




Eres nuestra prioridad

**POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
ESE HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERÍA**

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 2 de 31

INTRODUCCION

La Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, tiene como objetivo 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.

La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros.


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

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; 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, si no 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 en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario 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 paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

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

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 3 de 31

LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN JERONIMO


La política de Seguridad del Paciente en la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería es el conjunto de actividades y estrategias previstos por el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad para proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud.

Nuestro objetivo es implantar una cultura de seguridad y cuidado, donde participen nuestros miembros y usuarios, mediante una comunicación efectiva entre los responsables del cuidado de los pacientes.

Las acciones que en torno a la Política de Seguridad del Paciente garantizar e implementar procedimientos, instrumentos, planes, actividades y recursos que, dentro de las normas éticas, técnico científicas y del servicio, minimicen los riesgos, incidentes y eventos adversos, para contribuir a la creación de un ambiente seguro para el paciente, su familia, el equipo asistencial y administrativo, y el entorno. Como lo expresa el lema de nuestra Política de Seguridad al Paciente, **“ERES NUESTRA PRIORIDAD”**.

Gerente
Septiembre 17/20

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005 Página 4 de 31

1. DEFINICIONES.

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

Análisis de causa raíz: Proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia cronológica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas raíz subyacentes.

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

Clasificación tipos de atención insegura: Tipos de atención en salud insegura que pueden causar Eventos Adversos o incidentes.

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

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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.


Falla activa: Errores resultantes de las decisiones y/o acciones de las personas que participan en el proceso.

Falla latente: Fallas en los sistemas de soporte.

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.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005 Página 5 de 31

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 y 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.

Modo de fallo: es una causa de falla o una posible manera en la que un sistema puede fallar. Cuando un sistema tiene muchas maneras posibles de fallar, tiene múltiples modos de falla o riesgos que compiten. Mientras más complejo es un sistema, más modos de falla tendrá.


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.

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.

Política de Seguridad del Paciente: La formulación de una política sobre seguridad del paciente conlleva algunas características clave como son el compromiso formal y explícito del equipo directivos de la institución, que se

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 6 de 31

encuentre articulada con la plataforma estratégica institucional y que se constituya en el primer paso hacia la construcción de una cultura de seguridad.

2. OBJETIVOS DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.


- ✓ Establecer políticas institucionales encaminadas hacia una atención segura en salud.
- ✓ Fomentar en nuestros pacientes y su núcleo familiar una cultura de cuidado y control hacia los factores que inciden en la seguridad del paciente.
- ✓ Disminuir el riesgo en la atención en salud institucional.
- ✓ 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.
- ✓ Difundir en todos los clientes internos y externos los principios de la política de la Seguridad del Paciente.
- ✓ Armonizar y articular los principios, objetivos, estrategias y programas de la seguridad del paciente con los organismos de vigilancia y control del sistema.

COMPONENTES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Imagen 1. Componentes de la Política de Seguridad del Paciente

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 7 de 31

2.1. Procesos institucionales seguros

Involucra contar con un Programa de Seguridad del Paciente que sea aplicado y conocido en toda la institución, y que nos permita tener todas las herramientas para identificar y evaluar la ocurrencia de eventos adversos, con el objeto de mejorar y estandarizar nuestros procesos, valiéndonos de herramientas tecnológicas como el software que potencializa el manejo y uso de la información, todo esto aunado para brindar seguridad a nuestros colaboradores y pacientes. lo que se busca con esta estrategia es identificar y mitigar los riesgos asociados a los procesos, con el fin de evitar lesiones en los pacientes, sus familiares y colaboradores y/o pérdidas o gastos significativos para la Institución.

2.2. Procesos asistenciales seguros

Este componente nos permite detectar, prevenir y reducir todos los riesgos asociados con la atención en salud y por ende a disponer de toda una cultura organizacional, capacitación, recursos humano y físico del que debe disponer la E.S.E, para proveer al paciente de información, guía, protección, seguridad y mejoramiento de su condición de salud.

2.3. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales

Requiere gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes, Prevenir el cansancio del personal de salud, Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado, Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

2.4. Involucrar a los pacientes y allegados en su seguridad


Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad, Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención

3. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Los principios transversales que orientan todas las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente son:

3.1. Enfoque de atención centrado en el usuario

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 8 de 31

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.

3.2. 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.

3.3. 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.

3.4. 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.

3.5. Validez.

Para impactar al paciente se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

3.6. 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.

