en la escala aparece un ítem de riesgo deberá identificarse de esta forma para prevenir la ocurrencia de un evento adverso.

# METODOLOGÍA DE REPORTE DEL EVENTOS ADVERSOS

**¿Qué hacer ante un incidente o evento adverso en el Centro Médico Aficenter?**

En el momento que se presenta el evento relacionado con la atención en salud, el profesional que esté atendiendo al paciente debe brindar la atención inicial y ubicar al líder de la brigada de Emergencia para continuar la atención del paciente, si la condición de salud del paciente lo requiere se ubica a un Médico del Centro Médico Aficenter, es indispensable y en todos los casos se debe llamar al área protegida.

**¿Qué se debe reportar?** Indicio de Atención insegura Evento Adverso Incidente

# ¿Quién debe reportar?

Todo el personal vinculado con el Centro Médico Aficenter que identifique un incidente o evento adverso con un paciente puede reportarlo.

# ¿Cuándo reportar?

Todos los incidentes o eventos adversos deben ser reportados de manera inmediata.

# ¿Cómo reportar?

Se descarga el formato con código **GS-FR-001 AUTOREPORTE DE INCIDENTES ADVERSOS** vigente que se encuentra en el listado maestro digital entrando a la página web de [www.aficenter.com.co](http://www.aficenter.com.co/) en la opción calidad, ingresa usuario y contraseña asignada selecciona formatos e ingresa al proceso de servicios GS o en el servicio de admisiones de manera impresa.

# ¿A quién se reporta?

Una vez diligenciado el formato, se debe entregar en Admisiones o al Líder del Programa de Seguridad del Paciente y enviar al correo electrónico [liderasistencial@aficenter.com.co](mailto:liderasistencial@aficenter.com.co)

Todos los documentos y la información relacionada con un incidente o evento adverso, son manejados y custodiados por el líder del Programa de Seguridad y son conocidos únicamente por el grupo investigador y las personas implicadas en el hecho.

Como estrategia para el manejo y detección de los principales modos de falla, para establecer los correctivos y las barreras de seguridad para el cumplimiento de lo establecido en el programa de seguridad del paciente, se utiliza como herramienta, el reporte de los incidentes o eventos adversos presentados en las diferentes áreas de la institución.

# ANÁLISIS DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS REPORTADOS.

Para el análisis de los eventos reportados se hará uso práctico de la metodología la ACR “análisis causa raíz” basados en el supuesto de que los problemas generados institucionalmente se resuelven mejor al tratar de corregir o eliminar las causas raíz, en vez de simplemente tratar los síntomas evidentes de inmediato. Al dirigir las medidas correctivas a las causas primarias, se espera que la probabilidad de la repetición del problema se minimice. Sin embargo, se reconoce que la prevención total de la recurrencia de una sola intervención no es siempre posible.

# Realizar Acción correctiva o preventivas.

La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura.

El Centro Médico Aficenter cuenta con la metodología de los 5 ¿por qué? Logrando identificar la causa raíz del problema utilizando el formato **GI-FR-002** [**ACCIONES**](https://drive.google.com/file/d/1DoRJvC4kFeMjQvsP1lh9HsBVJ8rhbHGe/view?usp=sharing)[**CORRECTIVAS PREVENTIVAS Y MEJORAS**](https://drive.google.com/file/d/1DoRJvC4kFeMjQvsP1lh9HsBVJ8rhbHGe/view?usp=sharing)y siguiendo lo indicado en el procedimiento de GI-DC-006 [ACCIONES CORRECTIVAS](https://api.calidadsg.com/cakephp/img/AFICENTER/GI-DC-006.pdf), este método será controlado y dará lugar a la mejora del proceso dentro del sistema de gestión de calidad y respuesta a los entes reguladores de interés.

