	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 1 de 12

1. 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 **FERTILITY CARE**, 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 es nuestra cultura; 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.

2. OBJETIVO GENERAL:


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.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer la seguridad en la atención en salud dentro FERTILITY CARE.
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 fertilidad.
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.

3. ALCANCE:

El programa de seguridad del paciente de FERTILITY CARE tiene alcance en la sede de barranquilla y es aplicado por todos los colaboradores de la entidad y apoyado por la gerencia.

	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 2 de 12

4. DEFINICIONES:

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.

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

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

CULTURA DE SEGURIDAD: La cultura de seguridad del paciente en la IPS FERTILITY CARE, nace del esfuerzo colectivo de la institución en la difusión, implementación y aplicación de metodologías que continuamente buscan minimizar el daño al paciente. Incluye la conciencia individual de que las cosas pueden ir mal, capaz de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorarlas, abierta e imparcial, justa (ambiente en el que se habla abiertamente de los reportes y se analizan objetivamente las fallas); basada en un enfoque al sistema es decir que las cosas no están ligadas al individuo sino también al ambiente, comunicación, equipos, materiales e insumos, procedimientos y personas.

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: Grupo multidisciplinario representativo que orienta, asesora e implementa directrices frente al desarrollo de la Política de Seguridad del Paciente en la Institución.


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

EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. 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.

Evento Centinela: Es un tipo de evento adverso en donde está presente la muerte del paciente o un daño físico o psicológico serio de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

 CLÍNICA DE FERTILIDAD	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 3 de 12

FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:

- Paciente: un paciente que contribuyó al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
- Tarea y tecnología: toda la documentación ausente, poco clara, no socializada, que contribuye al error. La tecnología o insumos ausente, deteriorada, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
- Individuo: el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones como diligenciamiento adecuado de historia clínica.
- Equipo de trabajo: todas las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc) que contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- Ambiente: referente al ambiente físico que contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- Organización y gerencia: referente a las decisiones de la gerencia que contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- Contexto institucional: referente a las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc


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

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

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

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

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

	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 4 de 12

de salud o de mitigar sus consecuencias.

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 mediante la aplicación de planes de acción y lecciones aprendidas

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. 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 de los dispositivos médicos y una herramienta para la evaluación razonada de los beneficios y riesgos que su utilización representa para la salud de un 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.


5. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

La alta dirección de FERTILITY CARE se compromete a implementar y mantener el programa de seguridad del paciente, disponiendo de recursos humanos, técnicos, financieros y el reporte de incidentes por medio de estrategias de sensibilización y capacitación institucional, promoviendo una cultura institucional de prevención en la ocurrencia de los eventos adversos en pacientes y familiares, además de participación activa de todos los procesos y profesionales en salud con metodologías y herramientas que favorezcan un entorno seguro de la atención en salud que fortalezcan la mejora en la calidad de la atención.

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

Objetivos de Seguridad del Paciente

1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
2. Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 5 de 12

4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

5. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

6. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema

6. 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:

6.1 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.

6.2 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.


6.3 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, es transversal a todos sus componentes.

6.4 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.

6.5 Validez: para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

6.6 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.

6.7 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.

	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 6 de 12

7. 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 nosocomiales.
- 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 involucrándolo 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.

8. MONITOREO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD.

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

9. 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: Coordinadora administrativa, quien lo lidera, Subgerente Asistencial, Embrióloga y auxiliar de enfermería. Estos integrantes a su vez realizaran invitaciones periódicas a miembros tanto asistenciales como administrativas del FERTILITY CARE dependiendo del tema a tratar. Cada uno de los integrantes del equipo 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 Subgerente asistencial 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.

9.1 ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 7 de 12

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 de paciente al interior de FERTILITY CARE.
3. Diseñar acciones específicas que fomenten y promueven 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.

10. PRACTICAS SEGURAS.

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


10.1 IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL USUARIO.

Para que los procedimientos establecidos sean eficaces, es indispensable la definición de identificadores válidos como **nombre completo, número de identificación, número de historia clínica y fecha de nacimiento**. No son datos inequívocos el diagnóstico, la fecha de ingreso, unidad o número de cama, al igual hay datos que siendo inequívocos como número de la cedula no son considerados debido a que no todos los usuarios disponen de ellos.

Identificar de forma fidedigna al usuario como la persona a la que va dirigido el tratamiento, los cuidados o el servicio para prevenir errores que involucren al usuario equivocado. Aplica para todo usuario de la IPS y sus sedes

10.2 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.