3.7. 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.

4. ACCIONES QUE SE DEBEN IMPLEMENTAR EN LA E.S.E HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERÍA.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 9 de 31

- La 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 los paquetes instruccionales en seguridad del paciente.
- Hacer que el Personal sea consciente en ofrecer al Paciente un **AMBIENTE SEGURO**.
- Estimulando y favoreciendo la **RESPUESTA OPORTUNA**.
- **INFORMANDO AL PACIENTE SOBRE SUS DERECHOS Y DEBERES** e involucrándolo en las soluciones, dentro de un ambiente de confidencialidad y confianza.
- **ANALIZANDO UNO A UNO CADA EVENTO**, asociándolos por causas y montando estrategias de mejoramiento auto gestionadas por los servicios.
- **ELABORANDO PLANES DE MEJORAMIENTO** en cuanto: control de condiciones peligrosas en el ambiente físico, mitigación de Eventos Adversos, guías de manejo.
- **EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA** a través de folletos y cartillas en la cultura del auto cuidado.

5. METODOLOGIA PARA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

5.1. Comité de seguridad del paciente


Se rige por la resolución **050 de Enero de 2016**, el cual esta dirigido a definir, analizar y establecer lineamientos en materia de seguridad de paciente, reducir los daños intencionales y no intencionales a los pacientes, a través de la prevención y disminución de los errores, en el sistema y en las personas.

Los miembros del comité son:

5.2. Grupo estratégico:

- ✓ Gerente.
- ✓ Subgerente Administrativo.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 10 de 31

- ✓ Subgerente asistencial.
- ✓ Profesional especializado área de calidad y planeación.
- ✓ Un representante del área de enfermería del grupo operativo.
- ✓ Líder del área de apoyo diagnóstico del grupo operativo.
- ✓ Un profesional especializado médico del grupo operativo.
- ✓ Un representante del equipo de mantenimiento de grupo operativo.
 - ✓ Profesional del área de tecnología de la información y comunicación
 - ✓ Profesional Universitario área de seguridad del paciente

Estos son quienes asistirán a los comités de Seguridad del Paciente y establecerán las directrices y el Plan de implementación del Programa de Seguridad del Paciente de cada vigencia:

5.3. Grupo operativo:

- Profesional especializado de calidad y planeación
- Profesional Universitario área de seguridad del paciente
- Profesional universitario coordinador de ambiente físico.
- Profesional universitario de la tecnología de la información y comunicaciones
- Coordinador de Mantenimiento Biomédico
- Epidemióloga
- Coordinadora de Enfermería
- Profesional universitario de información y SIAU
- Coordinador de Servicios Generales
- Profesional universitario apoyo de calidad
- Coordinadora de Epidemiología


Son los encargados de realizar la rondas de seguridad y asistirán a las reuniones del comité a las que sean convocados, así mismo son los encargados del liderazgo y cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente de la ESE Hospital San Jerónimo.

5.4. Funciones del Grupo Estratégico de seguridad del paciente

5.4.1. Funciones estratégicas

- ✓ Aprobar los cambios de la Política de Seguridad del Paciente.
- ✓ Aprobar el Programa de Seguridad del Paciente.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 11 de 31

- ✓ Diseñar nuevas estrategias de minimización del riesgo y analizar el grado de severidad, frecuencia y tipificación del evento en sí.
- ✓ Investigar e implementar las mejores prácticas existentes para el desarrollo de una cultura de seguridad de paciente al interior del hospital.
- ✓ Aprobar la adopción de acciones correctivas y preventivas.
- ✓ Diseñar acciones específicas que fomenten y promueven la mitigación o disminución del nivel de ocurrencia de los incidentes reportados.

5.4.2. Funciones Operativas

- Presentar en comité de calidad y seguridad del paciente la tendencia de la identificación de eventos debidamente clasificados por severidad, frecuencia, servicio, entre otros.
- Establecer el perfil de riesgo institucional debidamente tipificado, clasificado y servicio involucrado.
- Realizar **rondas de seguridad** que implica realizar una visita a un servicio sin aviso previo, esto para que se mantengan preparados en todo momento, acogiendo la siguiente metodología:

Durante la primera media hora, cada participante realiza la verificación y observación sobre el cumplimiento de los estándares de Calidad, interactuando con funcionarios y/o pacientes.