# INDICADORES DE SEGUIMIENTO PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Indicador** | **Fórmula** | **Métrica** | **Periodicidad** | **Meta** |
| Caídas presentadas en la atención | Número de  caídas presentadas/número de pacientes atendidos en consulta externa | Proporción | Mensual | 10% |
| Errores en la  Identificación del paciente | Número de errores de  identificación detectados/número de pacientes atendidos | Proporción | Mensual | 1% |
| Adherencia a guías y protocolos | Número de personal asistencial con calificación aceptable en evaluación de guías y protocolos/número total de personal asistencial evaluado | Proporción | Trimestral | 90% |
| Incidentes y Eventos gestionados | Número de incidentes y eventos gestionados a tiempo/número total de incidentes y eventos reportados | Proporción | Mensual | 100% |
| Cumplimiento de Capacitaciones | Número de capacitaciones realizadas/número de  capacitaciones programadas | Proporción | Trimestral | 90% |
| Cumplimiento de acciones de mejora | Número de acciones de mejora realizadas a tiempo/número total de acciones de mejora  programadas | Proporción | Mensual | 90% |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cumplimiento del programa | Criterios cumplidos/total de criterios evaluados | Proporción | Semestral | 100% |
| Eventos adversos  asociados a la  administración de medicamentos | Número de eventos adversos asociados a la administración de medicamentos /número de  pacientes atendidos en consulta externa | Proporción | Mensual | 1% |

# GARANTIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La institución cuenta con procedimiento para garantizar el correcto uso del consentimiento informado y realiza las siguientes acciones

* Promover la cultura del consentimiento informado, por medio de rondas de seguridad del paciente.
* Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente.
* Asegurar su registro en la historia clínica
* Garantizar que es entendido y consentido por el paciente.

**INSTRUCTIVO PARA LA TOMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

* Mediante documentos escritos se deberá obtener el consentimiento informado para procedimientos no urgentes. El consentimiento informado se podrá pasar por alto si su obtención es imposible en condiciones de emergencia (Ley 23/81Art.7; Decreto 3380/81 Art.3).
* En los casos en que exista duda acerca de la capacidad o competencia temporal o permanente de un paciente: se tratará de respetar su capacidad de tomar decisiones y se deberá documentar en la historia clínica las razones por las cuales se le considera incapaz, se sugiere que un psiquiatra evalúe su capacidad para consentir un procedimiento médico.
* El consentimiento informado en niños y adolescentes se manejará con los padres (en lo posible ambos padres) o la persona responsable; sin embargo, si éstos se niegan a consentir la realización de un procedimiento vital, se debe garantizar el derecho de los niños y buscar el apoyo de la comisaría de familia o de autoridad competente para que conozca el caso y tome las medidas de protección pertinentes. Con los adolescentes se debe tener en cuenta que es conveniente la aprobación de éstos para el tratamiento. En caso de que los padres rechacen la conducta que ordena el médico, a pesar del deseo del menor de aceptar el tratamiento por considerarlo beneficioso para su salud, el médico puede acudir a un juez para que éste dé el consentimiento en nombre del menor. En caso de emergencia prevalece el derecho a la vida.
* Los responsables o acudientes pueden firmar consentimientos por pacientes impedidos para hacerlo y se les invitará a expresar los deseos y a determinar los mejores intereses del paciente que representan.
* Se recomienda que los pacientes o sus responsables firmen los documentos de consentimiento informado en presencia de un testigo que firme también el documento.
* Siempre se debe incluir el número del documento de identificación de todos los firmantes.
* En los casos en que exista razón para pensar que el paciente no tiene una adecuada comprensión de las implicaciones y los riesgos o no se encuentra preparado emocionalmente se invita al personal asistencial para que aplace, en lo posible, todo procedimiento importante.

**CONTENIDOS DEL CONSENTIMIENTO**

Los contenidos que debe tener un consentimiento informado válido son:

1. Información completa: La suficiente para permitir a personas razonables realizar selecciones prudentes en su propio beneficio. Esta debe incluir, en términos sencillos y comprensibles, lo siguiente:

* Descripción clara del tratamiento o procedimiento, con énfasis en su objetivo.
* Beneficios importantes que razonablemente se puedan esperar del tratamiento o procedimiento propuesto.
* Riesgos más significativos asociados con el tratamiento o procedimiento (daño o riesgo significativo es aquel que toda persona razonable desearía conocer).
* Recomendación del personal asistencial que asegure que los beneficios justifican los riesgos.
* Alternativas al tratamiento propuesto, incluyendo el no tratar.
* El documento debe animar al paciente a resolver toda inquietud que pueda tener acerca del tratamiento o procedimiento. También le debe informar que puede abandonar el tratamiento, por decisión racional y autónoma.
* El documento debe declarar que, si el paciente rechaza el tratamiento que se le recomienda, o lo suspende una vez iniciado, puede continuar recibiendo atención médica en la institución.