	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 8 de 12

10.3 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.

10.4 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.

10.5 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 fertilidad; disminuyendo la incidencia de caídas en los usuarios que ingresan a la institución y sus secuelas adversas derivadas de los mismos

 CLÍNICA DE FERTILIDAD	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 9 de 12

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 FERTILITY CARE 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.

11. METODOLOGÍA DE REPORTE DEL EVENTOS ADVERSOS

¿Qué hacer ante un incidente o evento adverso en el FERTILITY CARE?

En el momento que se presenta el evento relacionado con la atención en salud, el profesional que este 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 de FERTILITY CARE, 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 FERTILITY CARE 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 **AUTOREPORTE DE INCIDENTES ADVERSOS** vigente que se encuentra en el listado maestro digital entrando a la página web de www.fertilitycare.com.co en la opción calidad, ingresa usuario y contraseña asignada selecciona formatos e ingresa al proceso de servicios 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 admon.fertilitycare@gmail.com

	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 10 de 12

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 evento adversos presentados en las diferentes áreas de la institución.

TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS


- Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud
- Tipo2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales
- Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos
- Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud
- Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales
- Tipo 6: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos
- Tipo 7: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente
- Tipo 8: Caídas de pacientes
- Tipo 9: Accidentes de pacientes
- Tipo 10: Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico
- Tipo 11: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional

12. 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.

Además, cómo, cada factor contributivo predispuso o no a la presencia de la falla activa o acción insegura

- **Del paciente:** edad, antecedentes, la complejidad de su enfermedad, la severidad de su condición clínicas, sus factores sociales y culturales, su personalidad, su forma de comunicación.
- **De la tarea y tecnología:** el diseño de la tarea y calidad de la estructura de la misma, la presencia de la calidad de la información, socialización, disponibilidad y facilidad de la consulta de guías, protocolos y procedimientos misionales, la presencia, disponibilidad, estado de los equipos y capacitación sobre los equipos.
- **Del individuo:** cansancio, somnolencia, sus competencias técnicas y no técnicas, su estado de salud física y mental, su actitud y motivación, la apropiación de lineamientos institucionales.

 CLÍNICA DE FERTILIDAD	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 11 de 12

- **Del equipo de trabajo:** comunicación ausente o deficiente del equipo de trabajo con el que se presta el servicio, falta de supervisión, la falta de liderazgo del equipo, disponibilidad de soporte.
- **Del ambiente:** deficiencias en la infraestructura, la sobrecarga de trabajo, mezcla de habilidades, el ambiente físico, patrón de turnos, clima laboral.
- **Organización y gerencia:** deficiente estructura de los procesos de apoyo, cultura organizacional, políticas y decisiones organizacionales, recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, metas organizacionales, prioridades organizacionales, debilidades en la administración y gerencia.
- **Contexto institucional:** factores externos a la organización como: economía del país, regulación y normatividad que afecte la institución, actuaciones de entes externos como EPS U otras IPS


12.1 Realizar Acción correctiva o preventivas.

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

El FERTILITY CARE cuenta con la metodología de los 5 ¿por qué? Logrando identificar la causa raíz del problema utilizando el formato **ACCIONES CORRECTIVAS PREVENTIVAS Y MEJORAS** y siguiendo lo indicado en el procedimiento de PI-DC-006 ACCIONES CORRECTIVAS, 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.

13. INDICADORES DE SEGUIMIENTO PROGRAMA DEL 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	<1%
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%

	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 12 de 12

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	>90%
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%

14. DESARROLLAR O ADOPTAR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA

Entendidas como la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la institución.

La institución para ello tiene en cuenta los siguientes aspectos


- Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio número de patologías posibles.
- Realizar evaluación de la guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto
- Incluir las guías de procedimientos de enfermería, y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la guía).
- Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.

Se busca con esta estrategia realizar la adopción o adaptación de las GPC de las primeras 5 causas de consulta para todo el personal asistencial de las sedes de servicios.

15. GARANTIZAR DE 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.

	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 13 de 12

16. 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 quirúrgicamente 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.

17. 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 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


PROPOSITO 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.

METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACION 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.

	PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Código	
			PS-DC-033	
	Fecha Vigente	22/03/2022	Versión 1	Página 14 de 12

- 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 formularan 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 seguridad.

18. HIGIENE DE MANOS

FERTILITY CARE 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/o alcohol glicerinado al 60%.