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

- ✓ Presentación del servicio por la Enfermera Jefe.
 - ✓ Aplicación de la entrevista de la ronda de seguridad.
 - ✓ Sugerencias y comentarios del personal.
 - ✓ Presentación de hallazgos por parte de los visitantes.
 - ✓ Identificación de dificultades, limitantes y propuestas de mejoramiento.
 - ✓ Conclusiones.
- Evaluar el avance de cada una de las mejoras establecidas para minimizar el riesgo en el cuidado y atención del paciente.
 - Efectuar el seguimiento a cada uno de los planes de mejoramiento que se establezcan en la institución.

6. ACCIONES BASICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6.1. Doble verificación

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 12 de 31

6.1.1 Implementar los 10 correctos en la administración de medicamentos.

Para administrar un medicamento de *forma segura* para los pacientes debemos tener en cuenta *10 correctos* que son:

1. Administrar el medicamento correcto.
2. Verificar la fecha de vencimiento del medicamento.
3. Administrar el medicamento al Paciente correcto.
4. Administrar la Dosis correcta.
5. Administrar el medicamento a la hora correcta.
6. Vía de administración correcta.
7. Educar e informar al paciente sobre el medicamento.
8. Indagar sobre posibles alergias a medicamentos.
9. Generar una historia farmacológica completa.
10. Registrar todos los medicamentos administrados.

6.1.2 Manejo de correctos en la realización de procedimiento.

- Paciente correcto.
- Procedimiento correcto.

6.2. **Cultura del Reporte**

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


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

6.3. **Investigación y Análisis de Eventos Adversos**

6.3.1. Sistematizar la recolección y análisis de datos referidos a los eventos adversos que se presenten en la atención al usuario

- Capacitar al personal en la investigación, análisis y reporte de eventos adversos.
- Contar con unos indicadores de eventos adversos, que propicien acciones correctivas.
- Que en la E.S.E se tenga un sistema de reporte de eventos adversos funcionando adecuadamente.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 13 de 31

- Que en la E.S.E se reporten todos los eventos adversos.

6.3.2. Incorporación de criterios de calidad y seguridad del paciente en los compromisos de gestión

- ✓ Generar compromisos de gestión con indicadores de calidad y de seguridad del paciente.
- ✓ Seguimiento y análisis de indicadores de calidad mensualmente.

6.4. **Practicas Seguras**

6.4.1. Uso de protocolos y/o guías diagnósticas y terapéuticas

Cumplimiento de normas, guías y protocolos en la atención de los pacientes. Es importante realizar medición de la adherencia de las mismas.

6.4.2. Infraestructura y mantenimiento.

- Concepción de la infraestructura para prevención de infecciones: barreras sanitarias, aires acondicionados, filtros.
- Seguimiento y mantenimiento a ductos, filtros, conductos de agua y vapor, esterilizadores, lavadores, etc.
- Limpieza periódica de los tanques de agua de reserva.


6.4.3. Reformas y construcción.

- ✓ Diseño o rediseño de áreas.
- ✓ Medidas para el control de infecciones durante las obras.
- ✓ Trabajo con personal de construcción en estas medidas.
- ✓ Aislamiento de las áreas afectadas.
- ✓ Transporte y almacenamiento de escombros.

6.4.4. Limpieza y desinfección.

- Conocimiento, difusión e interiorización de los procesos de limpieza y desinfección, en el personal que realiza esta labor.
- Aseguramiento de la calidad de los productos necesarios para realización de limpieza y aseo, control del uso y su concentración.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 14 de 31

- Indicadores para medir eficacia de los procesos y el control del proceso de limpieza y desinfección.

6.4.5. Protocolo de lavado de manos.

Promocionar el **lavado de manos** es la acción más económica y efectiva que ayuda a prevenir enfermedades ¡Las manos limpias salvan Vidas!

6.4.6. Atención farmacéutica.


- ✓ Reporte de reacciones adversas a los medicamentos.
- ✓ Recopilación, análisis y desarrollo de acciones correctivas.
- ✓ Prevención, detección y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos.
- ✓ Acompañamiento, asesoría e información en la utilización de medicamentos: Médicos – prescripción, Enfermería – preparación, si aplica y administración, Pacientes – manejo en hogar.
- ✓ **Conciliación de medicamentos:** Proceso formal para obtener una lista completa de medicamentos que toma cada paciente en el hogar y compararla en la admisión, al ordenar nuevos medicamentos y al egreso. Si hay discrepancias y si es apropiado se hacen cambios a las órdenes, que quedan documentados. Este proceso se realiza con el fin de disminuir la fragmentación del manejo de medicamentos.
- ✓ Prevención de procedimiento en paciente, órganos y lugares equivocados.
- ✓ **Prevención de caídas.** Utilización del Protocolo de prevención de caídas de pacientes hospitalizados.
- ✓ **Involucrar al paciente y su familia en el proceso de atención.**