1. **INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD** Se considera que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más Ayudará a prevenir que sucedan los eventos adversos.

Por ello la institución implementa las siguientes acciones

* Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes (intervenidos de manera ambulatoria o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria)
* Se deben considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de la ocurrencia de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en los procesos de seguridad del paciente.

# RONDAS DE SEGURIDAD

Las Inspecciones de seguridad son la herramienta con la que se cuenta para incrementar el nivel en seguridad de la atención. Periódicamente (teniendo en cuenta el cronograma programación anual de Inspección de seguridad) el grupo de personas asignado, visitará un servicio sin aviso previo, con el fin de realizar la verificación y observación sobre el cumplimiento de los estándares de Calidad, interactuando con funcionarios y/o pacientes. Deben estar documentadas y donde se deben consignar los hallazgos

# PROPÓSITO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD

* Fortalecer el compromiso con la seguridad de la atención.
* Fomentar el cambio cultural hacia la atención segura.
* Identificar oportunidades de mejoramiento en cada una de las áreas.
* Establecer líneas de comunicación entre directivos, líderes, personal asistencial y pacientes.
* Verificar el cumplimiento de las acciones realizadas para mejorar en la seguridad de la atención.
* Integrar información teórica con respecto a asuntos de seguridad con el día a día.
* Involucrar a todos los colaboradores en el propósito de construir una organización altamente confiable.

# METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD

**Recomendaciones generales:**

* Garantice que la información que se está compartiendo no se grabará ni usará de manera punitiva.
* Explique que el propósito es generar consciencia acerca de temas de seguridad (equipo y procedimientos) no criticar el desempeño de los individuos.
* Estimule la participación y trate de detectar a quienes quieren decir algo, pero no se atreven.
* Utilice preguntas abiertas si no hay contribuciones espontáneas.
* Implemente cambios basados en las cápsulas de seguridad.

Las rondas de seguridad pueden ser programadas para verificar situaciones específicas tales como: disposición de medicamentos e insumos, evaluación de dispositivos médicos, historia clínica, manejo de residuos, condiciones de orden y aseo, cultura Seguridad, paciente y su familia, condiciones de seguridad en la Institución, bioseguridad, aplicación de los correctos

Al finalizar la ronda**,** se debe consolidar la información obtenida, para su análisis en el comité de mejoramiento quienes de acuerdo a la información formularán los planes de acción correspondientes cuando el caso lo amerite y a su vez socializaran los resultados del análisis al personal de la unidad, así mismo los logros obtenidos en seguridad de la atención.

La líder del Programa de Seguridad del Paciente llevará a las reuniones del Comité de Mejoramiento un informe que consolide las rondas de las 2 sedes.

# HIGIENE DE MANOS

La IPS cuenta con el protocolo de lavado de manos adaptado al servicio bajo el lineamiento internacional de la OMS de los 5 momentos para el lavado y desinfección; también cuenta con información precisa del proceso en todos los baños, sitios comunes y espacios de convergencia laboral dentro de cada una de sus sedes. Igualmente se designa un jefe de servicios responsable de instruir a la población atendida sobre los sitios de dispensación de gel antibacterial y alcohol glicerinado al 60%.

# BIBLIOGRAFÍA

* Unidad Sectorial de Normalización en Salud, Proyecto Norma Técnica Sectorial en Salud “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. Ministerio de la Protección en Salud.
* Paquetes instrucciones guía técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. Ministerio de la Protección Social.
* Protocolo de Prevención y Tratamiento de las Ulceras por Presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital general HUVR.
* Protocolo de Acción frente a Fuga de Pacientes. Hospital Metropolitano de Santiago.
* Guía de Seguridad en la Atención a personas con Trastornos Mentales. Junta de
* Casillas y León, Consejería de Sanidad 2009.
* Guía de práctica clínica Seguridad del Paciente, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
* Primera guía de acción para el “Sistema Preventivo de Seguridad del Paciente”
* “Identificación correcta del Paciente”. Dirección Corporativa de Administración, Subdirección de Servicios de Salud PEMEX, agosto 2008.