6.5. **Cultura de Seguridad.**

Afianzar la cultura de la seguridad en el personal desde sus puestos de trabajo, motivando permanente al grupo de trabajo, observando los comportamientos seguros para luego hacer retroalimentación a las personas y analizar con sus grupos de trabajo los indicadores de seguridad de su área. Seguridad para los trabajadores:

- Control de accidentalidad.
- Plan de emergencia.
- Programa de gestión en salud y seguridad - sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Riesgo en los trabajadores de la salud.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 15 de 31

- Intervención en el ausentismo.
- Riesgo psico laboral.
- Vacunación.
- Seguimiento a exposición.
- Actualización para el manejo de la exposición ocupacional al riesgo VIH.
- Fortalecimiento de brigadistas – plan de emergencias.


6.6. Metas Internacionales de seguridad del paciente

- ✓ **Identificación segura del paciente**
- ✓ Consiste en realizar la validación permanente de los datos personales en cada contacto con el paciente, para prevenir errores derivados de una identificación equivocada.
- ✓ **Comunicación efectiva**
- ✓ Busca informar y resolver permanentemente las inquietudes relacionadas con la prestación del servicio, procurando la participación entre el equipo de salud, el paciente y su entorno.
- ✓ **Administración segura de medicamentos**
- ✓ Implica obtener toda la información sobre antecedentes y medicamentos administrados, para evitar errores en la definición del diagnóstico y tratamiento. Así mismo involucra la verificación de los medicamentos formulados y entregados y el cumplimiento de las recomendaciones indicadas.
- ✓ **Identificación correcta de procedimientos**
- ✓ Pretende contribuir en la realización de procedimientos seguros y en el lugar correcto, mediante la permanente validación y verificación de datos personales, así como del procedimiento médico, odontológico, de apoyo diagnóstico o radiológico a realizarse.
- ✓ **Prevención de infecciones**
- ✓ Consiste en la promoción de hábitos de higiene y el uso de barreras de seguridad (tapabocas, guantes, otros) que conlleven a la reducción de riesgos de contaminación cruzada o de adquirir infecciones que afectan el estado de salud del paciente.
- ✓ **Prevención de caídas**
- ✓ Incluye todas las medidas y acciones que promuevan la construcción de un entorno y una infraestructura segura, reduciendo los factores de riesgo que puedan afectar la salud y el bienestar del paciente.

6.7. Seguridad por el Medio Ambiente.

- ✓ Manejo integral de los residuos hospitalarios.
- ✓ Manejo integral del recurso agua y energía.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 16 de 31

- ✓ Control de plagas y vectores.
- ✓ Capacitación a todo el personal de la E.S.E.


6.8. Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.

- El personal de salud debe realizar eficientemente acciones de prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.
- Contar con un comité de infecciones intrahospitalarias funcionando.
- Que todo el personal de salud cumpla con las normas institucionales sobre prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.
- Capacitar continuamente a todo el personal asistencial sobre prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
- Involucrar a todos nuestros usuarios en la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias

6.9. Difusión y Comunicación.

- ✓ Boletín institucional.
- ✓ Circulares internas.
- ✓ Video institucional en el cual se muestra la política de seguridad del paciente.
- ✓ Plegables y volantes con mensajes alusivos a la seguridad del paciente.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 17 de 31


7.0 PROTOCOLO DE LONDRES

INTRODUCCIÓN

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como "Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos" 2 . Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa. Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada. El abordaje propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso usualmente descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia con respecto a una buena práctica es apenas el primer paso de una investigación profunda.
- Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y hasta cierto punto predecible.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 18 de 31

- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática el personal entrevistado se siente menos amenazado.
- Los métodos utilizados fueron diseñados pensando en promover un ambiente de apertura que contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa. Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No sobra insistir en que la metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente. En salud, con mucha frecuencia cuando algo sale mal los jefes tienden a sobre dimensionar la contribución de uno o dos individuos y a asignarles la culpa de lo ocurrido. Esto no quiere decir que la inculpación no pueda existir, lo que significa es que esta no debe ser el punto de partida, entre otras cosas porque la asignación inmediata de culpa distorsiona y dificulta una posterior investigación seria y reflexiva. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas. Esto jamás es posible en una organización cuya cultura antepone las consideraciones disciplinarias. Para que la investigación de incidentes sea fructífera es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo.

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico - asistenciales. Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (figura 1).


Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 19 de 31



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. Estas 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


Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 20 de 31

control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión. Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizaciones. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo cirujano, anesthesiólogo, enfermera, etc). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Estos son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones.


Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente. A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud,

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 21 de 31

tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La atención en salud es cada día mas compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo. Por este motivo todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. La organización, a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 22 de 31

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	COMPLEJIDAD Y GRAVEDAD LENGUAJE Y COMUNICACIÓN PERSONALIDAD Y FACTORES SOCIALES
TAREA Y TECNOLOGÍA	DISEÑO DE LA TAREA Y CLARIDAD DE LA ESTRUCTURA; DISPONIBILIDAD Y USO DE PROTOCOLOS; DISPONIBILIDAD Y CONFIABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS; AYUDAS PARA TOMA DE DECISIONES
INDIVIDUO	CONOCIMIENTO, HABILIDADES Y COMPETENCIA SALUD FÍSICA Y MENTAL
EQUIPO	COMUNICACIÓN VERBAL Y ESCRITA SUPERVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE SOPORTE ESTRUCTURA DEL EQUIPO (consistencia, congruencia, etc.)
AMBIENTALES	PERSONAL SUFICIENTE; MEZCLA DE HABILIDADES; CARGA DE TRABAJO; PATRÓN DE TURNOS; DISEÑO, DISPONIBILIDAD Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS; SOPORTE ADMINISTRATIVO Y GERENCIAL; CLIMA LABORAL; AMBIENTE FÍSICO (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIONALES Y GERENCIALES	RECURSOS Y LIMITACIONES FINANCIERAS; ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL; POLÍTICAS, ESTÁNDARES Y METAS; PRIORIDADES Y CULTURA ORGANIZACIONAL
CONTEXTO INSTITUCIONAL	ECONÓMICO Y REGULATORIO CONTACTOS EXTERNOS

CONCEPTOS FUNDAMENTALES Acción insegura. Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras. Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente. Ejemplos de acciones insegura :
 - a. No monitorizar, observar o actuar.
 - b. Tomar una decisión incorrecta.
 - c. No buscar ayuda cuando se necesita.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 23 de 31

Contexto clínico. Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.


Factor contributivo. Condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura:

- Paciente muy angustiado que le impide entender instrucciones.
- Ausencia de protocolos.
- Falta de conocimiento o experiencia.
- Mala comunicación entre el miembros del equipo asistencial.
- Carga de trabajo inusualmente alta o personal insuficiente.

INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES (ERRORES O EVENTOS ADVERSOS)

En la **figura 2** se ilustra la secuencia de pasos a seguir para investigar y analizar un incidente clínico, es decir, tanto un error como un evento adverso. El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. 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 grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir que tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 24 de 31

INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES



• **Identificación y decisión de investigar.** Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, solo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero si el ocultamiento. Una vez identificado el incidente la

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 25 de 31

institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional. Independientemente de los criterios que se utilicen, toda organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.

• **Selección del equipo investigador.** Hay que reconocer que un proceso complejo como este requiere, además de conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente un equipo investigador debe estar integrado por 3 a 4 personas lideradas por un investigador. Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario. Un equipo debe contar con:


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

Es posible que para investigar un incidente menor una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.

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

- o Historia clínica completa.
- o Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- o Declaraciones y observaciones inmediatas.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 26 de 31

o Entrevistas con los involucrados.

o Evidencia física (planos del piso, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc).


o Otros aspectos relevantes tales como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal bien adiestrado.

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos participaron en el incidente y de aquellas circunstancias y dificultades que los involucrados enfrentaron –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a supervisión o soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo mas pronto posible después de ocurrido el incidente.

Una de la mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible.

La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito es tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo mas cercanas a la realidad de los acontecimientos. La tabla 2 ilustra de manera esquemática el protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación.


Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 27 de 31

Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.


Precise la cronología del incidente. Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar las cronología:

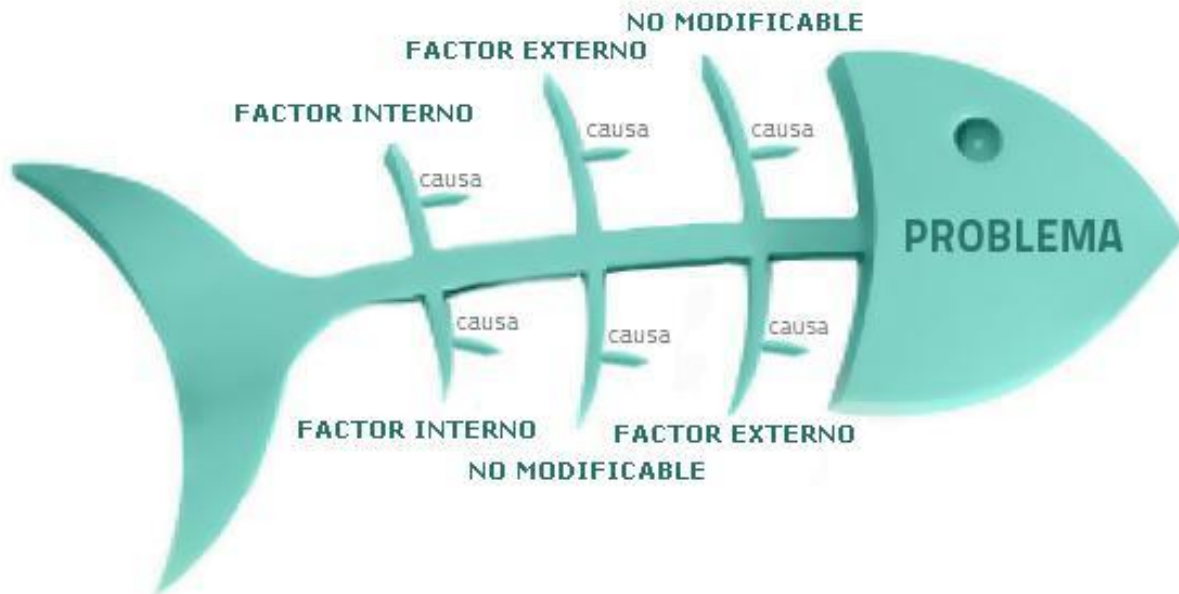
Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 28 de 31

- 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.
- ❖ Identifique las acciones inseguras. Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente que de alguna manera participó en el incidente usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas –por acción o por omisión– en lugar de observaciones generales acerca de la calidad de atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente”, las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras este completa.
- ❖ Identifique los factores contributivos. El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. 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). La figura 3 ilustra un diagrama de espina de pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contributivos resumidos en la tabla 1.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020


	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005 Página 29 de 31



❖ Recomendaciones y plan de acción. La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información: o Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre

- ✓ 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.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 30 de 31


- ✓ o Definir tiempo de implementación de las acciones. o Identificar y asignar los recursos necesarios.
- ✓ Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- ✓ Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- ✓ Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin de que se traduzcan en mejoramientos comprobables por toda la organización. Cuando se plantean es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen. En ese orden de ideas se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de el.

CUADRO DE REVISIONES

<i>versión</i>	<i>Elaboró</i>	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
1	Profesional especializado de Calidad y planeación	Subgerencia asistencial	Gerente
2	Profesional especializado de Calidad y planeación	Subgerencia asistencial	Gerente
3	Profesional especializado de Calidad y planeación	Subgerencia asistencial	Gerente

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha: 17 de Septiembre de 2020	Código: C.15.POL.001
	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 005
			Página 31 de 31

<i>versión</i>	<i>Elaboró</i>	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
4	Profesional especializado de Calidad y planeación	Subgerencia asistencial	Gerente

CONTROL DE COPIAS

<i>Versión</i>	<i>Tipo de Copia</i>	<i>Área o Sección</i>	<i>Fecha Elaboración</i>	<i>Fecha Revisión</i>
1	Controlada	Subgerencia asistencial	17/09/2020	17/09/2020
2	Controlada	Subgerencia asistencial	17/09/2020	17/09/2020
3	Controlada	Subgerencia asistencial	17/09/2020	17/09/2020
4	Controlada	Subgerencia asistencial	17/09/2020	17/09/2020

<i>Versión</i>	<i>Descripción del Cambio</i>
4	Actualización acorde a las Guía técnica de las buenas prácticas de Seguridad del Paciente.

Revisó: Subgerente asistencial	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020
Aprobó: Gerente	Firma:	Fecha: 17 de septiembre de 2020